



UNIVERSIDAD  
CATÓLICA  
DE CUENCA

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**CANINO RETENIDO *VERSUS* PACIENTE:**

**PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

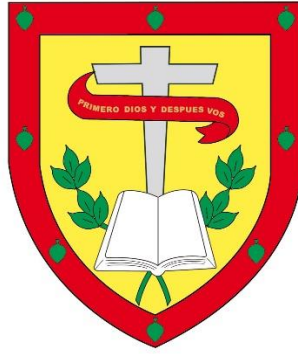
**AUTOR: ESTEFANY CAROLINA DUCHI CALDERÓN**

**DIRECTOR: OD. ESP. DIEGO ESTEBAN PALACIOS VIVAR**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA**

*Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo*

**UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR**

**CARRERA DE ODONTOLOGÍA**

**CANINO RETENIDO *VERSUS* PACIENTE:**

**PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO**

**PROYECTO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ODONTÓLOGO**

**AUTOR: ESTEFANY CAROLINA DUCHI CALDERÓN**

**DIRECTOR: OD. ESP. DIEGO ESTEBAN PALACIOS VIVAR**

**CUENCA - ECUADOR**

**2024**

**DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO**

# CANINO RETENIDO *VERSUS* PACIENTE: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

## Retained canine *versus* patient: a case presentation

*Estefany Carolina Duchi-Calderón*<sup>1</sup>, *Diego Esteban Palacios-Vivar*<sup>2</sup>

1 ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-0947-0347>

2 ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2251-0728>

Av. de las Américas y Humbolt. Cuenca, Ecuador.

Correo electrónico: [estefany.duchi@est.ucacue.edu.ec](mailto:estefany.duchi@est.ucacue.edu.ec)

**Resumen:** Los dientes retenidos son una anomalía de erupción por consecuencia de diversos factores evolutivos, anatómicos y mecánicos, se denominan así porque se encuentran encerrados al nivel óseo en su tiempo normal de erupción, impidiendo que estas emerjan adecuadamente en la arcada. En algunos casos suelen estar rodeados por tejido óseo (intraósea) o solo recubierto por tejido blando (submucosa). El objetivo es presentar un procedimiento ortoquirúrgico para la colocación de un canino retenido en una posición adecuada en la arcada. Se expone el caso clínico de un paciente de 13 años de edad, de acuerdo a las imágenes radiográficas se observa al canino en dirección palatina por detrás de la raíz del incisivo lateral derecho, además de contar con hallazgos radiográficos de cuartos molares. Se determinó un plan de tratamiento con ortopedia y tracción malortoquirúrgica; pero debido a la poca colaboración del paciente se repitieron varios procedimientos, alcanzando un resultado aceptable pero no el planificado.

**Palabras Clave:** Canino, ortodoncia, cirugía y diente retenido.

**Abstract:** Retained teeth are an eruption anomaly from various evolutionary, anatomical, and mechanical factors. They are so named because they are enclosed at the bone level during their normal eruption time, preventing them from emerging properly in the dental arch. Sometimes, they may be surrounded by bone tissue (intraosseous) or only covered by soft tissue (submucosa). This research presents an orthosurgical procedure for placing a retained canine in an appropriate position in the dental arch. The clinical case of a 13-year-old patient is presented; according to radiographic images, the canine is observed in a palatal direction behind the root of the right lateral incisor, in addition to having radiographic findings of third molars. A treatment plan with orthopedics and malorthosurgical traction was determined; however, due to the patient's poor cooperation, several procedures were repeated, achieving an acceptable but unplanned result.

**Keywords:** Canine, orthodontics, surgery, and retained tooth.

**Objetivo General:** Presentación de un procedimiento ortoquirúrgico para la colocación de un canino retenido en una posición adecuada en la arcada.

## INTRODUCCIÓN

Los dientes retenidos son una anomalía de erupción por consecuencia de factores evolutivos, anatómicos y mecánicos. Se denomina de esta manera debido a que las piezas dentales se encuentran encerrados al nivel óseo en su tiempo normal de erupción, impidiendo que estas emerjan adecuadamente en la arcada.<sup>1</sup> La cronología de erupción de los caninos se da entre los nueve a trece años, en el cual estará conformado  $\frac{3}{4}$  de su

raíz antes de erupcionar y pasado los dos años se terminara de completar, la distancia que recorre los caninos es de al menos 22 mm.<sup>2,3</sup> Los caninos retenidos aparecen con mayor frecuencia en el maxilar superior rodeado por tejido óseo (intraósea) o solo recubierto por tejido blando (submucosa).<sup>4,5</sup>

