

**Erupción Ectópica
del Canino
Superior
y sus Efectos
sobre la
Pulpa Dentaria.**

Martha Siragusa*; Andrea Fruttero**

*Dra. en Odontología. Directora de la Carrera de Post-Grado de Especialización en Endodoncia FOR UNR. msiragus@arnet.com.ar

**Odontóloga especialista. Tercera Cohorte.

Presentación de un caso clínico

El presente caso clínico se trata de una niña de 11 años de edad, quien concurre al Servicio de Atención a Paciente de la Carrera de Post Grado de Especialización en Endodoncia (grupo Rafaela).

La mamá de la niña, manifiesta que hace tiempo, la paciente había sufrido un accidente en bicicleta a la edad de 5 años, que le provocó luxaciones de las piezas dentarias ántero superiores de la primera dentición. Posteriormente las piezas dentarias permanentes erupcionan en disarmonía oclusal, especialmente de los caninos superiores, no realizando ningún tratamiento corrector.

Al momento presente, el motivo de la consulta es por la gran movilidad en la PD12, acotando que poco tiempo atrás había sufrido la exoliación espontánea de la PD22.

Examen clínico

A la inspección extraoral no se observan signos de alteraciones y o deformaciones faciales. La inspección intraoral , sin particularidades relevante en los tejidos blandos. Se constata ausencia de 22 y migración mesializada de 23. Marcada movilidad en PD 12 sin observar cambios de coloración y erupción incompleta del canino superior derecho. Ausencias de bolsas periodontales.^(F1)

Signos positivos a la percusión y a la palpación.

En el examen radiográfico se observaron aspectos normales de la región pero la PD12 presentaba en su porción radicular una extensa área de reabsorción cemento dentinaria externa , abarcando el tercio medio y cervical de la cara distal. Pérdida de la cortical alveolar en el mismo sector.^(F2)

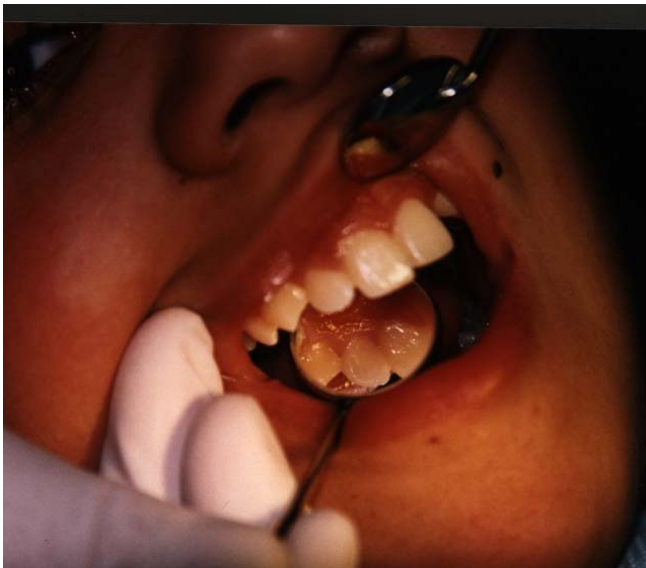


Foto 1



Foto 2

Diagnóstico Clínico - radiográfico. Proceso de muerte pulpar provocado probablemente por la presión traumática que ejerció el canino en su trayecto eruptivo.

Tratamientos:

Primera sesión:

Analgesia infiltrativa; apertura cameral; registro de la longitud de trabajo a 18,5 mm. Al intentar realizar la extirpación pulpar se pudo observar restos de coágulos y una hemorragia profusa de color rojo vinoso.^{(F3)(F4)}

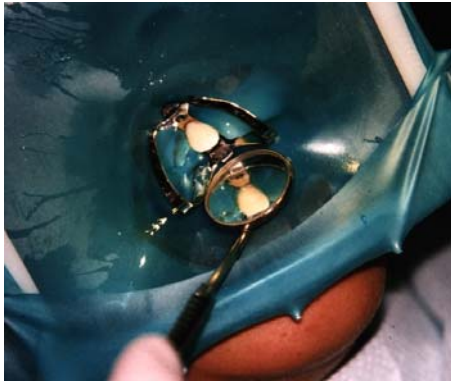


Foto 3

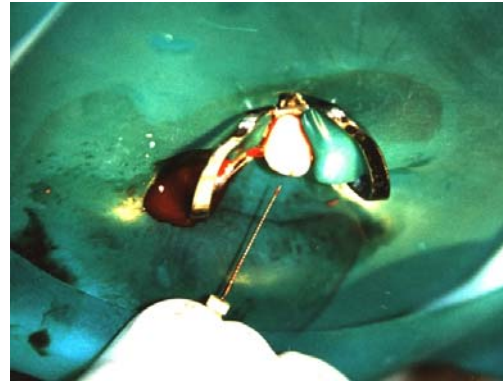


Foto 4

Hemostasia e irrigación con solución de hipoclorito de sodio al 5% y agua destilada. Limpieza y tallado suave, trabajando siempre a expensas de la cara mesial, para evitar mayor debilitamiento por palatino y distal.

