

CANINOS SUPERIORES INCLUIDOS

por el

DR. ANGEL GUERGUÉ

616.314-089.23

Etiológicamente los caninos se nos ofrecen incluídos en el maxilar adoptando una orientación oblicua de abajo arriba, de delante atrás y de fuera adentro, es decir, hacia el rafe; de modo que la cúspide coronaria apunta a la posición que el canino debió ocupar en la arcada. Evidentemente, que puede seguir otras posiciones u orientaciones, pero tanto más sean estas de excepción, menos indicada estará su utilización o sometimiento al tratamiento ortodóncico regulador.

Patogénicamente la inclusión dentaria tiene lugar, por anomalías en el desarrollo, lo mismo del propio diente que del maxilar general por causa local (quiste, tumoración, etc., o alteraciones en la cronología de la primera dentición), y por causa general (sífilis, disfunción endocrina, etc.). Aun cuando sea necesario ponderar acertadamente todas las posibilidades patogénicas en la avulsión prematura de los caninos temporales con la idea de ceder sitio a un lateral en linguo-gresión; por ejemplo, el vano teórico queda clínicamente reducido por la mesio-gresión de premolares y molares y el canino permanente faltó en su momento de lugar para su normal emplazamiento, queda incluído.

En las anomalías de desarrollo ortognatodóncicas, un retrognatismo superior, por ejemplo, máxime si va acompañado de una endognacia bilateral o no, puede igualmente dar lugar a la retención del canino.

Respecto a las enfermedades hereditarias no ha podido ser precisado exactamente su papel, pero esto no resulta menos claro que en otros terrenos del organismo, pues si bien es cierto que las circunstancias objetivas mecánicas locales tienen marcada preponderancia en la etiología de los dientes incluídos, no es menos reconocido que estos casos se dan, asimismo, aun existiendo sobradamente espacio para su normal emplazamiento. Es

frecuente, sí, encontrar estos dientes incluídos en los desarrollos o crecimientos gobernados por disfunciones endocrinas (1), dando lugar, repetimos, a endognacias, retrognatismos, etc.

El diagnóstico de los caninos incluídos puede hacerse radiográficamente, unas veces por móviles de mejoramiento estético otras obligado el interesado por los accidentes a que puede dar lugar. En el primer caso puede optarse por distintas soluciones que estudiaremos más adelante. En cuanto a los dientes incluídos llegan a ofrecer, tenemos inconvenientes en la reabsorción radicular de aquellos dientes que están en contacto con él incluídos, lisis que originan pulpitis y la posibilidad de más graves consecuencias a aquella subsiguientes (flemones, granulomas, osteitis más o menos difusas, etc.). Accidentes que pueden complicarse en forma de neuralgias, o que se expresan por tumores o quistes dentíferos, que, al crecer, pueden, apalancando radicalmente los dientes vecinos, determinar sus malposiciones coronarias en la arcada.

La radiografía resulta, pues, imprescindible para el diagnóstico exacto y se requiere, por lo menos, dos exposiciones correspondiendo a la imagen lateral y la oclusal.

Son casos en los que la imagen del diente incluído ha de aparecer precisa y bien delimitada, como correspondiendo a una situación supuesta que es la enfocada. Pero existen otros casos en los que la radiografía intraoral habitual nos induce a sospechar una posición menos frecuente y obliga no sólo a la impresión de dos nuevas placas con ángulos diferentes, sino a la toma de radiografías extraorales, frontalmente y de perfil, con cuyos documentos gráficos podemos determinar la exacta posición del diente, y, en consecuencia, la posibilidad de llevarlo a su posición o la vía más cómoda para su avulsión.

También se ha empleado la esteroradiografía, aunque nosotros la consideraremos menos precisa que la seriada.

El tratamiento ortognatodóncico de los caninos incluídos, consiste en descubrir la corona del diente incindiendo los tejidos fibrosos y óseos y taponando después de haber aplicado a la herida abierta unos toques de nitrato de plata, al 1/10. De utilizar la fresa para la resección ósea, se ha de ser cauto

(1) ODONTOIATRÍA, vol. V, 401.

en su empleo, y si nosotros la preferimos es por su técnica menos violenta y por entender que a un odontólogo no se le pueden confundir en la resección el material óseo con el dentario. No obstante, la gubia proporciona un campo operatorio siempre limpio.

