



caso
CLÍNICO



Varela, M.

Jefe de la Unidad y Directora del Programa de Postgrado. Unidad de Ortodoncia del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

García-Camba, P.

Adjunto y Jefe de Estudios del programa de Postgrado. Unidad de Ortodoncia del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Marcianes, M.

Ortodoncista contratada. Unidad de Ortodoncia del Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Indexada en / Indexed in:

- IME
- IBECs
- LATINDEX
- GOOGLE ACADÉMICO

Correspondencia:

Dra. Margarita Varela Morales
Unidad de Ortodoncia
Fundación Jiménez Díaz
Avda. Reyes Católicos 2
28040 Madrid
mvarela@fjd.es
Tel. 91 549 93 95

Fecha de recepción: 28 de marzo de 2017.
Fecha de aceptación para su publicación:
4 de julio de 2017.

INFLUENCIA DEL TIPO DE PRÁCTICA DEL DENTISTA EN EL MANEJO DEL CANINO MAXILAR INCLUIDO POR PALATINO

Varela M, García-Camba P, Marcianes M. *Influencia del tipo de práctica del dentista en el manejo del canino maxilar incluido por palatino. Cient. Dent. 2016; 13; 3: 173-180*

RESUMEN

Los caninos maxilares incluidos por palatino constituyen un trastorno eruptivo frecuente cuyo tratamiento en nuestras clínicas depende en gran medida de la formación y la experiencia previas del profesional. Como consecuencia de ello, los resultados no son uniformes.

Presentamos siete casos de caninos maxilares incluidos por palatino tratados con distintos abordajes por diferentes dentistas con un distinto bagaje profesional (dentista general, cirujano oral, experto en estética dental, prostodoncista y ortodoncista respectivamente). La discusión de los casos pone de manifiesto los criterios que habían justificado las correspondientes opciones terapéuticas.

PALABRAS CLAVE

Caninos maxilares; Inclusión por palatino; Tratamiento.

INFLUENCE OF THE TYPE OF DENTIST PRACTICE ON THE MANAGEMENT OF THE PALATALLY IMPACTED CANINE

ABSTRACT

The palatally displaced maxillary cuspids are a common eruption disorder whose management in our clinics mainly depends on the previous experience of the involved professional. As a result, the outcome of the treatment is not uniform.

We present seven cases of palatally impacted maxillary cuspids managed with different approaches by several dentists with a different professional background (general dentist, oral surgeon, expert in dental esthetics, prosthodontist and orthodontist). The discussion of these cases reveals the criteria that had justified the corresponding treatment approaches.

KEY WORDS

Maxillary cuspids; Palatal deviation; Treatment.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos de la erupción dentaria constituyen un problema importante en la consulta de dentistas con muy distinto perfil profesional, los cuales con frecuencia optan por la modalidad de abordaje terapéutico más acorde con su propia formación y con las experiencias habidas a lo largo de su práctica clínica en relación con esta patología. Como consecuencia, un mismo trastorno puede ser manejado de distinto modo dependiendo de si el clínico encargado del caso es más experto en cirugía oral, prótesis, odontología conservadora, ortodoncia, etc.

Tomemos como ejemplo un problema relativamente frecuente como es el canino maxilar incluido por palatino (CMIP), un trastorno eruptivo genéticamente condicionado, independiente del espacio disponible. Por tanto desde el punto de vista fisiopatológico es totalmente distinto de la impactación por vestibular, que por lo general responde a factores mecánicos derivados de la falta de espacio¹.

La prevalencia del CMIP en la población general oscila entre el 0,9 y el 2% con variaciones interétnicas significativas y con cierto predominio en la mujer^{2,3}. No sorprende, pues, que esta patología sea un hallazgo bastante común en muchas consultas.

Vamos a presentar esquemáticamente varios casos de CMIP en adultos jóvenes o adolescentes en el marco de maloclusiones moderadas que han sido tratados de distinto modo por clínicos con un distinto perfil profesional.

CASO 1

Descripción resumida del caso

Paciente de 27 años, mujer, que presenta una maloclusión en Clase I, con oclusión cruzada de 17/47 y diastema interincisal. Ausencia por extracción del 26. Corona en 16 y 14 endodonciado. El 13 no se encuentra presente y nunca erupcionó. Persiste en la arcada el 53 previamente restaurado con composite (Figuras 1a y b). Sin problemas periodontales ni funcionales. El estudio radiográfico mediante tomografía de haz de cono (Cone Beam Computed Tomography, CBCT) pone de manifiesto la inclusión por palatino del 13 sin que existan complicaciones tales como reabsorción de dientes adyacentes, quiste dentígero o anquilosis aparente del canino (Figura 1c)

Tratamiento y discusión del caso

Abstención terapéutica

La odontóloga de esta paciente, dentista general habitualmente poco intervencionista, ha aconsejado a la paciente no extraer el canino incluido. Cree que lo mejor es “dejar las cosas como están” mientras no se exfolie o se degrade la corona del canino temporal; éste tiene una restauración por caries con la que se ha remodelado su morfología favorablemente y conserva una longitud radicular muy aceptable.

