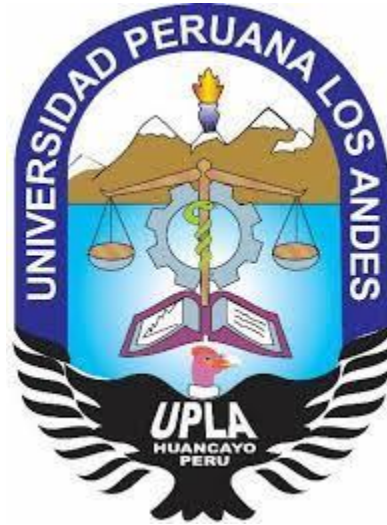


**UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**



**TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL**

**TITULO** : EXODONCIA DE CANINO SUPERIOR RETENIDO

**Para Optar** : EL TITULO PROFESIONAL DE CIRUJANO DENTISTA

**Autor** : BACHILLER CONTRERAS BORJA MARCO ANTONIO

**Asesor** : C.D NAKANDAKARE SANTANA LUIS HIROSHI

**Línea de Investigación Institucional** : Salud y Gestión de la salud

**Lugar o institución de investigación** : Clínica Odontológica Privada

Huancayo – Perú

2021

## DEDICATORIA

A Dios y a mis queridos Padres.

## AGRADECIMIENTO

A la Clínica del Dr. Jimmy Fernández Mayta

*Marco Antonio CONTRERAS BORJA*

## CONTENIDO

	Págs
I. Título .....	1
Dedicatoria .....	2
Agradecimiento.....	3
Contenido .....	4
Contenido de Figuras .....	5
Resumen .....	6
II. INTRODUCCIÓN .....	7
2.1 Descripción del problema .....	8
2.2 Marco Teórico.....	9
2.2.1 Antecedentes .....	10
2.2.2 Bases teóricas .....	13
2.2.3. Marco Conceptual.....	23
2.3 Objetivos .....	27
III. DESARROLLO DEL CASO CLINICO .....	28
3.1 Historia Clínica .....	28
3.2 Examen clínico general.....	30
3.3 Evaluación integral.....	30
3.4 Diagnostico.....	31
3.5 Pronostico.....	31
IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL.....	33
4.1 Formulación del Plan de tratamiento general.....	33
4.2 Plan de control y mantenimiento.....	44
V. DISCUSION .....	43
VI. CONCLUSIONES.....	45
VII.RECOMENDACIONES.....	46
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	47
ANEXOS.....	50

## **CONTENIDO DE FIGURAS**

Figura 1 Canino

Figura 2 paciente de perfil y lateral

Figura 3 Radiografía Panorámica y tomografía

Figura 4 Fotografía de Modelos y Diseño de Incisión: triangular

Figura 5.-Fotografías de frente y perfil

Figura 6 Fotografías de la Región anatómica comprometida – zona problema:

Figura 7 Fotografía de Radiografía oclusal

Figura 8 Figura 8 Tratamiento quirúrgico.

Figura 9 Anestesia troncular e infiltrativa.

Figura 10 Incisión

Figura 11. Levantamiento del colgajo

Figura 12 Osteotomía

Figura 13 Extracción propiamente dicha

Figura 14 Sutura

## RESUMEN

Las piezas dentarias necesitan radiografías para conocer la ubicación exacta con el objetivo de simplificar la cirugía y evitar las complicaciones en los caninos retenidos para realizar la exodoncia de los caninos retenidos superiores y tanto los incluidos que necesiten la extracción.

Es por lo que el caso clínico femenino quien viene a consulta por motivo de hallazgo radiográficos en la realización de la historia clínica en el espacio anterior derecho siendo la pieza 1.3, posición A, horizontal incluida.

El procedimiento quirúrgico para la extracción del canino retenido comprobando el beneficio del paciente en la extracción del canino retenido, en conclusión, que los materiales antes de utilizar para la extracción se deben de realizarla asepsia y manejo correcto de los instrumentos quirúrgicos en la posición horizontal.

**Palabras clave:** Canino Retenido, Exodoncia, Erupción, Caso Clínico

## **II.-INTRODUCCIÓN**

Los caninos superiores son indispensable para la salud oral, porque mediante ellos, se realizan adecuadamente; los movimientos de lateralidad; muy importantes en la forma de los arcos dentarios, aseguran buen contorno al rostro y la estética, además de participar en la función y armonía oclusal, si el canino se encuentra detenido parcial o totalmente y permanece en el hueso; y no erupción se trata de un canino retenido, si está incluido es cuando está rodeado del saco embrionario y de su lecho óseo íntegro, en estas condiciones no solo causa problemas estéticos sino puede convertirse en lesiones quísticas y causan reabsorción en los dientes anteriores. El presente caso clínico, tiene por objetivo Describir y efectuar la exodoncia del diente canino 23 retenido por palatino, para lo cual se empleó, una ficha de historia clínica integral, se registró todos los datos del paciente, al cual se le realizó evaluación clínico estomatológico integral, con exámenes complementarios, como son exámenes de laboratorios, radiografías panorámicas; análisis de modelos de estudio, En función de los análisis, se estableció que el paciente no presentaba riesgo sistémico y el riesgo estomatológico era bajo por lo que se realizó la cirugía.

## 2.1 Descripción del problema

La retención de los caninos superiores se presenta con frecuencia en la dentición permanente, se considera que es por ser el último diente en erupcionar, se mantienen dentro del maxilar más tiempo de la edad de erupción normal, incluso ya con la raíz perfectamente formada, diente retenido es el diente que llegada su momento de erupción este se encuentra detenido parcial o totalmente, permaneciendo en el maxilar sin erupcionar, esta retención puede ser intraósea si el diente está totalmente rodeado por tejido óseo, y subgingival cuando está cubierto solo por mucosa gingival, se considera que hay dos tipos de retenciones dentarias: la retención primaria que se conoce como el cese de la erupción dentaria de un diente temporal o permanente, antes de su emergencia en la cavidad bucal, en este caso ocurre un fallo en el proceso de erupción sin causas locales o sistémicas identificables; y la retención secundaria que sucede cuando un diente temporal o permanente detiene inexplicablemente su proceso eruptivo después de haber traspasado la mucosa bucal, no se ha determinado su etiología, puede deberse a cambios patológicos del ligamento periodontal que originan zonas localizadas de anquilosis, las cuales muchas veces, no pueden ser detectadas ni clínica ni radiográficamente(1). La ausencia de una o varias piezas dentales de un individuo traen como consecuencia bajas en la autoestima del mismo, además de una mala apariencia estética bucal que hoy por hoy cobra una importancia fundamental para lograr una aceptación, confianza del individuo en su cotidiano vivir no solo causa problemas estéticos sino puede convertirse en lesiones quísticas y causan reabsorción en los dientes anteriores<sup>2</sup>.

El pronóstico para mover los caninos retenidos depende de una variedad de factores como posición del diente retenido en relación a los dientes adyacentes, angulación, distancia que el diente debe ser movido, dilaceración radicular y posible presencia de anquilosis o reabsorción radicular, el diagnóstico de un canino retenido debe hacerse en forma temprana, tiene su base



en la observación, palpación, pruebas y antecedentes familiares, consideramos que el signo clínico más evidente es la ausencia del canino permanente y suele ser asintomático<sup>2</sup>.

En una primera visita se pueden observar algunos de estos signos clínicos:

- Persistencia del canino temporal en un niño de más de catorce años.
- Diastema, entre el incisivo lateral definitivo y el primer premolar.
- Ausencia del abombamiento de la cortical a nivel del espacio de erupción.
- Complicaciones infecciosas como fistulas.
- Desplazamiento de los dientes adyacentes en forma de abanico.
- Tinción de los dientes adyacentes por necrosis pulpar, consecuente a la rizólisis<sup>2</sup>.

## 2.2 MARCO TEORICO:

### 2.2.1 Antecedentes

**Belmaa. Üçüncü N. (2015)** presentan su trabajo de investigación a la que llaman “Clinical Consideration and Management of Impacted Maxillary Canine Teeth;(Consideración clínica y manejo de dientes caninos maxilares impactados); afirman que la impactación es un retraso o interrupción del proceso normal del diente, hay varias terminologías en la literatura para definir impactación incluyendo erupción retardada, retención primaria, inmersión dientes, dientes impactados etc.; un canino se considera impactado si se interrumpe después de desarrollo completo de la raíz o el diente contralateral ha erupcionado, durante al menos 6 meses con formación de raíces completa; como conclusión más resaltante afirman que el manejo de los caninos impactados es importante en términos de estética y función y, requiere una experiencia calificada de varios médicos. Si los pacientes son evaluados y tratados apropiadamente, entonces la frecuencia de erupción ectópica y la posterior impactación del canino maxilar se pueden reducir, se pueden utilizar varias técnicas quirúrgicas y de ortodoncia para descubrir caninos maxilares impactados relacionados con su posición. Localización precisa, conservadora manejo de los tejidos blandos, selección del abordaje quirúrgico apropiado, anclaje rígido unidad, y la dirección de la tracción de ortodoncia son los factores importantes para el éxito manejo de caninos impactados”<sup>3</sup>.

