

Canino mandibular incluido: Presentación de un caso atípico de abordaje quirúrgico por vía lingual

J. Rius Pastor⁽¹⁾, N. Conde Mir⁽²⁾, L. Berini Aytés⁽³⁾, C. Jaime Riera⁽⁴⁾, C. Gay Escoda⁽⁵⁾

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente varón que tenía el canino temporal inferior derecho no exfoliado a los 15 años de edad; a la exploración se descubrió que existía el canino permanente totalmente incluido, con la particularidad de que estaba asociado a un quiste folicular y que la posible causa de inclusión era la presencia de un premolar supernumerario también retenido; otra rareza a destacar es que se hizo un abordaje qui-

rúrgico mixto, vestibular para el premolar supernumerario y lingual para el canino permanente siendo esta última eventualidad realmente excepcional. Se discuten los aspectos referentes al diagnóstico y a la estrategia quirúrgica adoptadas en este caso poco habitual.

Palabras clave: Canino mandibular incluido, quiste folicular, premolar supernumerario.

SUMMARY

It's presented a case of a man who had a deciduous right cuspid without exfoliating at the age of 15; in the exploration it is discovered that the permanent cuspid was included and associated with a follicular cyst and with the presence of a supernumeraries premolar also included and possibly cause of the inclusion. Another strange event was the mix approach, vestibular for the supernumeraries premolar and lingual for the cuspid, being the last one really exceptional. It is discussed the aspects referent to the diagnosis and operative strategy made in this rare case.

Key Words: Lower included canine, follicular cyst, supernumeraries premolar.

Introducción

Normalmente la extracción quirúrgica del canino mandibular incluido se practica por vía vestibular, atribuyéndose entre otras razones un acceso y una visibilidad muy superior a la que se tendría por vía lingual. No obstante, hay una serie de condiciones que hacen recomendable el abordaje por vía lingual como sucedió en nuestro caso: individuo joven, sano y colaborador, con una adecuada profundidad del surco gingivolingual, y con la existencia de una osteolisis originada por el crecimiento del quiste folicular que se había formado alrededor de la corona del canino incluido que, por otra parte, estaba claramente en una posición lingual respecto a los incisivos inferiores definitivos.

Caso clínico

Paciente de 15 años de edad, varón, sin antecedentes patológicos de interés, al que gracias a una ortopantomografía de control se le diagnosticó la inclusión del canino mandibular derecho. En la zona pericoronaria del canino existía una imagen osteolítica sugestiva de quiste folicular; además se observaba un diente supernumerario al lado del canino temporal que aún se mantenía en la ar-

(1) Médico estomatólogo, Máster en Cirugía Bucal. Profesor Asociado de Odontología integrada de adultos, Profesor del Máster de Cirugía e Implantología Bucal, Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.

(2) Licenciada en Odontología. Profesora Asociada de Odontología integrada de Adultos. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.

(3) Médico Estomatólogo, Cirujano Bucal y Máxilofacial. Profesor Titular de Patología quirúrgica Bucal y Máxilofacial. Profesor del Máster de Cirugía e Implantología Bucal. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.

(4) Licenciada en Odontología. Alumna del Máster de Cirugía e Implantología Bucal. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona.

(5) Médico estomatólogo, Cirujano Bucal y Máxilofacial. Catedrático de Patología quirúrgica Bucal y Máxilofacial. Director del Máster de Cirugía e Implantología Bucal. Facultad de Odontología de la Universidad de Barcelona. Cirujano Máxilofacial del Centro Médico Teknon. Barcelona.