Para optar por la abstención terapéutica, la doctora ha tenido en cuenta las condiciones biopsicosociales de la paciente, a la que conoce bien porque es la dentista de su familia desde hace varios años. Por otra parte, la maloclusión asociada con

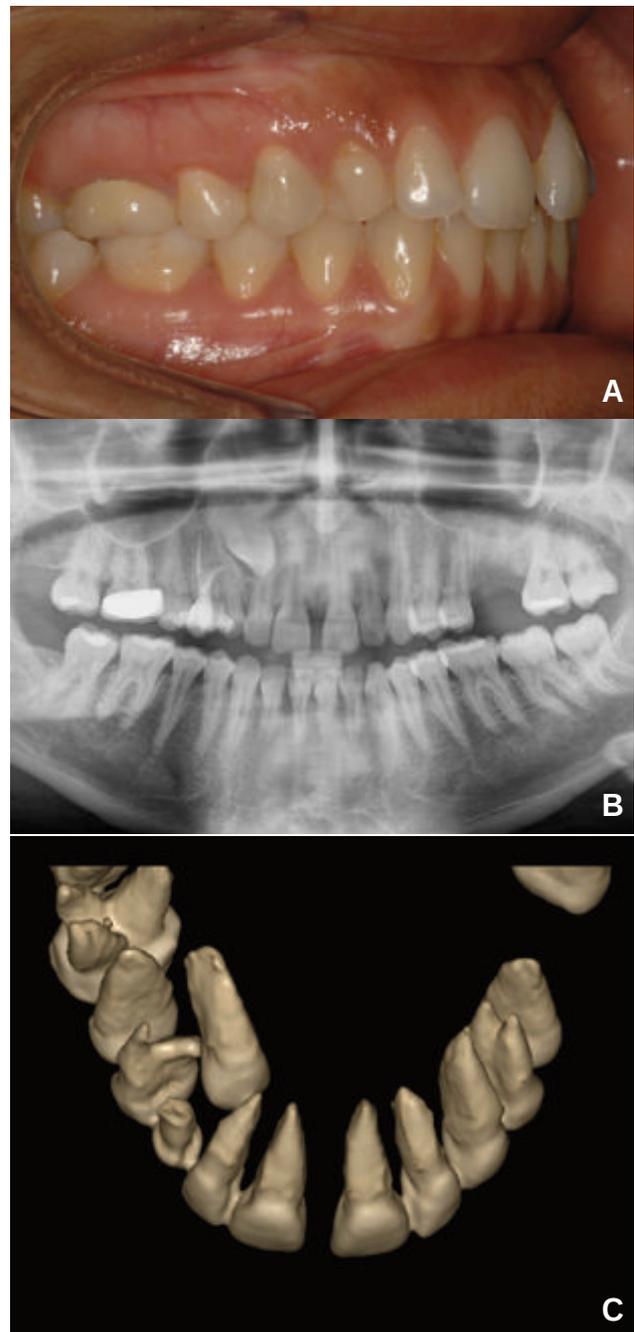


Figura 1. Caso clínico 1; a, fotografía intraoral. Se observa el 53 restaurado con composite; b, la OPG revela, entre otros hallazgos, el 13 incluido; c, la CBCT demuestra la posición palatina del 13 y descarta complicaciones de la inclusión.

el trastorno eruptivo es sólo moderada, sin gran afectación estética ni funcional. El diastema es un rasgo familiar que no disgusta a la paciente. Por todo ello la doctora considera que no está justificado en este momento proponer un tratamiento de ortodoncia cuyo resultado con respecto a la reconducción del CMIP nunca se puede garantizar y que, de fracasar, podría comportar la necesidad de una rehabilitación protética^{4,5}.

Esta profesional, muy rigurosa, ha comprobado previamente mediante CBCT que en el momento del diagnóstico la inclusión del canino no se asocia con ninguna otra patología en relación con el trastorno eruptivo, en particular con reabsorción de los

incisivos superiores⁶. Es consciente de que cuando se utiliza como registro diagnóstico sólo la ortopantomografía (OPG), la proporción de reabsorciones incisales es inferior al 10% de los casos de CMIP, pero que las técnicas de imagen tridimensionales como la CBCT, al facilitar una detección más precisa, elevan mucho esa proporción, llegando a alcanzar según algunos autores al 48% de los casos^{7,8}. Esta profesional también ha sopesado el riesgo de que surjan posibles complicaciones en el futuro si se deja in situ el canino incluido, tales como el desarrollo de grandes quistes dentígeros, reabsorción externa con anquilosis del propio canino o reabsorción radicular tardía de alguno de los dientes que en el estudio diagnóstico se han mostrado indemnes^{9,10}. Y es que el hecho de que en un determinado momento no se observe ninguna de esas alteraciones, no significa que no vayan a desarrollarse en el futuro. Por ello la doctora ha recomendado a su paciente realizar un control radiográfico periódico en tanto el canino permanezca incluido. Pero en definitiva su criterio, avalado por su propia experiencia, es firme: seguirá recomendando la abstención terapéutica mientras los sucesivos controles sean normales y el canino temporal no se exfolie, mantenga una estética aceptable y sigan concurriendo las circunstancias no sólo biológicas, sino también psicosociales que se dan en esta paciente.