**Salazar C. (2016)**; presenta su trabajo de titulación al que denominó como “Prevalencia de caninos superiores retenidos, en pacientes mayores de 14 años atendidos en el club de Leones Quito Central en el periodo enero-diciembre 2015; se analizó una muestra de 44 radiografías panorámicas ,la información las recolecto en fichas de recolección de datos, como resultados y conclusiones obtuvo que el 46% corresponde a las edades entre 14 a 17 y 18 a 24 años ,mientras que el 8% entre las edades de 25 a 30 años predominando el género femenino”<sup>4</sup>.

**Corradini F. (2017)** realizó un trabajo llamado “Diagnóstico y tratamiento de caninos maxilares incluidos: cirugía oral y ortodoncia; como conclusión sostiene que: Después de haber realizado una revisión y análisis detallado de los aspectos más importantes de la retención de los caninos se concluye que, no es rara la presencia de caninos retenidos, presentándose con mayor incidencia en el maxilar superior, con ubicación palatina, tendencia unilateral y se observa principalmente en mujeres, es fundamental realizar una correcto y minucioso diagnóstico, por medio de exámenes clínicos, radiográficos y topográficos, ya que nos permite detectar, cualquier alteración de la erupción a una edad temprana, aproximadamente a los ocho años, además, un acertado diagnóstico nos permitirá elaborar un adecuado plan de tratamiento y de esta manera, resolver rápida y efectivamente cualquier problema, evitando complicaciones que comprometan la integridad del resto de los dientes, como lo es la reabsorción radicular. Errores en el diagnóstico e interpretación de los caninos con el potencial de retención, pueden llevar a serias malposiciones dentarias que posteriormente requieran de un tratamiento de ortodoncia prolongado”<sup>5</sup>.

**Pérez J. (2018)** presenta su tesis a la que denominó “Causas e incidencias de retención en caninos permanentes: Revisión bibliográfica; realizó una revisión documental, bibliográfica, no experimental cuya muestra fue conformada por 12 publicaciones, 6 artículos indexados y 6 investigaciones universitarias; como conclusiones afirma que Entre las causas de retención de caninos prima la presencia de arcada pequeña para la dimensión de los dientes, seguido de la persistencia de dientes temporales, en menor grado la pérdida prematura de dientes temporarios que a la larga puede terminar provocando la disminución del tamaño de la arcada y en último lugar la presencia de odontomas, quistes o tumores, sostiene que resulta interesante que el canino superior derecho es el que con mayor frecuencia permanece retenido, seguido en incidencia por el canino superior izquierdo, también es muy frecuente la presencia de retención bilateral de los caninos superiores, entre los caninos inferiores es más frecuente la retención del

canino inferior derecho, y es en promedio la retención de caninos se presenta con mayor frecuencia ubicado por palatino, en menor frecuencia se presenta por vestibular, aunque en mucho menor grado se presenta entre vestibular y palatino”<sup>6</sup>.

**Taxis A. (2018)** en su trabajo denominado “Localización, angulación y longitud de caninos retenidos en tomografía computarizada de haz cónico; investigación descriptivo correlacional, la población fue de 1758 tomografías, con una muestra de 70 tomografías, en las que determinaron la existencia de retención de caninos de manera anatómica en el arco dental en la zona maxilar situados en bucal, palatino en medio y horizontal, los resultados indicaron que a la edad de 14 años se presenta el mayor número de casos con incidencia de 74.7% en mujeres frente al sexo masculino con 15.1%,concluye afirmando que al examinar la localización de caninos retenidos hubo mayor incidencia en bucal, no se prescinden factores patológicos y genéticos en el origen de este problema lo cual incurre en la resolución para contrarrestarlo”<sup>7</sup>.

**Jauregui G. (2019)** en su tesis titulada “Frecuencia de la prescripción de analgésicos preoperatorios en exodoncias de los cirujanos dentistas del distrito de Trujillo, 2017; como conclusión resaltante sostiene que; la frecuencia de la prescripción de analgésicos preoperatorios en exodoncias de canino retenido es del 50.9%”<sup>8</sup>.

**Donaires M. (2020)** presenta su trabajo de suficiencia profesional a la que titula “Exodoncia de canino retenido en el maxilar superior; afirma que; la etiología, diagnóstico y tratamiento de las piezas dentarias retenidas se hace necesario con el fin de evitar complicaciones posteriores, la exodoncia del canino retenido se realizó por tener una pieza 2.3 incluida y un quiste dentigero, mediante una técnica quirúrgica para la exposición del canino incluido en el maxilar en posición palatina ,como conclusión afirma que cuando tratamos caninos incluidos, es fundamental un apropiado diagnóstico para el éxito del tratamiento, y en la práctica clínica se obtuvo alta correspondencia con el uso del trazado de la figura geométrica romboidal diseñada sobre la radiografía panorámica para la recuperación de caninos retenidos por palatino”<sup>9</sup>.

## **2.2.2 Bases teóricas**

### **Formación y trayecto del canino superior**

“El canino superior tiene el periodo más largo de desarrollo, es el diente que recorre el camino más largo y tortuoso desde su formación, lateral a la fosa piriforme, en donde el germen se forma en una posición muy alta, en la pared anterior del antro nasal, por debajo de la órbita, el germen de este canino, se forma 4 o 5 meses post-nacimiento en posición: apical, distal y palatina a la raíz del canino temporario y el esmalte se forma en su totalidad a los 6 o 7 años de edad, erupciona entre los 11.6 años de edad y su raíz queda formada a los 13.6 años de edad, a los 3 años, se ubica debajo de la órbita, entre cavidad nasal y seno maxilar, a los 6 años, la cúspide del canino está a nivel del piso nasal, lingualmente al ápice de la raíz del canino primario, luego se ubica por distal de la raíz del incisivo lateral permanente y este le sirve de guía para su erupción, inicialmente las coronas de los caninos se dirigen en forma oblicua hacia mesial, hacia las raíces de los laterales, lo que produce la inclinación hacia distal de las coronas de estos y las raíces hacia mesial, movimiento que no siempre se corrige solo aproximadamente a los 8 años, los caninos deberían enderezarse para tomar la senda de erupción adecuada si esto ocurre, se corrige la posición de los laterales. Consideramos que la correcta ubicación de los caninos permanentes no solo evita apiñamientos, reabsorciones maloclusiones, etc. sino que además, las retenciones producen líneas de menor resistencia ósea, sobre todo en el maxilar inferior; esto ocurre porque las piezas retenidas, aun cuando no tengan libre la senda de erupción, siguen formando su raíz hacia abajo, debilitando al hueso, facilitando la posibilidad de fractura en caso de traumatismo, los dientes emergen a la cavidad oral una vez que forman 3/4 de sus raíces, una vez que el diente alcanza su nivel de oclusión, toma de 2 a 3 años para que se formen totalmente sus raíces, asimismo ocluye con medio distal del canino inferior y medio mesial del primer premolar inferior”<sup>2,10</sup>.

## **Morfología y anatomía del Canino**

“Son los dientes más largos de la boca, las coronas son casi siempre más largas que las de los incisivos centrales maxilares, y las raíces son únicas y más largas que en ningún otro diente, su posición, forma, su inserción en el hueso, y el relieve óseo que recubre a la raíz, crean una estructura anatómica denominada eminencia canina, de un elevado valor estético; el lóbulo vestibular medio está muy desarrollado inicialmente y determina una cúspide robusta y bien formada, las coronas y las raíces son marcadamente convexas en la mayor parte de sus caras, debido a la profundidad vestibulolingual de la corona y la raíz, y por su anclaje en el hueso alveolar, estos dientes son, sin duda, los más estables de la boca, la forma de la corona facilita su limpieza, esta ventajosa auto limpieza, junto con el efectivo anclaje en la arcada, favorece la conservación de este diente durante casi toda la vida”<sup>2,10</sup>.

### **Canino superior**

Edad de erupción: entre 11 y 13 años

Formación de la raíz: se completa entre los 13 y 15 años

Dimensiones canino superior

Longitud total 27,0 mm Longitud de la corona 10,9 mm Anchura máxima 7,6 mm

Morfología “su raíz está profundamente anclada en el maxilar, su voluminosidad presta un apreciable valor estético merced a la eminencia canina que redondea el diseño de la boca; la falta de los caninos condiciona un hundimiento de los surcos naso labiales que envejece precozmente el rostro; la corona presenta cuatro caras: labial, lingual, mesial y distal, vista lateralmente, la corona mantiene la forma de cuña propia de los incisivos; destaca, sin embargo, su terminación aguda en una cúspide de amplia base y afilado vértice, la cara labial es convexa en todos sentidos y tiene un amplio relieve longitudinal; el reborde labial divide la superficie

en dos mitades simétricas, la cara lingual es parecida a la labial, a excepción de la porción gingival, que es oblonga y sobresaliente: forma el cingulo canino precursor de la cúspide lingual de los premolares y molares, la única raíz es entre 1 y 3 mm más larga que la del incisivo central y tiene un solo conducto radicular”<sup>9,11</sup>.