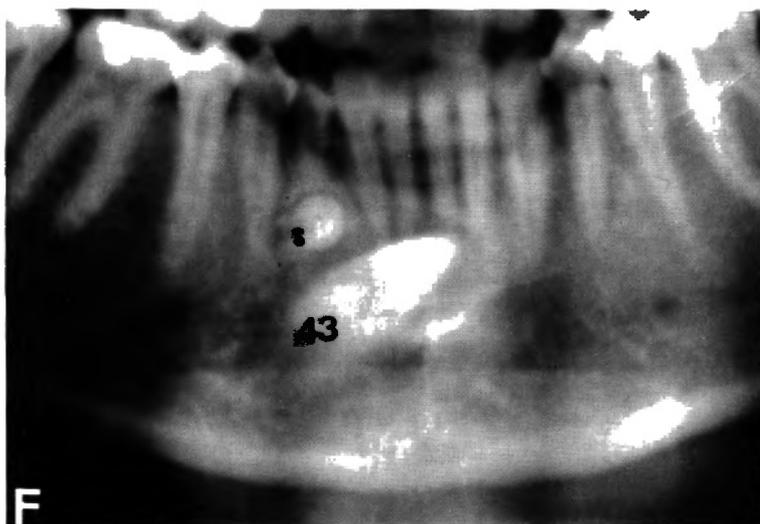


Fig. 1 - Visualización en la ortopantomografía del canino mandibular derecho incluido asociado a una imagen radiolúcida sugestiva de quiste folicular, y de un diente supernumerario.



Fig. 2 - Radiografía oclusal en la que puede apreciarse la localización lingual del canino permanente incluido.

cada inferior (Fig. 1). Hasta entonces no había ningún síntoma y sólo a la exploración se apreciaba una deformación palpable por vestibular que podía relacionarse con el diente supernumerario. El estudio radiológico se completó, de forma rutinaria, con radiografías periapicales —según la técnica de Clark—, y con placas oclusales en diferentes angulaciones que nos permitieron comprobar que el canino estaba situado lingualmente respecto a los incisivos inferiores (Fig. 2).

Bajo anestesia locoregional —troncular bilateral de los nervios dentarios inferiores y linguales suplementada por la infiltración supraperiostica vestibular de la región incisal— se levantó un colgajo lingual envolvente de grosor completo que se extendía del 44 al 34 —sin ninguna descarga— al que siguió una osteotomía de la cortical lingual —la cual se encontró muy adelgazada— realizada con una fresa redonda de carburo de tungsteno

adaptada a un contraángulo multiplicador en lugar de utilizar la pieza de mano con la que acostumbramos a trabajar de forma rutinaria. Una vez se identificó el canino definitivo incluido, se hizo la exéresis del quiste y la odontosección del cliente con el fin de facilitar su extracción; se finalizó esta fase limpiando cuidadosamente la cavidad residual, reposicionando y suturando el colgajo lingual (Fig. 3). A continuación se preparó, ahora por vestibular, un colgajo de Neumann parcial, para efectuar la extracción del diente supernumerario, el aspecto morfológico del cual recordaba más el de un premolar que el de un canino (Fig. 4).

El postoperatorio se desarrolló sin complicaciones. El resultado del estudio anatomopatológico confirmó que se trataba de un quiste folicular (Fig. 5). El estado actual del paciente, a los 6 meses de la intervención es satisfactorio, comprobándose una completa reparación ósea de la ca-

vidad residual postquirúrgica mientras que todos los incisivos inferiores conservan su vitalidad.