En determinados casos puede ser de elección, digamos, el procedimiento mixto de resección ósea, es decir, marcando con la fresa el área de resecar, resección que se consuma con la gubia. No debe ser necesario hacer resaltar que esta ventana conviene se abra en el sitio más favorable, no para el descubrimiento del diente, sino para su posterior objetivo: su correcto emplazamiento.

Abierta así, con toda amplitud, liberada absolutamente la corona del diente con el acto quirúrgico se ha de proceder a la segunda parte de la intervención, la netamente ortodóncica.

Como primera providencia quizás sólo sea posible la aplicación, sobre dicha corona descubierta, de un resorte que se apoya en el extremo opuesto en bandas apropiadas a los dientes más adecuados, generalmente los bicúspides; resortes que una vez comenzada la migración, puede subsistir por casquetes preparados para la propia corona del diente, casquetes que, provistos de un pequeño garfio, son cementados al diente. En algunas ocasiones se nos puede obligar a la preparación de un agujero en la corona del diente con objeto de insertar en él el garfio que colocamos en el casquete, agujero que deberá localizarse no sólo en la cara lingual de la corona, sino a una altura que no nos irroque posteriores inconvenientes.

Tratamientos coadyuvantes serían aquellos que como su calificativo nos indica ayudarán a la naturaleza a su rehabilitación, como, por ejemplo, los preparados de tiroidina en los casos de fondo endocrino, las vitaminas, fósforo, etc.

Bourguignon, citado por Omeyer, emplea otro tipo de tratamiento coadyuvante, el que él llama la *dielectrolisis*, cuya técnica parte del principio siguiente: En los casos de retención dentaria existe una carencia de Ca, y excitando el lóbulo anterior de la hipófisis por el ión Ca, puede ejercerse una acción energética sobre los dientes incluídos, lo que realiza de esta manera: en el reborde orbitario coloca un algodón empapado

en una solución de cloruro de calcio, con los párpados cerrados y en él coloca uno de los electrodos, mientras que el otro lo hace en la parte occipital del cráneo. Establecido el circuito eléctrico, el ión Ca proporciona un estímulo al organismo.

En conclusión, debemos advertir que el emplazamiento en la arcada de los caninos incluídos, debe intentarse siempre que la radiografía no lo contraindique, intento más indicado por tratarse generalmente de casos del género femenino—observación esta que hacemos de nuestra casuística y que coincide con la de otros autores—, y en el último de los casos observados estaban incluídos ambos derechos: derecho e izquierdo, existiendo lugar en la arcada para su normal emplazamiento.

El descapuchado y la tracción del canino sólo debe emprenderse después de haber facilitado, si no lo hubiere, el espacio adecuado en la arcada.

La mayor parte de las veces no es necesario preparar este espacio por existir previamente.

El pronóstico de la parálisis del nervio facial en la poliomiélitis, por Henry Rascoff.

El autor relata 33 casos de parálisis facial en niños debido a la poliomiélitis; la edad ha variado de catorce meses a catorce años; once niñas y doce niños. El nervio facial derecho ha sido afectado en 11 de los casos; el izquierdo, en 10, y en dos casos ha sido bilateral.

Todos los niños daban una historia de uno más de los síntomas o signos asociados con poliomiélitis, tales como rigidez de nuca, dolor de cabeza, vómitos, etc. En la mayor parte de los casos ha existido un aumento en el contenido de células y proteínas de líquido céfalorraquídeo. Doce de los niños se han recuperado completamente; en diez, la lesión ha quedado con ligera evidencia, y en uno solo ha existido parálisis marcada. Las distintas formas de terapéutica no han ejercido efecto sobre el curso de la enfermedad. De no ocurrir el restablecimiento completo en un año, poca diferencia se ha notado después.

(“Act. P. Esp.”, 728, 1950.)