### **Causas de la retención de caninos**

Las causas de la retención canina se clasifican en filogenética, prenatales y posnatales.

#### **Causas Filogenéticas**

“A través del desarrollo de la especie humana, se ha producido un agrandamiento de la caja craneana a expensas de los maxilares, la línea pre hipofisaria inclinada hacia abajo y adelante, que determinaba una manifiesta biprotrusión, se ha vuelto vertical, achicándose los maxilares y acortándose el espacio anteroposterior, si ello no se acompaña con una disminución del número de dientes, los últimos de cada serie tienden a quedar retenidos por falta de espacio”<sup>11</sup>.

#### **Causas Prenatales.**

Las causas prenatales se dividen en sistémicas y locales, las sistémicas son genéticas y congénitas; las locales anomalías de la dentición<sup>11</sup>.

#### **Causas prenatales sistémicas**

**Genéticas:** se relaciona a la herencia, los huesos maxilares y la dentición pueden mostrar una serie de trastornos por mutaciones genéticas precisas o alteraciones genéticas hereditarias que remitan con un incremento en la repercusión de inclusiones, estos trastornos son:

-Trastornos en el desarrollo de los huesos del cráneo: Disostosis cleidocraneal, Acondroplasia

-Trastornos en el desarrollo de los huesos maxilares: Micrognatia, fisura palatina<sup>11</sup>.

Congénitas: Patologías maternas durante el embarazo

-Traumatismo

-Varicela.

-Trastornos del metabolismo.

**Causas prenatales locales:**

Macrodoncia, hiperdoncia (supernumerario) y anomalías de la forma dentaria<sup>11</sup>.

**Causas Posnatales**

**Causas posnatales sistémicas<sup>11</sup>**

- Infecciones específicas

-Enfermedades febriles

- Irradiación

- Deficiencia de vitamina E

- Alteraciones metabólicas

-Trastornos endocrinos

**Causas posnatales locales:**

-Discrepancias de tamaño dental y longitud de arco.

-Retención prolongada o pérdida prematura del canino primario.

-Aberración en la formación de la lámina dental.

-Posición anormal del germen dental.

- Presencia de una hendidura alveolar.

- Herencia



- Anquilosis.
- Problemas nasorespiratorios.
- Patologías localizadas.
- Quistes.
- Origen iatrogénico.
- Condición idiopática, sin causa aparente.
- Ausencia del incisivo lateral maxilar.
- Variación en el tamaño de la raíz del diente.
- Variación en el tiempo de formación radicular.
- Secuencia de erupción anormal.
- Trauma del germen dental.
- Exceso de espacio.
- Cantidad de reabsorción de la raíz del diente primario.
- Forma de arco estrecha
- Neoplasias.
- Odontomas.
- Supernumerarios.
- Dilaceración de la raíz.

**Retención dentaria**, define el diente que “llegada su época normal de erupción, se encuentra detenido parcial o totalmente y permanece en el hueso sin erupcionar sin que se pueda identificar una barrera física que pueda explicar la interrupción de la erupción”<sup>12</sup>.

**Diente impactado o enclavado**, es aquel que se encuentra incluido en el maxilar y su erupción es impedida por una barrera física (hueso, tejidos blandos, otro diente, patologías asociadas) detectable clínica y radiográficamente o bien por una posición anormal del mismo<sup>12</sup>.

**La inclusión dental** hace referencia a aquel diente que perdió la fuerza de erupción y se encuentra sumergido en el maxilar con o sin patología asociada<sup>12</sup>.

### **Diagnóstico clínico y radiográfico de los caninos retenidos**

El diagnóstico de un canino retenido en el maxilar, se realiza por los medios clínicos de la inspección, la palpación y por el examen radiográfico.

**Inspección:** En caso de retención palatina o vestibular, la inspección visual puede descubrir una elevación o relieve en el paladar o vestíbulo, la altura y la forma de la bóveda palatina nos darán una indicación de la probable ubicación del diente.

**Palpación:** El dedo índice confirma la existencia de esta elevación

**Examen radiográfico:** “Debe valorarse la posición del canino en relación con los tres ejes del espacio, su relación con los ápices de los dientes vecinos y las estructuras anatómicas circundantes, para ello, debe recurrirse a la radiografía panorámica, radiografía oclusal y radiografía de perfil de cráneo, si las proyecciones anteriores no permiten localizar la posición del canino, la práctica de tres radiografías periapicales permite llegar a un diagnóstico fiable, realizando la denominada Técnica de Clark o técnica del objeto vestibular, que se utiliza para determinar si el diente retenido se encuentra por vestibular o palatino con respecto a los dientes adyacentes, se toman inicialmente dos radiografías periapicales inclinando el tubo de

radiografías hacia distal o mesial, si después del revelado el diente retenido se mueve hacia el mismo lado del tubo el canino se encuentra hacia palatino, si por el contrario al mesializar el tubo el diente aparece del lado contrario este se encuentra por vestibular, existen otros medios diagnósticos más precisos como: las tomografías lineales, tomografías computarizadas, scan dental, imágenes digitales, radiografías de sustracción digital e imágenes de resonancia magnética de alta resolución, el uso de medios de diagnóstico sofisticados en nuestro medio es limitado, principalmente por sus altos costos, y aunque la máxima exactitud acerca de la posición, inclinación, relación con estructuras anatómicas de dientes retenidos y reabsorción de dientes vecinos causada por estos, está dada por la tomografía computarizada dental, podemos tener información confiable con tomografías simples”<sup>12</sup>.

### **Técnicas radiográficas para ubicar caninos retenidos**

Para ubicar caninos retenidos se emplean la Técnica de Clark y de Cone Beam

Técnica de Clark:

“se realiza tomando tres películas radiográficas. Una ortogonal en dirección a la zona a examinar, la segunda desde mesial en dirección a la zona a examinar con 20° horizontales y la tercera desde distal en dirección a la zona a examinar con 20° horizontales”<sup>13</sup>.

Técnica Cone Beam: “Un rayo de haz cónico es desplazado alrededor del paciente para producir una gran cantidad de vistas, que producen imágenes de alta calidad, la Tomografía Computarizada (TC) de Cone Beam

“Nos da imágenes detalladas de los huesos y se lleva a cabo para evaluar enfermedades de la mandíbula, la dentición, estructuras óseas de la cara, cavidad nasal y senos”<sup>13</sup>.

### **La clasificación de caninos retenidos**

Esta clasificación está supeditada por su relación con el hueso maxilar superior:

- Clase I. Localizado por palatino o lingual.
- Clase II. Localizado por vestibular.
- Clase III. Localizado a la vez por palatino o lingual y vestibular.
- Clase IV. Localizado en la apófisis alveolar entre incisivo lateral y el premolar.
- Clase V. Localizado en un maxilar desdentado.

También se clasifica de acuerdo a su posición con el hueso maxilar superior<sup>14</sup>

- Horizontal.
- Vertical.
- Semi Vertical.

Valverde sostiene que después de realizar una revisión minuciosa de varias clasificaciones de retenciones dentarias, encontramos que la clasificación más práctica es la del Dr. Trujillo Fandiño, quien propuso en 1990, una clasificación para incisivos, caninos y premolares retenidos; sencilla y fácil de aplicar a cualquier caso, para expresar su localización exacta de estos órganos dentarios en cuanto a su posición, dirección, estado radicular y presentación<sup>15</sup>.

#### **a) Posición**

Describe la ubicación de la corona del órgano dentario retenido con relación a los tercios radiculares cervical, medio y apical de los dientes adyacentes, estableciendo 5 mm, para cada tercio radicular. Posición I: cuando la corona o la mayor parte de ésta se encuentra a nivel del tercio cervical de la raíz de los dientes adyacentes en los maxilares dentados, y en espacio comprendido de la cresta alveolar hasta 5 mm de ésta en el maxilar equivalente al tercio cervical. Posición II: cuando la corona o mayor parte de esta se encuentra a nivel del tercio medio de las raíces de los dientes adyacentes en los maxilares desdentados, y en el espacio

comprendido entre 5 y 10 mm de la cresta alveolar de los maxilares, equivalente al tercio medio.

Posición III: cuando la corona o la mayor parte de ésta se encuentra a nivel del tercio apical de las raíces de los dientes adyacentes en los maxilares dentados, en el espacio existente a partir de 10 mm de la cresta alveolar de los maxilares<sup>15</sup>.

#### **b) Dirección**

Detalla la posición de la corona y la inclinación del eje axial, del órgano retenido: Ejemplo; vertical, mesioangular, mesiohorizontal, vertical invertido, distoangular, distohorizontal, vestíbulo palatino, palato vestibular, etc<sup>15</sup>.

#### **c) Estado radicular**

Especifica la morfología radicular. Ejemplo; raíz con dilaceración, raíz recta, raíz curva, raíz incompleta en su formación, raíz con hipercementosis, etc<sup>15</sup>.

#### **d) Presentación**

Explica la ubicación de la corona según se encuentre dentro de los maxilares. Ejemplo; vestibular, palatino o lingual, central<sup>15</sup>.