La evaluación temprana de esta anomalía se puede realizar entre los ocho a diez años, por el cual se puede llegar a palpar la prominencia que presenta el canino sabiendo que si no se encuentra hasta los diez años es un indicador que existe una alteración.<sup>2</sup> Por esta razón se realiza un estudio radiológico siendo un método de diagnóstico seguro y efectivo. Ante esta alteración los factores a tomar en cuenta son la ubicación del alta German dental, la posición cambiante durante su desarrollo, el tiempo de su desarrollo y la distancia que recorre en su vía de erupción.<sup>1</sup> Dentro de los exámenes complementarios usados son las radiografías panorámicas, (ubicación de piezas adyacentes, dirección del canino y estadio de nolla) Radiografías periapicales (se diferencia la ubicación del canino sea vestibular o palatino) Tomografía computarizada (Valoración tridimensional).<sup>6</sup>

Falta de espacio en los maxilares, retención prolongada de dientes deciduos u otras causas con mayor complejidad como es la fibrosis gingival siendo producto de la retención.<sup>7</sup> Previo a determinar la terapéutica en el canino se tiene en consideración la edad del paciente, posición del mismo sea bucal o palatino y la severidad el caso teniendo en cuenta estos datos importantes se procede a elegir el tratamiento adecuado.<sup>8</sup> Existen tres tratamiento terapéuticos que se aplican en el caso de caninos retenidos los cuales son el seguimiento (observar la pieza para determinar si va a existir algún riesgo), extracción (ubicación ectópica, dilaceración de la raíz) y tracción orto-quirúrgica.<sup>1</sup>

## PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 13 años de edad, acude a consulta para valoración derivado del odontólogo general al cumplir la edad de erupción y no presentar la pieza dental 1.3. Al momento de la inspección intraoral se observa ausencia del canino temporal, por lo cual se solicita a la paciente una radiografía panorámica para su valoración. En la radiografía se observa al canino retenido en dirección palatina, su ubicación por detrás de la raíz del incisivo lateral derecho, además de contar con hallazgos radiográfico de cuartos molares.



**Imagen 1.1.** Expansión transversal de la arcada superior.

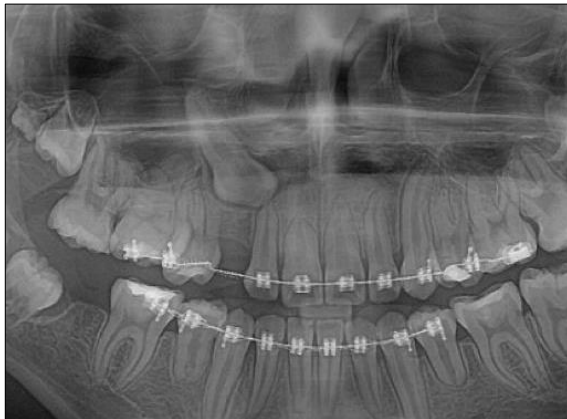
Fuente: Cortesía Dr. Juan Vicuña

## SECUENCIA DEL TRATAMIENTO

1. Extracción de primeros premolares superiores.
2. Colocación de aparato para la expansión transversal del maxilar

3. Extracción de terceros y cuartos molares
4. Colocación de botón en canino superior derecho retenido 13
5. Paciente regresa al control con la cabeza del botón rota y la ligadura suelta.
6. Se re interviene y se coloca un nuevo botón con ligadura.
7. Paciente regresa a control con el botón despegado.
8. Se re interviene cambiando la técnica y se coloca un alambre perforando la estructura de la corona.
9. Paciente nuevamente regresa a control con la ligadura rota.
  - Luego de negar en varias ocasiones la paciente confianza sabotear los tres tratamientos cortándose la ligadura.
  - Se sospecha que la paciente padezca de logofobia por lo cual se recomienda tratamiento psicológico para continuar el tratamiento posterior a que la paciente venza el temor al tratamiento odontológico.
10. Se re interviene por tercera vez, colocando un nuevo alambre y botón para realizar una técnica doble.
11. Paciente empieza con la etapa de tracción y culmina el tratamiento ortodóntico tradicional.