CASO 2

Descripción resumida del caso

Paciente de 18 años, mujer, con una maloclusión poco significativa que no plantea problemas funcionales. Inclusión del 13 con presencia de un odontoma (o diente supernumerario) que podría haber interferido con la vía de erupción del mismo. El canino temporal antecesor no se ha exfoliado (Figura 2).

Tratamiento y discusión. Extracción del canino incluido y el odontoma/supernumerario como único tratamiento

En la mayoría de las inclusiones por palatino de un canino maxilar no existe ningún obstáculo que condicione el trastorno eruptivo, pero en esta paciente se ha podido detectar un odontoma -¿quizá un diente supernumerario?- interfiriendo con la vía eruptiva del CMIP.¹¹

El profesional en este caso, cirujano, decide extraer el diente incluido en el mismo acto quirúrgico que el obstáculo, sustentando su opción en un criterio preventivo. En realidad este profesional casi siempre se muestra partidario de extraer los CMIPs en cualquier circunstancia, a menos que el paciente se lo haya referido un ortodoncista. A lo largo de su vida profesional ha tratado a varios pacientes que habían desarrollado complicaciones importantes en relación con dientes impactados y considera que no merece la pena asumir riesgos innecesarios en ningún caso.

En cuanto al espacio disponible en la arcada, el que ahora ocupa el canino temporal resulta insuficiente para la sustitución por un implante, por lo que el profesional recomienda mantener de momento dicho canino temporal y no llevar a cabo ningún procedimiento de rehabilitación.

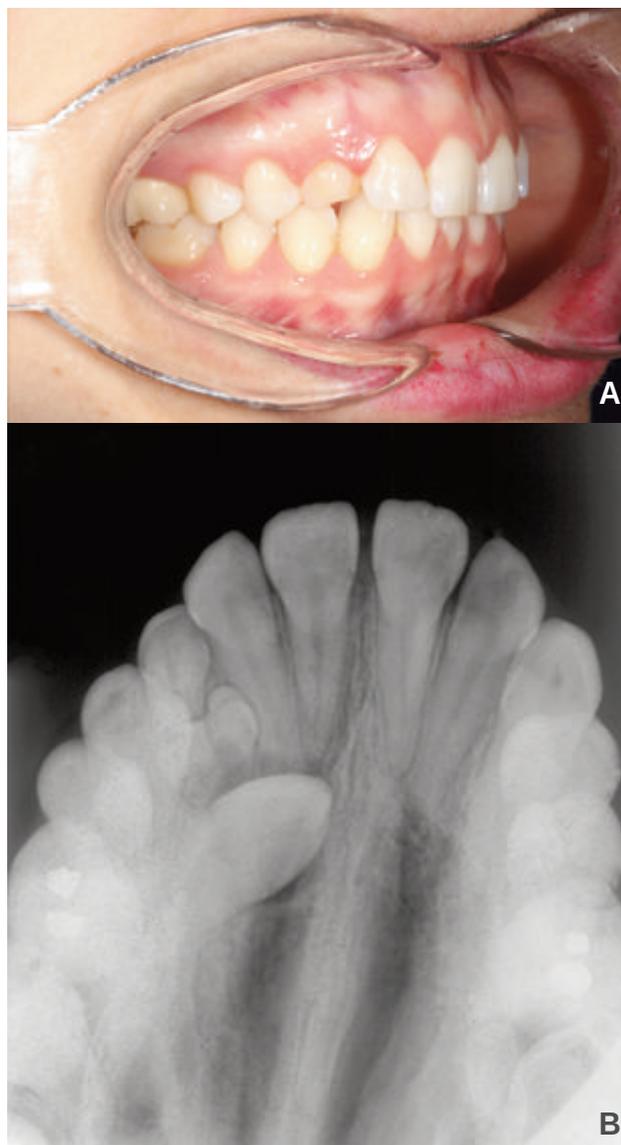


Figura 2. Caso clínico 2; a, la fotografía intraoral lateral muestra el 53 que no se ha exfoliado; b, La radiografía oclusal revela la presencia de un odontoma o diente supernumerario que probablemente es responsable de la inclusión del 13.

CASO 3

Descripción resumida del caso

Paciente de 40 años, varón, que presenta un CMIP muy inclinado y alto en el marco de una maloclusión que el paciente no desea que se trate mediante ortodoncia. Se mantiene en la arcada el canino temporal correspondiente que está muy deteriorado pero conserva una longitud radicular todavía aceptable. Buena situación periodontal aunque con recesiones en dientes adyacentes (Figura 3a).