#### **- Clasificación de Field y Ackerman**

##### **a. Caninos Superiores**

- Posición labial: se establece esta posición por la situación de la corona que se vincula con los incisivos o con la corona por arriba de los ápices de los incisivos<sup>16</sup>.

-Posición Palatina: se representa por estar la corona próxima a la superficie y en correlación con las raíces de los incisivos<sup>16</sup>.

- Posición Intermedia: la corona se sitúa entre las raíces del incisivo lateral y del primer premolar con la corona situada por encima de las raíces de estas piezas dentarias hacia vestibular y la raíz hacia palatino o viceversa<sup>16</sup>.

Posiciones Inusuales: las piezas dentarias están en relación con la pared del seno maxilar o de fosa nasal o se encuentran situadas en la región infraorbitaria <sup>16</sup>.

### **Clasificación de Los Caninos Retenidos Según Ríes Centeno.**

“Los clasifica de acuerdo a tres criterios, número de dientes retenidos, posición de estos dientes en los maxilares y presencia o ausencia de dientes en la arcada, la retención puede ser simple o bilateral, la localización puede ser vestibular, palatina o lingual y los caninos retenidos pueden estar en maxilares dentados o en maxilares sin dientes” <sup>11,16</sup>.

Caninos Superiores:

Clase I: Maxilar dentado. Diente ubicado del lado palatino. Retención unilateral

a) Cerca de la arcada b) Lejos de la arcada

Clase II: Maxilar dentado. Diente ubicados del lado palatino. Retención bilateral

Clase III: Maxilar dentado. Diente ubicado del lado vestibular. Retención unilateral

Clase IV: Maxilar dentado. Dientes ubicados en el lado vestibular. Retención bilateral.

Clase V: Maxilar dentado. Dientes ubicados en vestibular o palatino (Retenciones mixta o trans alveolares)

Clase VI: Maxilar sin dientes. Dientes retenidos ubicados en el lado palatino.

a) Retención Unilateral b) Retención Bilateral

Clase VII: Maxilar sin dientes. Dientes retenidos ubicados en el lado vestibular.

a) Retención Unilateral b) Retención Bilateral

### **2.2.3. Marco Conceptual**

#### **Caninos retenidos**

Se conceptúa que un diente canino está retenido cuando no ha ocupado su lugar en la arcada pasada la edad del brote.

Al respecto Proaño<sup>16</sup> J.; cita a Castañeda<sup>17</sup> “Los caninos retenidos son piezas dentarias que se localizan parcial o totalmente desarrolladas en el interior de los maxilares, podemos determinar que se encuentran retenidas, una vez que ha pasado el tiempo de erupción, mantiene la integridad del saco pericoronario, estudios actuales nos orientan que la inclusión del canino es la segunda fuente más frecuente de retención dentaria, después del tercer molar, estos no erupcionan en su época normal, debido a diversos factores, sean estos evolutivos, anatómicos o mecánicos, son muchas las causas de retención canina, por este motivo se debe realizar un diagnóstico clínico a edad temprana, por medio de la observación clínica, inspección, palpación y el diagnóstico radiológico”<sup>16</sup>

#### **Exodoncia de Caninos retenidos**

Procedimiento de exeresis del canino

Para efectuar la exodoncia de caninos retenidos se debe colocar al paciente en la posición decúbito supino, teniendo en cuenta hiperextensión de la cabeza, lo que nos evitara complicaciones, iluminación amplia con luz frontal, si el operador es diestro se colocara delante y a la derecha y el asistente enfrente a la izquierda, al contrario si el operador es zurdo<sup>16</sup>.

#### **Diagnóstico por imagen**

El diagnóstico se realiza con apoyo radiográfico y el TAC-3d nos permite proyectar imágenes para determinar la viabilidad, nos indicara además, la posibilidad de encontrarse reabsorción

de incisivos laterales por la posición ectópica del canino y si la raíz está desarrollada y hay viabilidad<sup>16</sup>.

“La literatura sobre el tema indica que el análisis imagenológico mediante radiografía panorámica es el estándar para el diagnóstico en la práctica odontológica diaria, ya que devela la presencia de dientes impactados, retenidos o incluidos en la arcada dental, así como otra variedad de patologías de los tejidos óseos y dentales, lo cual es imposible considerar a través del examen clínico de la cavidad bucal”<sup>17</sup>.

“En la actualidad ha surgido la tomografía computarizada de haz cónico, una nueva tecnología de tomografía computarizada con una emisión de rayos X reducida en comparación con la tomografía especial multicorte denominada tomografía médica, fue inventada, y durante esta última década hubo un rápido incremento de sus aplicaciones clínicas en el diagnóstico, planificación de tratamiento y pronóstico de caninos maxilares impactados”<sup>18</sup>.

### **Tratamiento del Canino retenido**

“El tratamiento de los caninos retenidos va depender de la ubicación que este se encuentre, cuando está en una posición que facilite la posibilidad de su tracción ortodóntica a la arcada dentaria, en esta situación<sup>23</sup> se debe realizar una fenestración quirúrgica, con o sin colgajo de reposición apical”<sup>16</sup>.

## **PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO**



“Para realizar este procedimiento debemos poner al paciente en una posición decúbito supino con la cabeza en hiperextensión, para prevenir posibles complicaciones, por las alteraciones en la deglución, se debe tener una iluminación excelente, es necesario usar luz frontal, en determinados casos, el profesional que es diestro se colocará delante y a la derecha, y el ayudante debe estar enfrente del operador y a la izquierda del paciente y al contrario si el cirujano es zurdo”<sup>16</sup>.

“Se realiza con anestesia local, se realizara el bloqueo del nervio nasopalatino y de ambos nervios palatinos anteriores, salvo en el caso de que la retención solo sea unilateral en el que será suficiente la del nervio correspondiente del lado de la retención, se completará la anestesia con la infiltración del nervio infraorbitario o de ambos si la posición es medial o cuando sea bilateral, podrá opcionalmente iniciarse la intervención quirúrgica infiltrando: el periostio y el hueso con solución anestésica o suero fisiológico con el objeto de facilitar el despegamiento del colgajo”<sup>16</sup>.

#### **A. Anestesia**

“Se realiza al comenzar la intervención, si la retención es unilateral se debe coloca anestesia infraorbitaria del lado que vamos a trabajar, se coloca anestesia local, infiltrativa en la bóveda palatina a la altura del agujero palatino anterior y del posterior del lado a operarse, si la retención es bilateral se debe administrar la anestesia infraorbitaria en ambos lados, la anestesia Infiltrativa debe colocar en la bóveda palatina a la altura de del agujero palatino anterior y de ambos agujeros palatinos posteriores”<sup>16</sup>.

#### **b. Incisión**

“Es indispensable separar parte de la fibromucosa, descubriendo la bóveda ósea, se debe realizar un colgajo abundante que nos una visión amplia del área donde se va extraer la pieza retenida, para conseguir este colgajo se debe realizar una incisión que debe darse por la

ubicación del canino retenido, se tiene que trazar la incisión por fuera de los extremos de la cúspide y ápice de la pieza dentaria”<sup>16</sup>.

### **Levantamiento del colgajo**

“Una vez que se realizó la incisión se procede a realizar el desprendimiento del colgajo con un instrumento romo, este se indica entre la arcada dentaria y la encía o entre los bordes de la incisión palatina, se lo debe realizar con movimientos sutiles, previniendo desgarrar o herir la encía, se desprende la fibromucosa quedando al descubierto el hueso del paladar; cuando se realiza el desprendimiento de la fibromucosa se recomienda tenerlo inmóvil durante el desarrollo de la intervención, se toma con una pinza de disección el colgajo, este procedimiento se lo ejecuta con la intención de evitar la hemorragia ósea o de los vasos sanguíneos (16). Una vez que se realizó la osteotomía, se debe ejecutar la extracción de la pieza dentaria, se elimina, esta maniobra se la debe efectuar atreves elevadores, que deben ser apoyados en el hueso vecino más sólido y más protegido elevan al diente siguiendo la brecha ósea creada “<sup>16</sup>.

### **Osteotomía.**

“se debe descubrir toda la corona de la pieza dentaria, principalmente la cúspide del diente retenido se lo debe realizar con una amplitud mayor que el diámetro de la corona, para que esta pueda ser eliminada con facilidad de cavidad ósea, sin traumatismos, depende de la posición del canino la eliminación de hueso a nivel de su parte radicular; debemos exhibir el tercio cervical de la raíz, con esta técnica , se reduce la cantidad de osteotomía que se realiza con la fresa, este procedimiento elimina hueso de forma rápida y limpia sin causar alteraciones ni inconvenientes al operador, se debe cambiar constantemente las fresas en la cirugía ya que estas pueden calentar al hueso, se debe irrigar con suero fisiológico”<sup>16</sup>.

### **Tratamiento de la brecha ósea.**

“Se inspecciona la cavidad ósea, se extirpa el saco pericoronario, y los restos óseos o dentarios, se debe observar bien la cavidad para no dejar restos dentarios”<sup>16</sup>.