Obturación medicamentosa a base de la asociación de hidróxido de calcio y yodoformo, dejándola actuar por 60 días. La radiografía de control no evidenció extrusión del material hacia el espacio peridontal lateral, confirmando la integridad de la pared del conducto distal.^(F8)



Foto 5



Foto 6



Foto 7



Foto 8

Segunda sesión.

La paciente se presentó a la consulta expresando no haber sentido dolor post operatorio y a la inspección clínica se observó una marcada disminución de la movilidad.

Se procede a dar nuevamente analgesia, aislamiento absoluta de campo operatorio y su desinfección. Apertura cameral y eliminación de material medicamentoso. Obturación definitiva con agentes selladores a base de óxido de zinc-eugenol y conos de gutapercha. y técnica de condensación lateral.

En la radiografía posterior se observó buena compactación de la masa obturatriz confinada en los límites del conducto.^{(F9)(F10)}



Foto 9
Control de Obturación.



Foto 10
Post Operatorio.

Primer control clínico-radiográfico a los 2 meses, la paciente relata no haber tenido ningún tipo de molestias. Clínicamente no presenta signos positivos a la percusión, palpación y movilidad.

Segundo control clínico-radiográfico. A los 6 meses. Se mantienen los signos y síntomas de confort clínico y en la radiografía se evidencian mejorías en el contorno periodontal distal.^(F11)



Foto 11
Radiografía de Control

Discusión:

Durante el proceso de erupción, las piezas dentarias, desarrollan una serie de acciones que trataron de ser explicada por diversas teorías.(Marcks 1997)

Para llegar a la posición funcional en la arcada, se describen etapas de reabsorción y neoformación del hueso alveolar, destrucción y remodelación de los tejidos periapicales y la reabsorción del diente deciduo.(Ericson 2000)

Para esto, el organismo desarrolla una intensa actividad metabólica tanto del folículo dentario como de los tejidos vecinos, duros y blandos

Se ha observado una intensa actividad vascular y celular a lo largo de la porción radicular del folículo en erupción. Células mononucleares fusionadas se convierten en clastos y se modifica la matriz extracelular (Marks 1983) .^(F12)



Foto 12

El canino superior erupciona tarde y para posicionarse en la arcada debe seguir un trayecto largo y dificultoso; pudiendo presentarse anomalías eruptivas.

Marks y col, opinan que en una erupción patológica , si se acompaña de reabsorción radicular, esta es dependiente de la presión que se ejerce sobre el vecino.

Ericson y col,(2002) con estudios histológicos y morfológicos, demostraron que el folículo de un canino superior en camino eruptivo, puede a veces exponer la raíz de su vecino incisivo, sin provocarle reabsorciones en sus tejidos duros cementarios. Sin embargo, la reabsorción del ILS ,causada por este proceso , tiene una prevalencia de un 12%. Siendo más frecuente en las niñas que en los varones. Algunas veces la reabsorción también puede darse en erupción canina normal.

Cuando una fuerza ocasiona presión sobre el periodonto, este también sufre estrés que se traduce en un proceso de hialinización tisular.

Referida a la pulpa dentaria , puede decirse que aún en situaciones extremas, esta puede conservar su vitalidad y no hay alteraciones en el color coronario. Pero , una pulpa vital consta de un complejo contenido vásculonervioso con capacidad para responder activamente a la injuria causada por la presión del contacto radicular.

Las alteraciones provocadas por la erupción ectópica de los caninos superiores demanda estrategias diagnósticas y terapéuticas de índole interdisciplinaria.

El seguimiento temprano clínico y radiográfico, podrían minimizar los daños que el estrés y la presión ocasionan tanto en el cemento como la dentina radicular.

La aplicación e intensidad de fuerzas no controladas, sobre una pieza dentaria son responsable del crecimiento del estrés y del daño pulpar .

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Ericson S, Kurol J :Incisor root resorptions due to ectopic maxillary canines imaged by computerized tomography. A comparative study in extrated teeth. Angle Orthod. 2000; 70:276-283.
- (2) Ericson S; Bjerklin K ; Falahat B : Does the canine dental follicle cause resorption of permanent Incisor Root ?. A Computed Tomographyc Study of Erupting Maxillary Canines. Angle Orthod. Vol 72, Nº 2 , 2002; 95-103.
- (3) Marks SC Jr , Schroeder HE, Andreasen JO. Theories and mechanisms of tooth eruption. In Andreasen JO, Kölsen-Pendersen J; Laskin DM. eds. Texbook and Color Atlas of Tooth Impactations. Copenhagen, Denmark: Munksgaard; 1997:19-64.
- (4) Marks Sc Jr . The origen of osteoclasts : evidence, clinical implications and investigative challenges of an extra-skeletal source. J Oral Pathol Med .1983 ; 12:226-256.

Recibido: Junio 2005.

Aceptado: Agosto 2005.