Tratamiento y discusión. Remodelación estética del canino temporal sin extraer el CMIP como único tratamiento

Al dentista que se encargará de este caso, experto en odontología restauradora y estética, le han remitido un paciente de 40 años con un CMIP asociado a una maloclusión moderada



Figura 3. Caso clínico 3; a, la corona del canino temporal está muy deteriorada y no existe guía; b, remodelación con composite del canino temporal con recuperación de la guía.

que el paciente no desea tratar. El canino temporal antecesor todavía se encuentra presente y, aunque su corona ha sufrido una gran abrasión y no ejerce función de guía, conserva relativamente bien su raíz, por lo cual el dentista se inclina por reconstruirlo.

Habitado a manejar con maestría los composites para reconstruir dientes sometidos a fuerzas oclusales importantes, piensa que podrá obtener una excelente estética y recuperar una guía canina aceptable (Figura 3b). Este profesional también ha realizado un estudio radiográfico adecuado para descartar complicaciones, y de momento no considera imprescindible la extracción quirúrgica del canino incluido que podría reconducirse mediante ortodoncia en el futuro en caso de que se perdiera el canino temporal o surgiera alguna complicación. Por otra parte, un paciente poco motivado hoy para la reconducción ortodóncica del canino puede cambiar de opinión más adelante.

El doctor aconseja asimismo al paciente un control radiográfico periódico por si fuera preciso modificar en algún momento el plan de tratamiento.

CASO 4

Descripción del caso

Paciente de 35 años, mujer, a la que le colocaron hace 10 años un puente convencional para substituir el 13, que se encontraba incluido por palatino y que fue extraído. Ese puente se mantiene funcionalmente válido, aunque su color es poco homogéneo con el de los dientes adyacentes y la encía de los pilares ha sufrido una cierta recesión (Figura 4a). El 23 estaba asimismo incluido, pero entonces no se trató. En este momento la paciente, que presenta una maloclusión de Clase I con compresión maxilar y discrepancia oseodentaria, todavía conserva el 63, (Figura 4b y c) que se encuentra en oclusión cruzada. Acepta la ortodoncia para mejorar la oclusión y hacer espacio para substituir ese canino temporal, pero no para traccionar el 23 incluido, ya que prefiere en cualquier caso un tratamiento corto y sin incertidumbres, por lo que también se extrae este canino. En cuanto a su sustitución, ahora preferiría que le pusieran un implante en el 23 en vez de un puente.

Tratamiento y discusión. Ortodoncia, cambio del puente convencional del 13 antiguo y preparación para prótesis unitaria sobre implante del 23

El dentista que se encargará de este caso, con una gran experiencia en prótesis convencional, vuelve a ver después de varios años a una paciente a la que trató cuando tenía 25. Esta paciente presentaba entonces los dos caninos maxilares incluidos por palatino, pero por algún motivo que no consta en la historia, se decidió tratar inicialmente solo el 13. El plan de tratamiento consistió en extraer el temporal antecesor que se encontraba presente, tallar los dientes adyacentes y realizar un puente de porcelana. Su larga experiencia con este tipo de prótesis fija le hizo considerar esta opción como la mejor, dado que el espacio para la colocación de un implante le parecía insuficiente y el hueso alveolar pobre. El CMIP no parecía interferir con la rehabilitación, pero el dentista prefirió extraerlo. La paciente no volvió a revisión aunque el doctor se lo había recomendado.

En el momento actual -10 años después de aquella primera rehabilitación incompleta- solicita el tratamiento de su maloclusión mediante ortodoncia. Con respecto al 23 incluido rechaza la reconducción ortodóncica, y prefiere que se extraiga y se prepare el espacio para la rehabilitación. El doctor refiere a la paciente a un ortodoncista que trata la maloclusión y prepara el espacio para el canino protético manteniendo de momento el canino temporal para conservar el hueso alveolar (Figura 4d). Su criterio es cambiar el puente del 13 para mejorar la estética y cuando termine su ortodoncia, poner un implante en el 23. Y es que este dentista, aunque ha sido y es defensor de las prótesis convencionales, acepta que los implantes unitarios ofrecen grandes ventajas en casos como éste.