### **Sutura**

Se efectúan entre dos a tres puntos, previamente se repone el colgajo

### **2.3 Objetivos**

Describir y efectuar la exodoncia del diente canino 1.3 retenido por palatino.

## **III. DESARROLLO DEL CASO CLINICO**

### 3.1. HISTORIA CLÍNICA

#### ANAMNESIS

NOMBRE Y APELLIDO: ELIA VILLALVA CASTELLANOS

EDAD: 34 años SEXO: femenino

ESTADO CIVIL: Soltera

DOMICILIO: Psje 2 de Mayo N° 103 Chilca - Huancayo

TELÉFONO: 922092722

OCUPACIÓN: Estudiante de enfermería

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: Tarma 19-05-1987

LUGAR DE PROCEDENCIA: Huancayo

#### • MOTIVO DE CONSULTA:

“Dicen que tengo un diente adentro de mi hueso maxilar”

TIEMPO DE ENFERMEDAD: -

• INICIO: No refiere

• CURSO: No refiere

• SIGNOS Y SINTOMAS: Asintomático, presenta diastema entre las piezas 1.2 y

1.4

• ENFERMEDAD ACTUAL (INICIO, EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DE LA ENFERMEDAD)

• Paciente no refiere haber tenido sintomatología.

• FUNCIONES BIOLÓGICAS

• SUEÑO: Normal SED: Normal APETITO: Normal

• ORINA: Normal DEPOSICIONES: Normales PESO: 59 kilogramos

ANTECEDENTES

A. ANTECEDENTES MÉDICOS FAMILIARES:

Mama: no refiere

Papa: no refiere

Abuela materna: no refiere

Abuelo paterno: no refiere.

Hermana: anemia

B. ANTECEDENTES PERSONALES (HÁBITOS):

Refiere tener la manía de morder lapicero.

AMPLIACIÓN: Cada vez que sufre de alguna molestia o se enferma de gripe, diarreas va a la farmacia y se automedica.

C. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: Paciente refiere haber tenido sarampión, diarrea, vómitos, gripe, hace 12 años atrás.

HOSPITALIZACIONES PREVIAS: No refiere

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS: No refiere

TERAPEÚTICO RECIENTE: No refiere

**3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL**

Funciones neurosensoriales y estado general del paciente

LOTEP, ABEN, ABEH, ABEG

Funciones vitales

PA: 120/80 mm Hg.

PULSO: 65ppm

TEMPERATURA: 37°

FRECUENCIA RESPIRATORIA: 17rpm

Piel: Con buena humectación

Tejido subcutáneo: Buena distribución

RASA: No se evidencia ningún tipo de trastorno.

SOMA: No refiere

### **3.3 EVALUACIÓN INTEGRAL**

EXAMEN REGIONAL

EXAMEN ESTOMATOLOGICO EXTRA ORAL ELEMENTAL:

CABEZA: Normocefalo

OJOS: S.A.E.

OIDOS: S.A.E.

NARIZ: Permeables

CARA: Normo Facial

ATM: Sin alteración evidente.

GANGLIOS: No presenta nódulos ni dolor a la palpación.

LABIOS: Labios de color rosado pasivos, elásticos medianos, humectados, comisuras normales, presenta manchas de color marrón en labio superior

CARRILLOS: De color rosado coral, humectados, presencia de línea oclusal (línea alba), salida de conducto de Stenon permeable sin alteración.

PALADAR DURO Y BLANDO: De color rosado coral, rugas palatinas conservadas, rafe medio, sin alteración, no presenta lesión en el paladar.

OROFARINGE: Úvula vibrante, amígdalas de tamaño mediano sin presencia de secreción.

LENGUA: De tamaño normal, húmedo, ovalada, con saburra en el tercio medio del dorso de la lengua, puntillado múltiple en el tercio medio y anterior de la lengua.

PISO DE BOCA: Frenillos sin alteración importante.

REBORDE GINGIVAL: Gingivitis leve asociado a placa bacteriana.

OCLUSION: R.M.D = CLASE I R.M.I = CLASE I

R.C.D = CLASE I R.C.I = CLASE I.

SISTEMA DENTARIO: 28 piezas dentarias.

### **3.4 DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico Presuntivo:

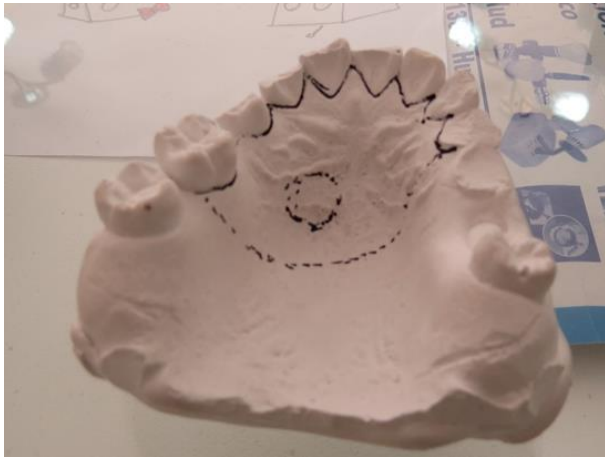
Inclusión de la pieza 1,3

Exámenes de Ayuda Diagnóstica: Radiografía panorámica

Estudio Imagenológico: cóndilo asimétrico, piso de orbita lado izquierdo se encuentra más elevado posiblemente por la posición de la cabeza, tabique nasal desviado al lado derecho, adenoides agrandados, atrofia del seno maxilar izquierdo (aplasia), inclusión de las piezas dentarias 1.8 y 2.8, pieza 3.7 se encuentra retenido entre el margen cervical distal de la pieza 3.6 y margen cervical mesial de la pieza 3.8.

Estudio de Modelos y Diseño de Incisión: triangular

Figura 3 Fotografía de Modelos y Diseño de Incisión: triangular



Análisis de Laboratorio: Hemograma, hemoglobina, hematocrito, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, colesterol, triglicéridos, glucosa.

Interconsultas: NO REQUIERE

Diagnóstico Definitivo:

Retención de la pieza 1,3

### **3.5 PRONÓSTICO:**

Favorable.

## **IV. PLAN DE TRATAMIENTO INTEGRAL**



#### 4.1 Formulación del Plan de tratamiento general

##### MOTIVACION DEL PACIENTE

Una vez realizado el diagnóstico preciso se debe dar confianza al paciente explicándole los pasos a seguir en su tratamiento, al tratarse de un procedimiento de cirugía del diente retenido la cual es un procedimiento complejo. Hay una relación directa entre motivación del paciente y efecto sobre la salud y la enfermedad

Los pasos a seguir son las siguientes:

Etapa Inicial de información, en la que se busca crear conciencia del problema encontrado en este caso un diente incluido

Etapa Segunda de acción, se ponen en marcha las medidas terapéuticas indicadas.

Etapa final. -Consiste en la extracción del canino retenido y posterior rehabilitación del sistema estomatognático.

##### **Desarrollo del caso en Fotografías**



Autor: BACH. Contreras Borja Marco Antonio

**Figura 5.-Fotografías de frente y perfil del paciente**



**Autor: BACH. Contreras Borja Marco Antonio**

**Figura 6 Fotografía** Región del canino superior izquierdo

Inspección: pieza 1,3 ausente



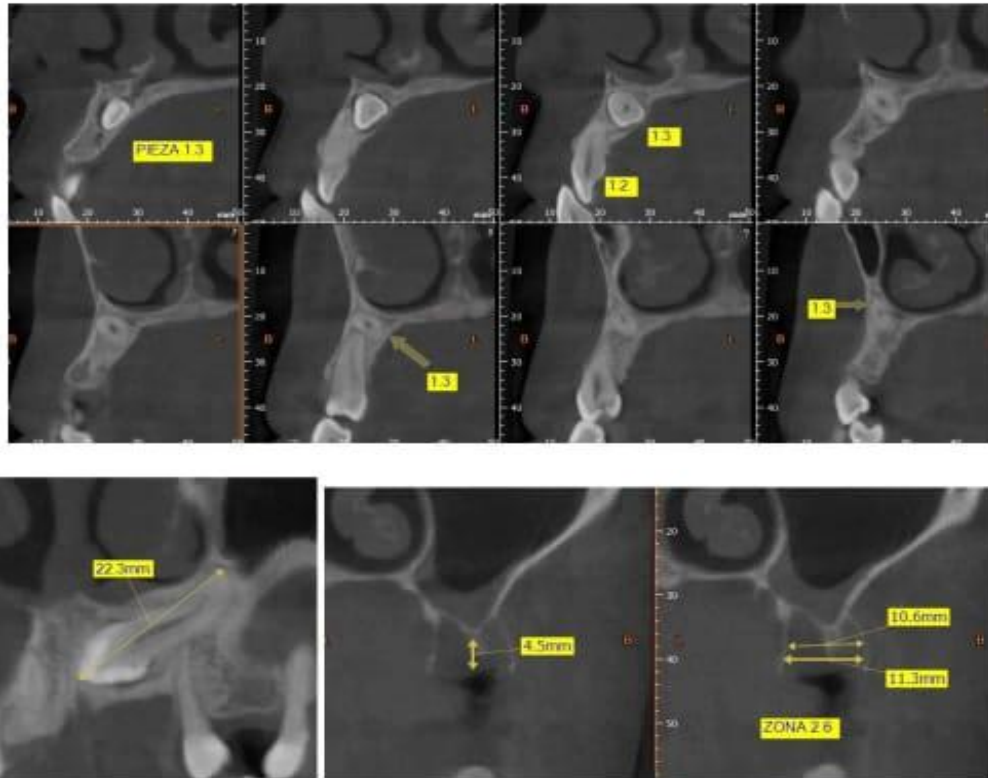
**Autor: BACH. Contreras Borja Marco Antonio**