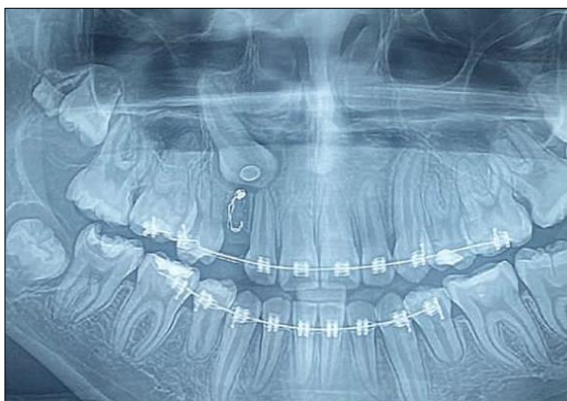
a



c



b



d

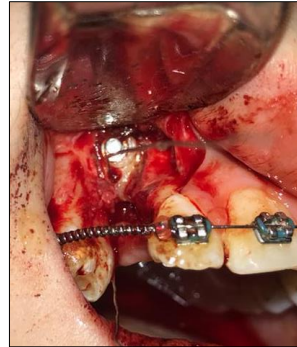
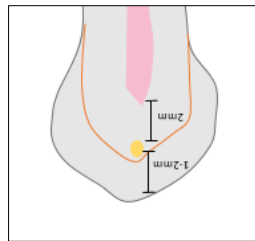


**Imagen1.2. a.** Radiografía previa a la colocación del botón; **b.** Rotura de cabeza del botón; **c.** Recolocación de botón; **d.** Corte de ligadura.

**Fuente:** Cortesía Dr. Juan Vicuña

## TÉCNICA DE PERFORACIÓN

Planificar el lugar donde se va a perforar, se puede elegir tres lugares en este caso se realizó en la vertiente distal del canino con ayuda de la fresa troncocónica de baja velocidad 701. Tomando en cuenta los riesgos uno de ellos es proteger la pulpa dental de la contaminación al momento del corte, siendo lo ideal dejar al menos 2mm de la pulpa dentaria. Al igual que el remanente si se encuentra débil, puede ocasionar que se desgarre al momento de ejecutar la tracción con el alambre.



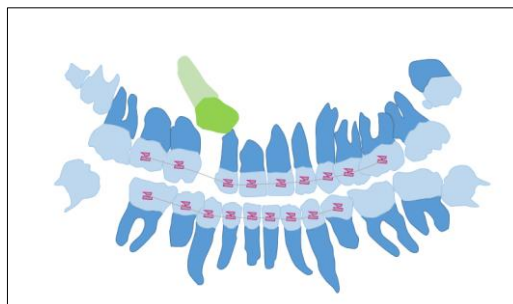
**Imagen 1.4. a.** Límites de perforación en la corona del canino, sin provocar riesgos a la cámara pulpar; **b.** perforación en vertiente distal del canino.

**Fuente:** a. El Autor, b. Cortesía Dr. Juan Vicuña

## CONTINUACIÓN DE LA TRACCIÓN ORTODÓNTICA

Tracción de canino retenido, ubicación en la arcada, restauración con resina de la perforación de la corona del canino, Injerto óseo e injerto de tejido conjuntivo en defecto entre 13 y 12, por ultimo extracción de terceros molares remanentes.

## TÉCNICA ORTODÓNTICA



**Imagen 1.5.** Ausencia de canino, presencia de cuartos y terceros molares.

Fuente: El autor

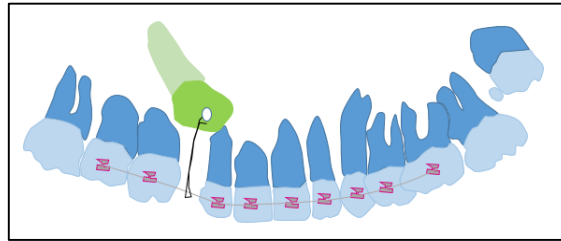


Imagen 1.6. Extracción de terceros y cuartos molares del lado derecho, tracción de canino.

Fuente: El autor

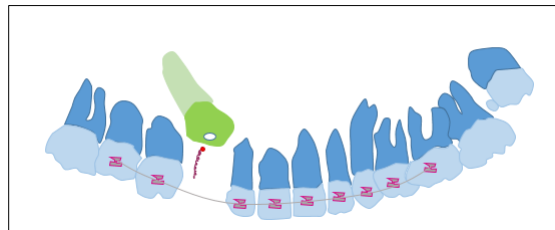


Imagen 1.7. Rotura de cabeza de botón.

Fuente: El autor

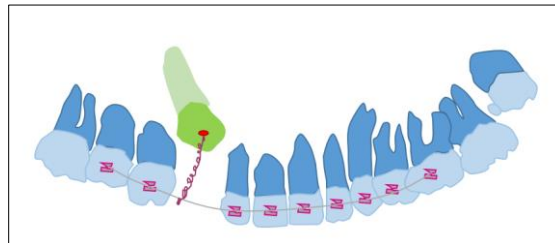


Imagen 1.8. Primera intervención recolocación de botón con ligadura.