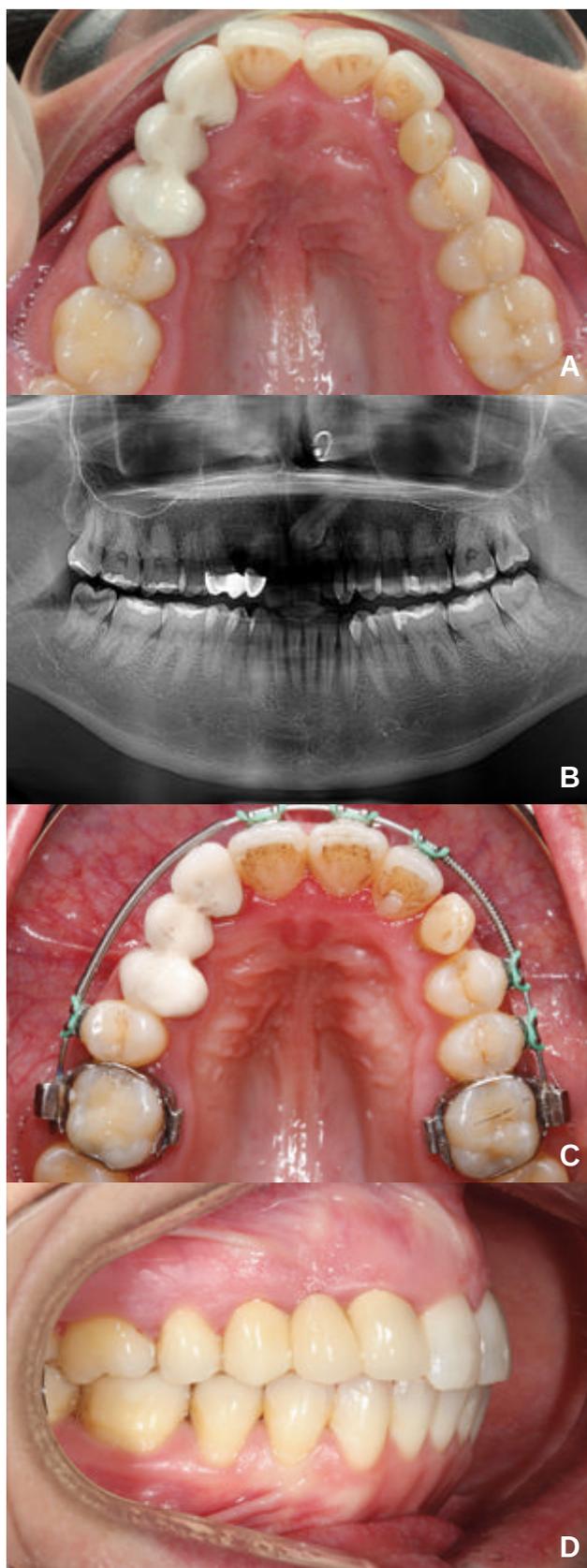


Figura 4. Caso clínico 4; a, fotografía intraoral oclusal antes del tratamiento. Se observa el puente en el primer cuadrante cuyo color contrasta con el de los dientes adyacentes, y el canino temporal contralateral; b, la OPG muestra el 23 incluido; c, con ortodoncia se está obteniendo espacio para la colocación de implante en 23. Persiste el 63 en la arcada; d, resultado final con el nuevo puente en el primer cuadrante.

CASO 5

Descripción del caso

Paciente de 45 años, mujer, con una maloclusión de clase II-2 subdivisión con sobremordida profunda y retroinclinación de los incisivos superiores que ha condicionado abrasiones de los bordes incisales (Figura 5a). El 13 está incluido por palatino y en el estudio de imagen parece presentar una reabsorción idiopática de la corona que podría asociarse con un comportamiento anquilótico ante una eventual tracción (Figura 5b). El 53 se encuentra presente y en su momento fue reconstruido con composite. Ausencia por extracción del 46. Moderada afectación periodontal.

Tratamiento y discusión. Substitución mediante implante unitario como único tratamiento

La dentista de esta paciente, entusiasta de las ventajas que ofrecen los implantes unitarios de carga inmediata sobre las prótesis convencionales, se inclina por esa opción en este caso. La maloclusión asociada es significativa, pero la paciente no está muy animada a someterse a un tratamiento de ortodoncia con tracción del canino de dudoso pronóstico dadas las características morfológicas de su corona.

La doctora recomienda la extracción quirúrgica del CMIP junto con el canino temporal que se encuentra todavía presente, ya que podría interferir con la colocación del implante. Por supuesto ha realizado un cuidadoso estudio radiográfico mediante CBTC para descartar eventuales complicaciones. El espacio disponible para la rehabilitación es escaso, pero la profesional, una implantóloga muy hábil, es capaz de colocar implantes en espacios casi críticos. Sin embargo la paciente deberá asumir que la prótesis resultará algo asimétrica con respecto al canino contralateral, un hecho del que fue informada previamente: sin un tratamiento de ortodoncia preprotética no es posible obtener un mayor espacio. El argumento de la paciente, que resulta razonable para la dentista, es que si se ha prescindido de la ortodoncia para tratar de reconducir el canino por ser un procedimiento inevitablemente largo, tedioso, molesto y de éxito dudoso en una paciente de sus características, no se va a recomendar ese mismo tratamiento con el único fin de aumentar el espacio disponible para la prótesis. Con una corona algo menor que la contralateral y manteniendo su maloclusión, la paciente está satisfecha con el resultado de su tratamiento (Figura 5c) y, al igual que la doctora, valora el carácter prácticamente inmediato de la rehabilitación que ha incluido también un implante en el 46.