**Figura 7 Fotografía de Radiografía panorámica**



REPORTE GRÁFICO:

A la evaluación dinámica del maxilar superior, se observa:



**TÉCNICA:**

A la evaluación dinámica de la tomografía volumétrica de los MAXILARES se observa:

Zona	Longitud cima del reborde RESIDUAL A SENO MAXILAR (mm)	Ancho de reborde residual (en mm) *	Densidad ósea física
2.6	4.5	Tercio cervical: – Tercio medio: 10.6 Tercio apical: 11.3	
Zona	Longitud cima del reborde RESIDUAL A CANAL MANDIBULAR (mm)	Ancho de reborde residual (en mm) *	Densidad ósea física
3.6	17.3	Tercio cervical: 3.9 Tercio medio: 4.7 Tercio apical: 5.5	
3.7	16.6	Tercio cervical: 6.9 Tercio medio: 7.1 Tercio apical: 7.2	
4.6	13.5	Tercio cervical: 2.9 Tercio medio: 5.3 Tercio apical: 6.8	D1
4.7	11.1	Tercio cervical: 3.9 Tercio medio: 5.1 Tercio apical: 5.9	D1



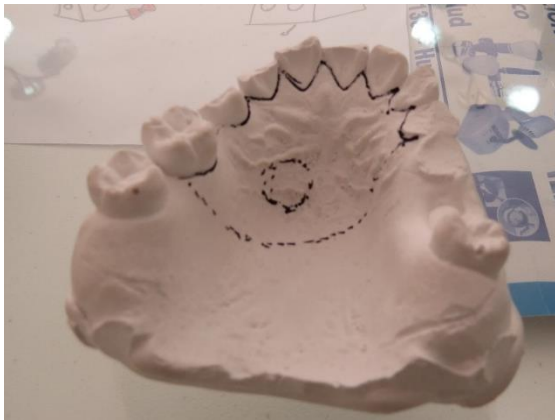
(\*) Las medidas de los anchos de rebordes se realizaron desde 1mm de la superficie cortical por vestibular y lingual.

*Hallazgo:*

- *PIEZA 13: Retención intraósea, la corona se orienta hacia la tabla ósea palatina, su segmento apical se orienta hacia la tabla ósea vestibular. Su eje corono radicular mide 22.3 mm.*
- *Osteoesclerosis a nivel de cuerpo mandibular izquierdo (D1).*

**Autor: BACH. Contreras Borja Marco Antonio**

**Figura 8 pasos: modelo y diseño de colgajo**



Autor: Bach.. Contreras Borja Marco Antonio

**Figura 9 Anestesia**

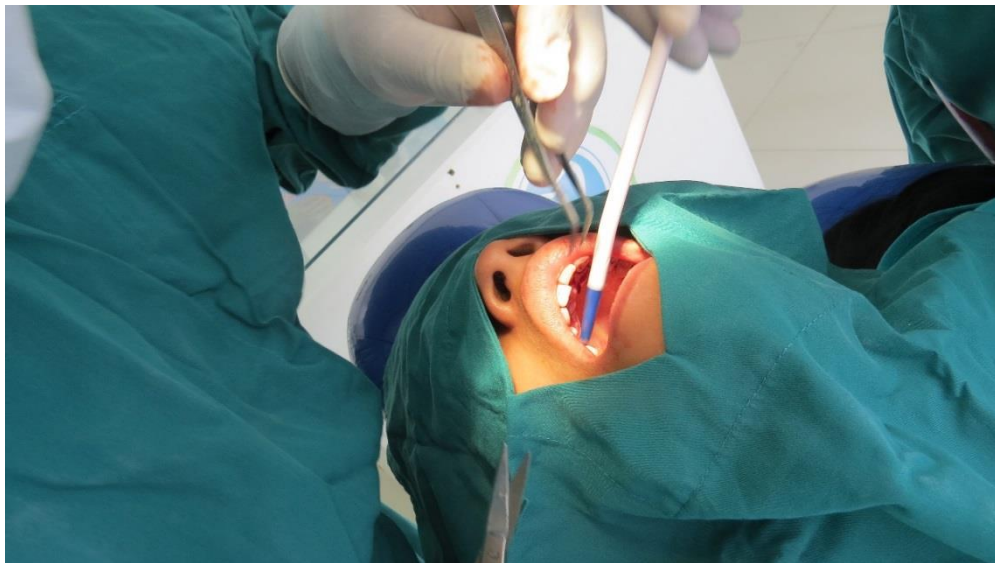


Autor: Bach.CH. Contreras Borja Marco Antonio



### Figura 10 Incisión

Se abordó por palatino, debido a que la porción coronal estuvo dirigida hacia dicha zona, se efectuó incisión festoneada desde la pieza dentaria 14 hasta 24 se decoló el mucoperiostio,



Autor: BACH. Contreras Borja Marco Antonio

**Figura 11. Levantamiento de colgajo**



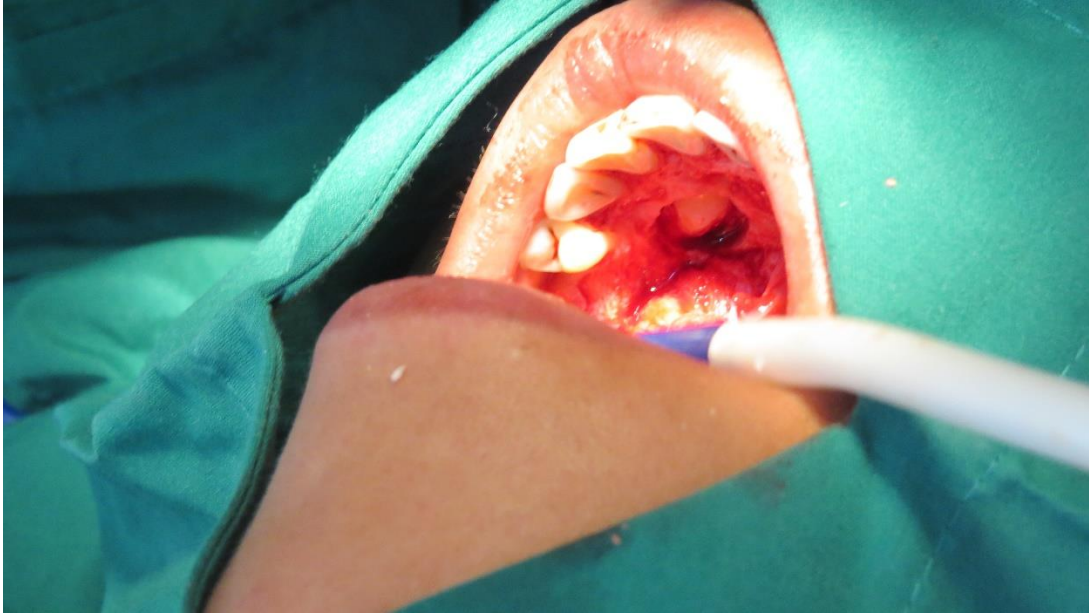
Autor: BACH. Contreras Borja Marco Antonio

**Figura 12 Osteotomía**

Se efectuó la osteotomía por palatino, apertura de una pequeña ventana en el tercio medio radicular de 21 y 22.