Discusión

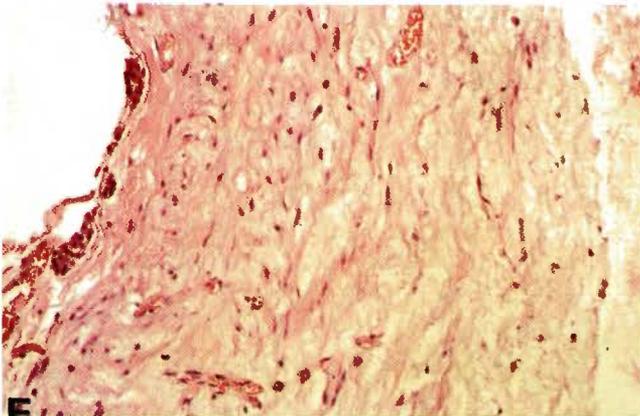
La prevalencia del canino mandibular incluido oscila entre un 4% y un 0,35% del total de inclusiones (1) y es ciertamente mucho más baja que la de los caninos superiores, en proporciones de entre 8,5-10 contra 1, ni que estas cifras provienen de recopilaciones o series antiguas (2), algunas tan exageradas como la de Laskin donde se da una proporción de 20/1 (3). Por tanto hoy tendríamos que ir a buscar otras estadísticas donde se valore una población de edad concreta como la reportada por Grover y Lorton (1985), en la cual en un período de edad comprendido entre 17 y 26 años observa una frecuencia de impactación del canino mandibular de 0,0022 y 10 veces menos que la del superior (4). Lo ideal sería, no obstante, observar la que



3



4



5

Fig. 3 - Colgajo lingual envolvente de 34 a 44 y visualización del canino incluido.

Fig. 4 - Colgajo de Neumann triangular por vestibular y visualización del diente supernumerario.

Fig. 5 - Pared del quiste folicular con restos del epitelio de revestimiento. (Dr. J. Casalots).

diagnostica un ortodoncista de un ámbito sanitariamente desarrollado parecido al nuestro.

La sospecha diagnóstica se hace cuando se observa que el canino temporal no se exfolia en el tiempo que sería normal o bien cuando hay un retraso en la erupción del canino definitivo, obteniéndose la confirmación gracias al estudio radiológico.

Situar tridimensionalmente el canino mandibular incluido es de suma importancia, ya que de esto dependerá en buena parte la actitud terapéutica —abstención, exéresis o llevar el diente a la arcada mediante un tratamiento ortodóncico-quirúrgico— y muy especialmente la vía de abordaje quirúrgico.

Topográficamente la situación habitual del canino mandibular incluido es por delante de los incisivos infe-

riores, hecho que acostumbra a ocasionar un relieve fácilmente perceptible a la inspección y/o a la palpación, siendo éste el único signo objetivo ya que casi nunca origina ningún tipo de sintomatología; excepcionalmente lo encontraremos en una posición transversal y menos todavía en una situación lingual pura en relación con los incisivos inferiores. Referente a su altura, se describe una situación baja cuando está ubicado en el hueso basilar, alta cuando le faltaría poco para poder erupcionar, aunque la mayoría de veces está en una situación media manteniendo una relación íntima con las raíces de los incisivos, en el hueso alveolar de la mandíbula. Respecto al plano axial de este diente podemos verlo vertical, horizontal o en una posición intermedia u oblicua.

No es conveniente guiarse por la clínica aunque a veces pueden palparse deformidades, más o menos evidentes, de la cortical vestibular o lingual, sino que nos tendremos que fiar básicamente de los datos radiológicos. Con el fin de ubicarlo en el plano vestibulo-lingual será necesario realizar más de una proyección periapical (técnica de Clark); de acuerdo con Erikson y Kurol (5) con esto ya tendríamos una información suficiente en un 92% de los casos, porcentaje que aún puede aumentarse si se hace una placa oclusal con el foco apoyado en la sínfisis de tal forma que el haz de rayos sea lo más perpendicular posible a la placa. La situación vertical se puede conocer gracias a una ortopantomografía o bien mediante una proyección lateral de cráneo. En el caso que se presen-

ta el estudio radiográfico fue determinante, ya que la exploración clínica era anodina, y aquella nos permitió planificar la intervención con la estrategia más adecuada.