CASO 6

Descripción resumida del caso

Paciente de 16 años, varón, braquifacial, con compresión palatina sin oclusión cruzada y una maloclusión de Clase I con sobremordida profunda, microdoncia del 22 e inclusión por palatino del 23 (Figura 6 a y b). No se detectan complicaciones en el CBTC. Buena salud periodontal.

Tratamiento y discusión. Reconducción ortodóncica del canino incluido y remodelación del 22 microdóncico

El dentista de este paciente, ortodoncista, considera que un tratamiento interdisciplinar dirigido a reconducir el canino a

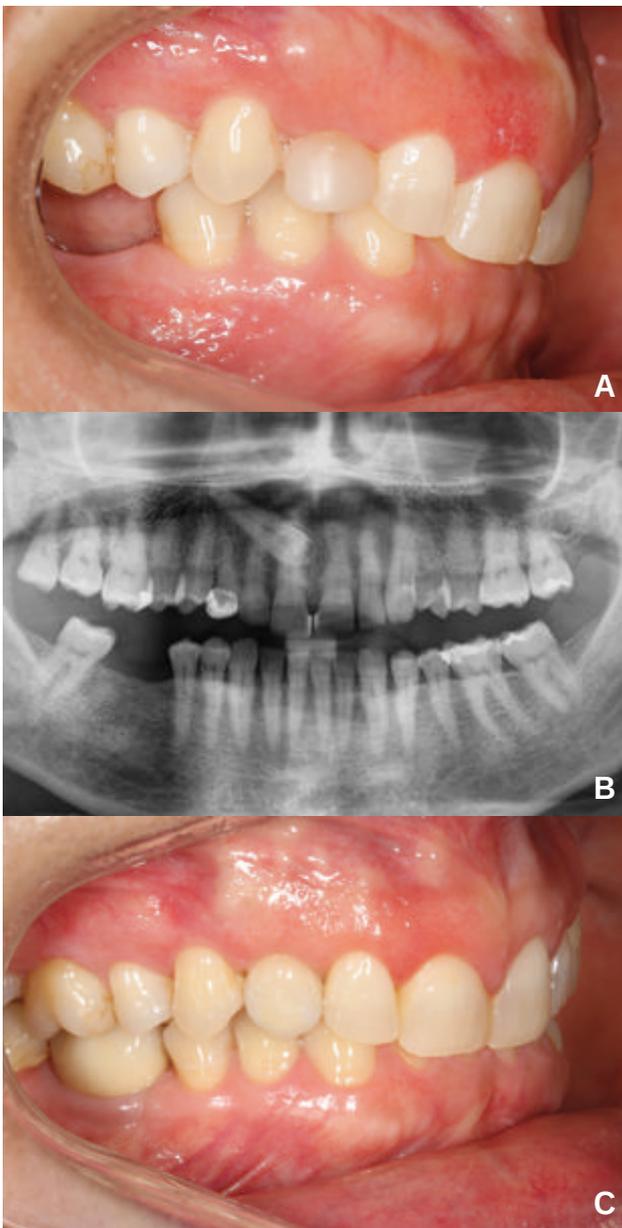


Figura 5. Caso clínico 5; a, la fotografía intraoral antes del tratamiento muestra la importante mordida profunda y el 53 restaurado con composite; b, la OPG revela el canino incluido con una imagen compatible con reabsorción de su corona. c, después del tratamiento rehabilitador, con implantes en el 13 y en el 46. Persiste la sobremordida al no haberse realizado tratamiento de ortodoncia.

su posición ideal en la arcada merece la pena en este joven, aunque tenga que asumir los inconvenientes de un abordaje terapéutico interdisciplinar en manos de distintos especialistas -cirujano, ortodoncista y experto en estética dental- con un pronóstico no totalmente seguro. Este abordaje ortodóncico permitirá obtener una buena oclusión y mejorar la estética y la funcionalidad de la dentición, además de servir de base para la tracción del canino y su ubicación adecuada en la arcada (Figura 6c). Sin embargo el profesional es consciente de los aspectos negativos de su opción y se los explica cuidadosamente al paciente y sus padres para que asuman la decisión bien informados:

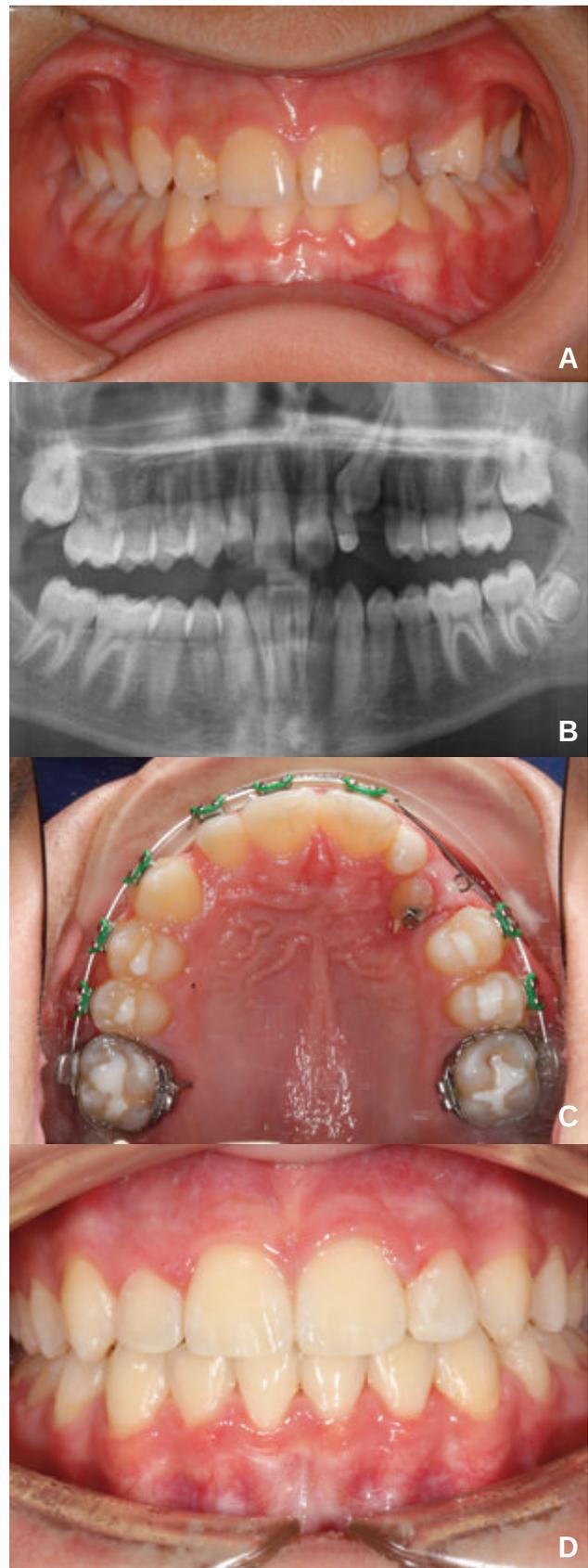


Figura 6. Caso clínico 6; a, fotografía intraoral antes del tratamiento donde se observa la ausencia del 23 y el 22 microdóncico restaurado con composite; b, la OPG muestra el 23 incluido; c, el 23 está siendo reconducido mediante ortodoncia; d, después del tratamiento, el 23 en su posición en la arcada y el 22 restaurado con composite.

- a) Será necesaria una cirugía de exposición del canino realizada por un cirujano oral o maxilofacial. Es muy importante que ese cirujano tenga experiencia en este tipo de intervenciones, ya que de ello dependerá en gran medida la futura salud periodontal del canino desplazado.¹²
- b) El tratamiento de ortodoncia previo o simultáneo con la tracción, comportará molestias y gastos y será inevitablemente largo.
- c) Alrededor del 20% de los caninos incluidos por palatino, en función de la edad, la posición del diente y otros factores no siempre previsible, no responden a los procedimientos de tracción ortodóncica.

Como contrapartida el ortodoncista argumenta que, incluso si desgraciadamente el diente no pudiera ser reconducido, se habría preparado el espacio necesario para la rehabilitación mediante una prótesis unitaria sobre implante, con el tamaño adecuado.

El caso de este paciente ha terminado felizmente con la ubicación y función adecuada de ambos caninos y una adecuada remodelación del 22 por un experto en estética dental (Figura 6d).

CASO 7

Descripción resumida del caso

Paciente de 28 años, varón. Patrón dolicofacial; moderada hipoplasia mandibular; compresión maxilar. Clase II molar. Ausencia por extracción de 16 y 26. Migración e inclinación mesial de 17 y 27 con inoclusión de ambos. 23 incluido por palatino. Apíñamiento inferior. Enfermedad periodontal moderada con gingivitis más intensa en 21 (Figura 7).

Tratamiento y discusión. Extracción del 23 incluido y del 14. Cierre de los espacios mediante ortodoncia

El profesional que estudia este problema, ortodoncista, valorando globalmente la maloclusión del paciente ha decidido que necesitaría una extracción en cada uno de los cuadrantes superiores. En la mayor parte de los casos los dientes que se extraen son premolares pero en éste el profesional opta por extraer el canino incluido y el primer premolar contralateral.

Basa su decisión en siguientes argumentos:

- El canino incluido podría no responder a la tracción y en ese caso, tras haber sido extraído el primer premolar adyacente, tendría que substituirse por un implante.
- Incluso contando con que el canino respondiera favorablemente, el tratamiento sería mucho más largo, algo que el paciente rechaza de entrada.

Indudablemente la extracción de un canino superior ubicando el premolar en su lugar y en oclusión con el canino y primer premolar inferiores comporta ciertas limitaciones oclusales que pueden minimizarse en caso necesario creando una "pseudo guía canina" con el premolar, transformando para ello su morfología y/ o con un adecuado ajuste oclusal. La Figura 8 muestra pasos intermedios del tratamiento ortodóncico y la Figura 9 las imágenes frontal y oclusal del resultado final.