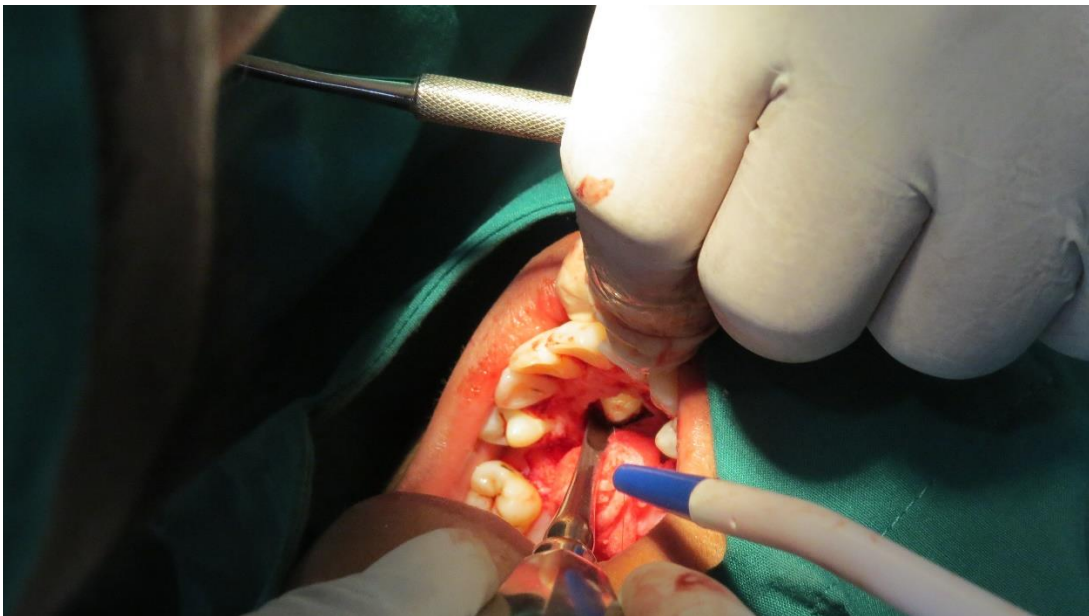




Autor: BACH. Contreras Borja Marco Antonio

### Figura 13 Extracción

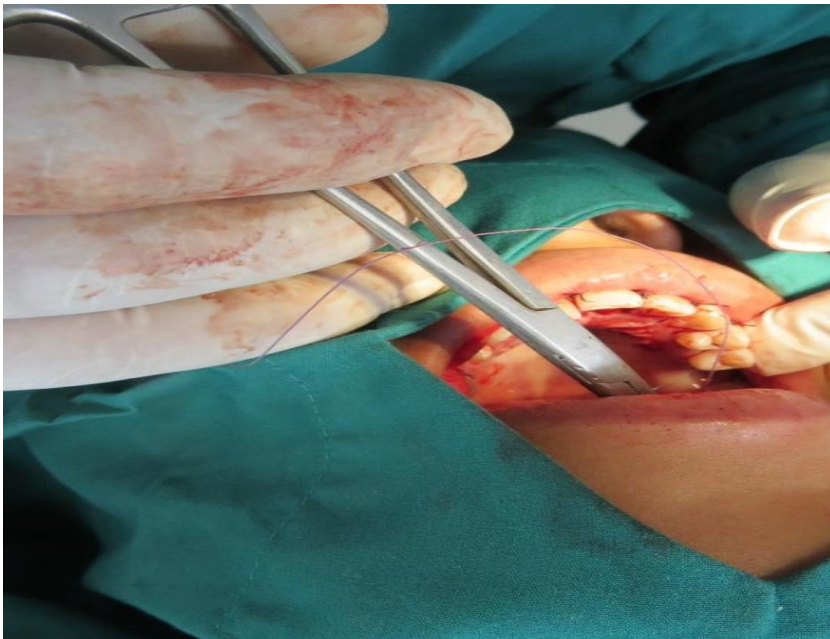
Imagen del Canino retenido 13 exodonciado





Autor: BACH. Contreras Borja Marco Antonio

**Figura 14 Sutura.**



Autor: BACH. Contreras Borja Marco Antonio

**Figura 15 Paciente 15 días después de la cirugía**



Autor: BACH. Contreras Borja Marco Antonio

### **Medicación post quirúrgica**

Tramadol + paracetamol en una dosis de 37.5 mg/325mg-/oral cada 12 horas por 3 días.

### **4.2 Plan de control y mantenimiento**

Se realiza control a las 48 horas y luego a los 6 o 7 días.

El paciente no debe hacer succión en la boca: no debe fumar ni enjuagar vigorosamente, evitar tomar líquidos con pajillas durante el resto del día asimismo reducir actividades por un promedio de 24 horas después de la extracción.

Se debe realizar limpieza con gasa y agua oxigenada diluida de la zona intervenida.

Retiro de puntos y control de la cicatrización

## **V.DISCUSIÓN**

Realizamos una revisión en la literatura odontológica, detallada; Afirma Belmaa. Üçüncü<sup>3</sup> “La impactación es un retraso o interrupción del proceso normal del diente, hay varias terminologías en la literatura para definir impactación incluyendo erupción retardada, retención primaria, inmersión dientes, dientes impactados etc.; un canino se considera impactado si se interrumpe

después de desarrollo completo de la raíz o el diente contralateral ha erupcionado, durante al menos 6 meses con formación de raíces completa”<sup>3</sup>; Sostiene Salazar<sup>4</sup> que “el diente que más frecuentemente queda retenido después de los terceros molares es el canino en el maxilar superior existiendo una incidencia de retención de caninos superiores de 0.92%, siendo más común en las mujeres (1.17%), en el presente caso clínico se presentó retención de un canino superior en paciente de sexo masculino, la incidencia de retenciones palatinas es de 2 a 3 veces más frecuente que las retenciones labiales; igual al caso reportado en este informe monográfico de suficiencia profesional”<sup>4</sup>. es enfático Corradini<sup>5</sup> cuando afirma que “realizada una revisión y análisis detallado de los aspectos más importantes de la retención de los caninos se concluye que, no es rara la presencia de caninos retenidos, presentándose con mayor incidencia en el maxilar superior, con ubicación palatina, tendencia unilateral y se observa principalmente en mujeres, es fundamental realizar una correcto y minucioso diagnóstico, por medio de exámenes clínicos, radiográficos y topográficos, ya que nos permite detectar, cualquier alteración de la erupción a una edad temprana, aproximadamente a los ocho años, el caso tratado tiene al canino retenido en el maxilar superior con ubicación palatina y el tratamiento se efectuó en una mujer”<sup>4</sup>. Para, Pérez<sup>6</sup> “ Los caninos al estar incluidos pueden originar como cualquier otra pieza dentaria trastornos y patologías, estas pueden ser de origen mecánico, infeccioso y de origen nervioso; en el estudio realizado por Pérez la pieza dentaria predominante retenida se dio en el canino superior derecho, en nuestro trabajo se situó en el canino superior izquierdo, de igual manera se presenta alta incidencia de retención bilateral superior, y resulta extremadamente raro retención bilateral inferior”<sup>6</sup>. Jauregui<sup>8</sup> considera “administrar analgesia preventiva a un paciente previo al acto operatorio disminuirá la sintomatología postoperatoria y por ello el control del dolor post quirúrgico cumple un papel indispensable; consideramos que, el uso de analgesia preventiva se considera como punto clave al momento de la cirugía y después de la misma, ya que promueve el control de la ansiedad en el paciente”<sup>8</sup>. Considera

Donaires<sup>9</sup> “La etiología, diagnóstico y tratamiento de las piezas dentarias retenidas se hace necesario con el fin de evitar complicaciones posteriores, la exodoncia realizada es en nuestro caso el diente 23 incluido que si bien no presentaba un quiste dentígero se hizo necesaria su exodoncia como medida preventiva, teniendo en cuenta que el tratamiento de caninos incluidos, es fundamental un apropiado diagnóstico para el éxito del tratamiento “<sup>9</sup>. Al respecto del diagnóstico Nosetti<sup>13</sup> “Existen distintas técnicas radiográficas para diagnosticar la patología de piezas dentarias anteriores retenidas, las técnicas más difundidas son de Clark y la Tomografía Computarizada (TC) de Cone Beam nos da imágenes detalladas de los huesos y se lleva a cabo para evaluar enfermedades de la mandíbula, la dentición, estructuras óseas de la cara, cavidad nasal y senos permiten diagnosticar la patología de piezas dentarias anteriores retenidas en especial los caninos siempre que se respete lo indicado en cada una de las técnicas”<sup>13</sup>.

## **VI. CONCLUSIONES**

- En la exodoncia de un canino retenido definitivamente, la planeación cuidadosa el examen clínico exhaustivo y el plan de tratamiento varía entre pacientes y en los casos.
- El empleo de las radiografías es fundamental para precisar un diagnóstico y proceder a una intervención quirúrgica en caninos retenidos.
- Por la revisión bibliográfica sostenemos que los caninos retenidos si no se tratan, es posible que lleguen a formar tumores, quistes u otras patologías.

## **VII. RECOMENDACIONES**

- Es sumamente importante realizar un estudio radiográfico a profundidad una buena anamnesis, con estudios clínicos, lo cual nos evitara complicaciones en las exodoncias de caninos retenidos.

- Es recomendable el empleo de radiografías oclusales para detectar caninos retenidos, a la vez propender la utilización de tecnologías como las T.A.C en 3d.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Rodríguez, Y., Kowalyszyn, K., Romero, M. & Martínez, N. Evaluación clínica y radiográfica de erupción ectópica de canino permanente superior derecho retenido. Reporte de

un caso. Acta Bioclínica [Internet]. 2016 [Citado el 10 de Agosto de 2021]; vol. 6, no 11, p. 75-85. Disponible en: <http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/actabioclinica/article/view/7370>

2. Delgadillo P.; Guzmán Y.; Mamani J.; Huari J.; Rocha A.. Extracción de canino superior retenido y su tratamiento inmediato a través de implante en paciente varón de 31 años. [Investigación teórica]. Cochabamba: Universidad de San simón; 2014. Recuperado a partir de: <http://ddigital.umss.edu.bo:8080/jspui/bitstream/123456789/6305/1/Extraccion%20de%20canino.pdf>.