La presencia de un diente supernumerario incluido subyacente al ápice del canino temporal nos permite comprender la etiología de la inclusión y de la transmigración —ya que ha cruzado la línea media mandibular— del canino definitivo (6,2,7), aunque sería una situación límite para definirla como transmigración para determinadas concepciones muy estrictas como la de Javid (8) para quien sería necesario que como mínimo media corona del canino tendría que ultrapasar la línea media. Este fenómeno de la transmigración suele ser casi exclusivo del canino mandibular situado por vestíbulo respecto a las raíces de los incisivos (9). En referencia al diente supernumerario y atendiendo a su posición podría pensarse que se trataba de un canino supernumerario, hecho que sería excepcional (10,11); una vez extraído y observando la morfología macroscópica de su corona, queda claro que se trataba de un premolar supernumerario, eventualidad bastante más corriente sobre todo en la mandíbula donde se admite que el premolar sería el diente supernumerario más frecuente, con una prevalencia como mínimo 15 veces superior respecto al canino supernumerario (12).

Según Shafer y cols. (13) una de las complicaciones más frecuentes de la inclusión de los caninos es el desarrollo de un quiste folicular, convirtiéndose este hecho en una necesidad diagnóstica que aún contraindica más la actitud abstencionista de algunos; a esto tendríamos que sumar también la posibilidad de degeneración tumoral hacia entidades de pronóstico más severo como es el caso de los ameloblastomas (14) o declaradamente malignos como son los carcinomas intraóseos (15). Algunos autores como Donado son muy

estrictos en el momento de afrontar este problema, ya que consideran que todo diente incluido es un quiste folicular en potencia y que una tercera parte de ameloblastomas procederían de quistes foliculares (16).

La mayoría de autores consideran que la extracción quirúrgica es la mejor elección terapéutica cuando la inclusión es severa o cuando no hay posibilidad de llevar el diente a la arcada mediante un tratamiento combinado ortodóncico-quirúrgico (3, 16-18). En los casos de caninos mandibulares que están por lingual respecto a los incisivos, hallamos diferentes opiniones que van desde la abstención controlada cuando la técnica quirúrgica se preve dificultosa y no hay evidencia radiológica de quiste folicular (19), hasta otros autores que son partidarios de hacer un abordaje vestibular sistemático aunque implique realizar una ostectomía importante (20) y pueda ocasionar la lesión de los incisivos que dificultan el acceso al canino (21). Biou (22) aconseja el abordaje por vía extrabucal cuando el canino está cerca del borde basilar de la sínfisis, actitud que creemos poco afortunada. En términos más eclécticos, otros autores (16, 18, 19) mantienen que el abordaje por vía vestibular es más seguro ya que se evita la eventual lesión de las estructuras anatómicas del espacio sublingual y además el acceso y la visibilidad del campo operatorio son claramente mejores; no obstante, dejan abierta la posibilidad de utilizar una vía lingual aunque se advierte, entonces, que no se realicen descargas para no comprometer la vascularización del colgajo. Pocos detalles técnicos se han comentado de forma precisa; únicamente destacaríamos que Krüger (19) propone hacer una incisión lineal de 3 a 5 mm. por debajo del margen gingival mientras que nosotros hemos preferido hacerla pasar por el surco crevicular, tal y como aconsejan también otros autores (16, 18). En

nuestro caso, optamos por el abordaje lingual, decisión fundamentada en las siguientes consideraciones: condiciones óptimas de profundidad del suelo de la boca que permitan un buen acceso y una buena visibilidad, así como respetar la inserción de los músculos genioglosos; preservación de la integridad de los incisivos y del hueso de la sínfisis mandibular; la facilidad suplementaria que suponía la presencia de un quiste folicular debido al defecto óseo que había creado en su crecimiento y la utilización de un contraángulo multiplicador en vez de la pieza de mano habitual para realizar la odontosección. Este material debe ser preceptivo en este tipo de intervenciones ya que economiza la ostectomía necesaria para localizar y dar vía de salida al diente incluido y además permite conseguir una extracción de forma mucho menos traumática y sin peligro para los dientes adyacentes.