Figura 7. Caso clínico 7; a, vista frontal, b, vista lateral izquierda, c, OPG con el canino superior izquierdo (23) incluido.

CONCLUSIONES

- Las distintas opciones de manejo del CMIP expuestas pueden ser defendibles siempre y cuando se basen en un diagnóstico adecuado atendiendo a las condiciones biopsicosociales del paciente.
- Todo clínico, independientemente del ámbito de su práctica y especialización, debe conocer los pros y contras de todas las opciones. Así podrá exponerlas al paciente con objetividad, argumentando las razones por las cuales se inclina por una determinada forma de manejo.
- Es fundamental recoger en el documento de consentimiento informado los aspectos básicos del procedimiento elegido que han llevado a proponer dicha opción terapéutica, incluyendo sus limitaciones.

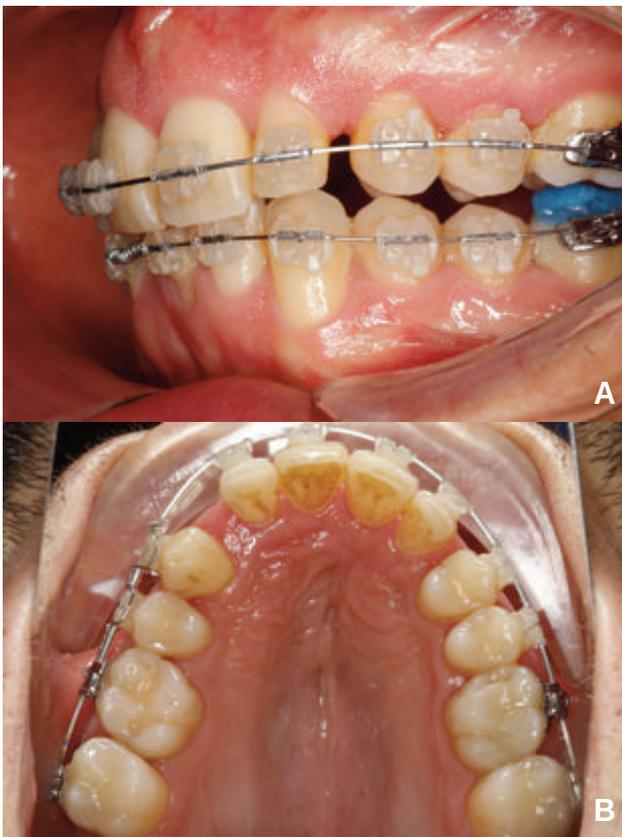


Figura 8. Caso clínico 7, tratamiento ortodóncico; a, vista lateral, b, vista oclusal.



Figura 9. Caso clínico 7, resultado final; a, vista frontal, b, vista lateral.



BIBLIOGRAFÍA

1. Peck S, Peck L, Kataja M. The palatally displaced canine as a dental anomaly of genetic origin. *Angle Orthod* 1994; 64: 249-56.
2. Dachì SF, Howell FV. A survey of 3874 routine full-mouth radiographs. II. A study of impacted teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1961; 14: 1165-1169.
3. Ericson S, Kuroi J. Radiographic examination of ectopically erupting maxillary canines. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1987; 91: 483-492.
4. Becker A, Chaushu S. Success rate and duration of orthodontic treatment for adult patients with palatally impacted maxillary canines. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2003; 124: 509-514.
5. Becker A, Chaushu G, Chaushu S. Analysis of failure in the treatment of impacted maxillary canines. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2010; 137: 743-754.
6. Chaushu S, Kaczor-Urbanowicz K, Zadzurska M, Becker A. Predisposing factors for severe incisor root resorption associated with impacted maxillary canines. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2015; 147 :52-60.
7. Alqerban A, Jacobs R, Fieuws S, Willems G. Comparison of two cone beam computed tomographic systems versus panoramic imaging for localisation of impacted maxillary canines and detection of root resorption. *Eur J Orthod* 2011; 33: 93-102.
8. Ericson S, Kuroi J. Resorption of incisors after ectopic eruption of maxillary canines: a CT study. *Angle Orthod* 2000; 70: 415-423.
9. Ericson S, Kuroi J. Resorption of maxillary lateral incisors caused by ectopic eruption of the canines: A clinical and radiographic analysis of predisposing factors. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1988; 94: 503-513.
10. Liu D G, Zhang W L, Zhang Z Y, Wu Y T, Ma X C. Localization of impacted maxillary canines and observation of adjacent incisor resorption with cone-beam computed tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2008; 105: 91-98.
11. Morning P. Impacted teeth in relation to odontomas. *Int J Oral Surg* 1980; 9: 81-91.
12. Parkin NA, Milner RS, Deery C, Tinsley D, Smith AM, Germain P, Freeman JV, Bell SJ, Benson PE. Periodontal health of palatally displaced canines treated with open or closed surgical technique: a multicenter, randomized controlled trial. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2013; 144 :176-84.