3. Belma Işık Aslan y Neslihan Üçüncü; Clinical Consideration and Management of Impacted Maxillary Canine Teeth, Tendencias emergentes en ciencias de la salud bucal y odontología [Internet]. 2015 [Citado el 10 de Agosto de 2021]; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5772/59324>.

4. Salazar, C. Prevalencia de caninos superiores retenidos en pacientes mayores de 14 años atendidos en el Club de Leones Quito Central en el periodo enero-diciembre 2015. 2016. [Tesis de Licenciatura]. Quito: Universidad de las Américas.; 2016. Recuperado a partir de: <https://bibliotecasdelecuador.com/Record/ir-:33000-5350>.

5. Corradine, F. Diagnóstico y tratamiento de caninos maxilares incluidos: cirugía oral y ortodoncia [Tesis, trabajo de fin de grado] .Madrid:2017.Recuperado a partir de: <http://www.dentistaitaliano.it/documents/053.%20TFG-Tesi.CaninoIncluso.ChirurgiaOraleOrtodonzia.pdf> .

6. Pérez, J. Causas e incidencias de retención en caninos permanentes: Revisión bibliográfica. [Tesis de Licenciatura] Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2018.Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/29552>



7. Taxis A. Localización, angulación y longitud de caninos retenidos en tomografía computarizada de haz cónico [Tesis de Licenciatura]. Puebla: Universidad autónoma de Puebla.; 2018. Recuperado a partir de:  
<https://repositorioinstitucional.buap.mx/handle/20.500.12371/8077?locale-attribute=en>
8. Jáuregui, G. Frecuencia de la prescripción de analgésicos preoperatorios en exodoncias de los Cirujanos Dentistas del distrito de Trujillo, 2017. [Tesis de Licenciatura]. Trujillo: Universidad Católica Los Angeles Chimbote.; 2019. Recuperado a partir de:  
<http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/14215>
9. Donaires, M. Exodoncia de canino retenido en el maxilar superior. [Tesis de Licenciatura]. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2020. Recuperado a partir de:  
<https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1942>
10. Ayala, J, et al. Anatomía dental y de la oclusión. Editorial Ciencias Médicas, 2009.
11. Marcillo, R. Factores etiológicos que provocan la retención del canino superior. [Tesis de Licenciatura]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2012. Recuperado a partir de:  
<http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/2823>
12. Martínez , A, Diaz, A, Fonseca , M, Enfoque quirúrgico de canino incluido en el paladar: Reporte de un caso y revisión de la literatura. Duazary [Internet]. 2009; 6 (1): 56-61. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156326009>
13. Nosetti R . Técnicas radiográficas para caninos retenidos." II Jornadas de Actualización en Prácticas Odontológicas Integradas (SEPOI-PPS) [Internet]. 2017, La Plata. Recuperado de:  
[http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/66485/P%C3%B3ster\\_.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/66485/P%C3%B3ster_.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

14. Capote, J, et al. Exéresis de canino superior retenido en posición intermedia. Presentación de un caso: sus implicaciones para el uso clínico. MediSur [Internet]. 2010, vol. 8, no 3, p. 61-65. Recuperado de:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2010000300012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000300012)

15. Valverde, R. Tratamiento quirúrgico para la enucleación del canino superior retenido. . [Tesis de Licenciatura]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2012. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/3002>

16. Proaño, J. Diagnóstico imagenológico y tratamiento clínico de canino retenido. [Tesis de Licenciatura]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2019. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/44283>

17. Castañeda DA, Briceño CR, Sánchez AE, Rodríguez A, Castro D, Barrientos S. Prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados analizados en radiografías panorámicas de población de Bogotá, Colombia. Univ Odontol. 2015 Jul-Dic; 34(73): 149-157. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.uo34-73.pdir> doi:10.11144/Javeriana.uo34-73.pd

18. Román Y. Prevalencia de caninos retenidos en el consultorio Dental Mc Sthetic. [Tesis de Licenciatura]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2020. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/48507>

19. <https://www.cop.org.pe/wp-content/uploads/2015/05/Caninos-Retenidos.pdf>

## ANEXOS

Anexo 1 Consentimiento Informado<sup>19</sup>.



## CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE EXODONCIA DE  
CANINOS INCLUIDOS O RETENIDOS

Yo... Elia Villalva Castellanos ..... (Como paciente), con DNI No.  
43563040 ....., mayor de edad, y con domicilio  
en... PSE 2 de Mayo N° 103 - Chilca .....

DECLARO Que el Odontólogo/Estomatólogo  
Jimmy P. Fernandez Mayta ..... Me ha explicado que es conveniente en

mi situación proceder a la extracción de un canino o colmillo incluido dentro del maxilar, En consecuencia, comprendo que no mantendré ese diente y que, únicamente, podrá ser sustituido por una prótesis. Así mismo me han informado que: 1.- El propósito principal de la intervención es evitar que la evolución derive en un quiste folicular o en desarrollar un ameloblastoma u otro tumor o daño en otros dientes. 2.- Me ha explicado que el tratamiento que voy a recibir implica la administración de anestesia local, que consiste en proporcionar, mediante una inyección, sustancias que provocan un bloqueo reversible de los nervios de tal manera que se inhibe transitoriamente la sensibilidad con el fin de realizar el tratamiento sin dolor. Me ha explicado que tendré la sensación de acorchamiento del labio o de la cara, que normalmente van a desaparecer en dos o tres horas. También me ha explicado que la administración de la anestesia puede provocar, en el punto en el que se administre la inyección, ulceración de la mucosa y dolor, y menos frecuentemente, limitaciones en el movimiento de apertura de la boca, que pueden requerir tratamiento ulterior, y que la anestesia puede provocar bajada de tensión que, en casos menos frecuentes, pueden provocar un síncope o fibrilación ventricular, que deben tratarse posteriormente, e, incluso, excepcionalmente, la muerte. Comprendo que aunque de mis antecedentes personales no se deducen posibles alergias o hipersensibilidad al agente

anestésico, la anestesia puede provocar urticarias, dermatitis, asma, edema angioneurótico, que en casos extremos puede requerir tratamiento urgente. 3.- La intervención consiste en la realización de una incisión en la mucosa, posterior despegamiento y eliminación del hueso que cubre el canino, para que de esta manera se pueda, con instrumental apropiado, eliminarlo

4.- Aunque se me han realizado los medios diagnósticos que se han estimado precisos, comprendo que es posible que el estado del diente que se me va a extraer pueda producir un proceso infeccioso, que puede requerir tratamiento con antibióticos y/o antiinflamatorios, del mismo modo que en el curso del procedimiento puede producirse una hemorragia, que exigiría, para cohibirla, la colocación en el alveolo de una sustancia coagulante; también sé que en el curso del procedimiento pueden producirse, aunque no es frecuente, la rotura de la corona laceraciones en la mucosa de la mejilla, en el labio o en la lengua, o inserción de la raíz en el seno maxilar, que no dependen de la forma o modo de practicarse la intervención, ni de su correcta realización, sino que son imprevisibles, en cuyo caso el facultativo tomará las medidas precisas para continuar con la extracción. Se me informa también que, aunque no es frecuente, puede producirse luxación de la articulación de la mandíbula, en cuyo caso deberé recibir el tratamiento preciso con un especialista en esa materia y ser revisado para control de este proceso. Menos grave resultan las complicaciones infecciosas locales, celulitis, trismo, estomatitis, que suelen poder controlarse farmacológicamente, pero que pueden precisar tratamiento quirúrgico posterior. 5.- El Dentista me ha explicado que todo acto quirúrgico lleva implícitas una serie de complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos. He comprendido lo que se me ha explicado por el facultativo de forma clara, con un lenguaje sencillo, habiendo resuelto todas las dudas que se me han planteado, y la información complementaria que le he solicitado. Me ha queda claro que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar este consentimiento. Estoy satisfecho con la información recibida y comprendido el

alcance y riesgos de este tratamiento, y en por ello, DOY MI CONSENTIMIENTO, para que se me practique el tratamiento de caninos incluidos.

En Huancayo a los 05 días de Mayo de 2021


El Paciente o Representante Legal

  
.....  
Elia Villalva Castellanos  
43563040

El Odontólogo / Estomatólogo supervisor tutor

  
  
COP  
.....  
DNI: 48310166

El bachiller a cargo del caso clínico

  
.....  
Contreras Borja Marco Antonio  
41234819



## Anexo 2. DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA

En la fecha, yo MARCO ANTRONIO CONTRERAS BORJA, identificado con DNI N° 41234819, Domiciliado en CARRETERA CENTRAL 4080 SAN PEDRO, BACHILLER de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Odontología, me COMPROMETO a asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera lugar si en la elaboración de mi investigación titulada EXODONCIA DE CANINO SUPERIOR RETENIDO. Se haya considerado datos falsos, falsificación, plagio, auto plagio, etc. y declaro bajo juramento que mi trabajo de investigación es de mi autoría y los datos presentados son reales y he respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.

Huancayo 05 de mayo del 2021.