Bibliografía

1. DACHI S. F., HOWELL F. V. A survey of 3.874 routine full-mouth radiographs (Part II). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 14: 1165-9, 1961.
2. SCHULZE C. Über Retention und Reinklusion (Depression) erster und zweiter Molaren. *Dtsch Zahn Mund Kieferheilkd*, 37: 338-76, 1962.
3. LASKIN D. M. Cirugía Bucomáxilo-facial, Buenos Aires; Panamericana, 90: 1987.
4. GROVER P. S., LORTON L. The incidence of unerupted permanent teeth and related clinical cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 59: 420-5, 1985.
5. ERIKSON S., KUROL J. Early treatment of palatally erupting maxillary canines by extraction of the primary canines. *Eur J Orthod*, 10: 283-95, 1988.
6. CALDWELL J. B. Neurological anomaly associated with extreme malposition of a mandibular canine. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 8: 484-7, 1955.
7. SCHULZE C. Anomalías en el desarrollo de los dientes y maxilares.

- En: Thoma. Patología Oral (eds. Gortin RJ, Goldman HM), 6º ed. Barcelona: Salvat, 124, 1975.
8. JAVID B. Transmigration of impacted mandibular cuspids. *Int J Oral Surg*, 14: 547-9, 1985.
 9. ALAEJOS C., ALAEJOS E., BERNINI L., GAY ESCODA C. Transmigración del canino mandibular: presentación de 1 caso y revisión de la literatura. *Rev Act Odontoestomat Esp*. (aceptado para su publicación).
 10. TAY F., PANG A., YUEN S. Unerupted maxillary anterior supernumerary teeth: report of 204 cases. *J Dent Child*, 51: 289-94, 1984.
 11. LUTHER F. An unerupted canine - An unusual diagnostic problem? *Brit J Orthod*, 20: 149-50, 1993.
 12. MATEOS M., GAY ESCODA C., ESPANA A. Organos dentarios incluidos: mesiodens y otros dientes supernumerarios. En: *Temas de Cirugía Bucal*. Tomo II (ed. Gay Escoda C.). Barcelona; Signo, 866, 1995.
 13. SCHAFER W. G., HINE M. K., LEVY B. M. *A textbook of Oral Pathology*, 2º ed. Philadelphia: WB Saunders, 275, 1963.
 14. HOLMLUND A., ANNEROTH G., LUNDQUIST G., NORDENRAM A. Ameloblastomas originating from odontogenic cysts. *J Oral Pathol Med*, 20: 318-21, 1991.
 15. RIUS J, BOSCH J. M., URIBARRI A., BERINI L., GAY ESCODA C. Carcinoma intraóseo primario del maxilar superior originado en un quiste folicular. *Rev Act Odontoestomat Esp*, 7: 71-6, 1995.
 16. DONADO M. *Cirugía Bucal. Patología y Técnica*. Madrid; El Autor, 449, 1990.
 17. BISHARA S. E. Impacted maxillary canines: a review. *Am J Orthod Dentofac Orthop*, 101: 159-71, 1992.
 18. FORTEZA G., GAY ESCODA C., ARNABAT J. Caninos incluidos. En: *Temas de Cirugía Bucal*. Tomo II (ed. Gay Escoda C.). Barcelona: Signo, 831, 1995.
 19. KRÜGER E., WORTHINGTON P. *Oral Surgery in Dental Practice*. Chicago: Quintessence, 219-27, 1981.
 20. LOPEZ ARRANZ J. S. *Cirugía Oral*. Madrid: Interamericana McGraw-Hill, 318, 1991.
 21. RIES CENTENO G. A. *Cirugía Bucal*, 9º ed. Buenos Aires; El Ateneo, 243, 1987.
 22. BIOU C. *Manuel de Chirurgie Buccale*. Paris: Masson, 175, 1978.

Correspondencia:

Dr. Cosme Gay Escoda
C/ Ganduxer, 140, 4º
08022 Barcelona