

## PROTOCOLO CLÍNICO DE INCLUSIÓN DEL CANINO SUPERIOR

Definición del problema a tratar

### **Inclusión del canino superior**

#### **Indicaciones de la exodoncia quirúrgica**

#### **Conducta conservadora en la edad pediátrica**

Son las técnicas que tienen como objetivo facilitar la erupción del canino, y deben distinguirse varios casos:

- canino en posición favorable para esperar una erupción espontánea, pero que está obstaculizado por alguna patología concreta (odontoma, diente supernumerario, etc.). Debe valorarse su potencial de erupción ya que, en ocasiones si el diagnóstico es precoz, podrá recuperarse solamente con la acción quirúrgica: eliminación del obstáculo y alveolectomía conductora; si ya no existe potencial de erupción, debe proveerse una tracción ortodóncica.
- canino en posición desfavorable para esperar una erupción espontánea. Debe valorarse asimismo su potencial de erupción. En este caso se propone una fenestración para poder efectuar a posteriori una tracción ortodóncica que siempre se verá facilitada si se practica una reubicación quirúrgica del canino; debe hacerse la consideración de que la tracción ortodóncica requiere la formación como mínimo de los dos tercios apicales de la raíz del canino. En cuanto a la técnica quirúrgica es fundamental situar el canino -si es accesible por vestíbulo o por palatino-; en el primer caso, deberá realizarse un colgajo de reposición apical para evitar futuros problemas periodontales.

#### **Conducta no conservadora en la edad pediátrica**

Sólo debe adoptarse esta actitud ante razones extremas de tipo socioeconómico o ante la imposibilidad de una recuperación ortodóncica (ectopias francas, evidencia de anquilosis, malformación dentaria, etc.).

## **Conducta conservadora en el adulto**

Únicamente será posible cuando el ortodoncista vea factible su reposición mediante tracción; otras opciones como el autotrasplante tienen una garantía de éxito menor.

## **Conducta no conservadora en el adulto**

Se adoptará cuando no haya posibilidad de recuperación ortodóncica o bien si da lugar a cualquier tipo de patología. Nunca es aconsejable la actitud expectante salvo ante contraindicaciones de tipo sistémico.

## **Contraindicaciones de la exodoncia quirúrgica**

Obedecen exclusivamente a razones de existencia de patología sistémica.

## **Edad de la intervención quirúrgica**

En principio las soluciones conservadoras suelen indicarse y tener buenos resultados hasta los 18 años; en el adulto pueden intentarse como alternativa al tratamiento radical que es la extracción.

## **Estudios preoperatorios**

Dependerán de las características físicas y patológicas del paciente así como del tipo de anestesia a emplear. En este caso es imprescindible situar perfectamente el canino incluido, ya que de ello dependerá no sólo el plan de tratamiento -viabilidad de la recuperación ortodóncica sino también la técnica quirúrgica. Para poder dilucidar si un canino superior está por palatino -es lo más probable, 80%- o por vestíbulo debe disponerse de como mínimo de tres radiografías periapicales siguiendo la técnica de Clark

(ley del objeto bucal), una radiografía oclusal y una ortopantomografía; una telerradiografía de perfil puede ser un complemento valioso. En los casos en que todavía persistan dudas, o ante otras situaciones tales como ectopias francas, relación estrecha con seno maxilar o fosas nasales o bien en posible asociación con patología quístico o tumoral, el examen de elección es la tomografía computadorizada (TC).

Si se comprueba una relación íntima con dientes vecinos, incisivos lateral y central especialmente, a los que puede provocar una rizolisis, conviene averiguar su indemnidad previa a la intervención quirúrgica lo que se consigue mediante radiografías periapicales y pruebas de vitalidad pulpar.

## Tratamiento preoperatorio

Dada la escasa incidencia de patología infecciosa asociada a la retención del canino superior no se aconseja iniciar -o preparar- el tratamiento con antibióticos antes de la intervención quirúrgica, si bien existe debate en relación a este punto.

Puesto que la intervención quirúrgica suele ser laboriosa, cuando se emplee anestesia local será conveniente realizar una premedicación ansiolítica con alguna benzodiazepina, por vía oral, o analgésica, analgesia preventiva, 1 ó 2 horas antes de la intervención quirúrgica dependiendo de las características farmacocinéticas del fármaco que quiera emplearse.

Si bien el riesgo de alveolitis o de infección postoperatoria es mínimo, es aconsejable que el paciente se enjuague -cinco minutos antes de iniciar la intervención quirúrgica- con una solución de clorhexidina.

## Técnica anestésica

Debe valorarse juiciosamente si el tratamiento puede hacerse bajo anestesia loco-regional o general, atendiendo a la edad del paciente y a la laboriosidad previsible de la intervención quirúrgica. Cuando se opta por la primera opción es necesario anestesiar ambos nervios alveolares superiores anteriores, el nervio nasopalatino y el nervio palatino anterior homolateral. Si la vía de abordaje es vestibular, los nervios a anestesiar son ambos alveolares superiores anteriores -simultáneamente se consigue también la de los infraorbitarios- pudiéndose reforzar con infiltrativas a nivel de paladar sólo para evitar el dolor que produce la sutura de la vertiente palatina de las papilas.

## Tratamiento postoperatorio

Si el desarrollo de la intervención quirúrgica ha sido normal, se recomienda adoptar las medidas propias de toda manipulación quirúrgica menor -frío local, dieta blanda, colutorios con clorhexidina, extremar la higiene bucal- así como tratamiento del dolor esperable con analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos, de forma similar a la comentada para el tercer molar.

Respecto a los antibióticos, estos pueden administrarse en pautas cortas -máximo 4 días- puesto que el riesgo de infección en el postoperatorio es bajo a excepción de las situaciones siguientes: que se haya efectuado una fenestración o que se haya producido una comunicación con el seno maxilar o las fosas nasales; en estos casos se emplearán antibióticos durante un período de 7 a 10 días.

## Control postoperatorio

Salvo casos en los que el paciente no pueda acudir de nuevo a la consulta, por el motivo que sea, es recomendable efectuar la sutura con material no reabsorbible, como seda; lo habitual será retirar los puntos a los 7 días (10 días a lo sumo), momento que se aprovechará para examinar al paciente y darle el alta si no existe ninguna complicación.

Si se ha efectuado una fenestración se habrá colocado algún apósito o material como cemento quirúrgico para impedir su cierre; en estos casos conviene mantener este obstáculo hasta que el ortodoncista coloque