Fuente: El autor

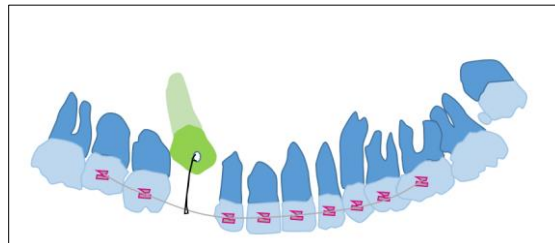
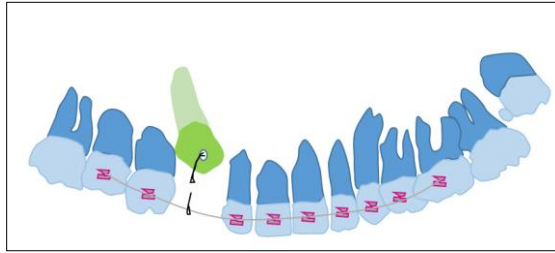


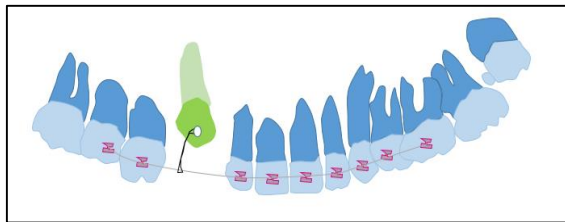
Imagen 1.9. segunda intervención colocar alambre y perforación en corona.

Fuente: El autor



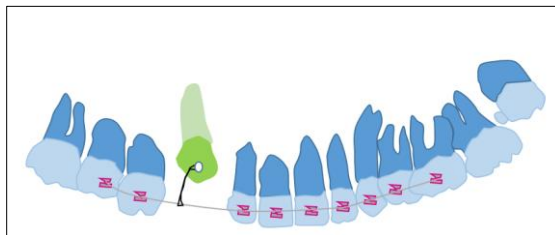
**Imagen 1.10.** Paciente corta con alicate el alambre.

**Fuente:** El autor



**Imagen 1.11.** Tercera intervención colocación nuevamente de botón y alambre, utilizando técnica doble.

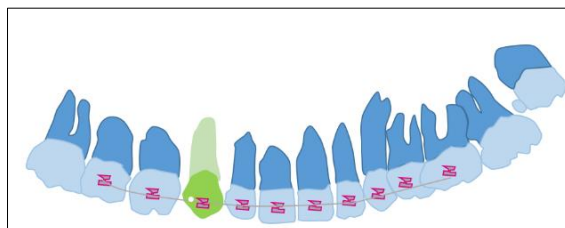
**Fuente:** El autor

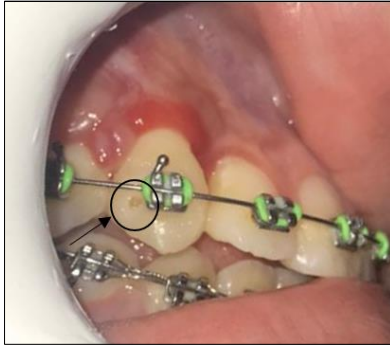


**Imagen 1.12.** Tracción final.

**Fuente:** El autor

Al terminar la tracción el canino se incorpora en la arcada superior, debido a la correcta función de los brackets nos dedicamos a la última fase de detallado para terminar con la ortodoncia.

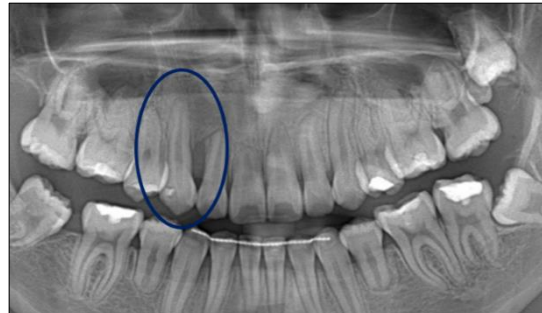
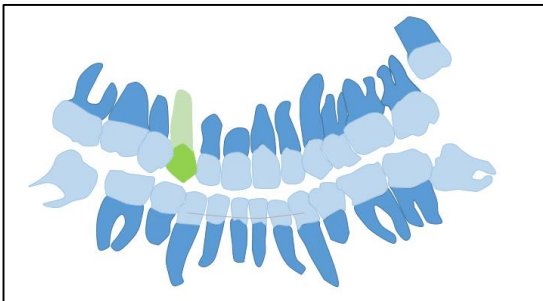




**Imagen 1.13. a.** Ubicación de canino en posición de la pieza 13; **b.** Perforación.

**Fuente:** **a.** El autor; **b.** Cortesía Dr. Juan Vicuña

Al finalizar la fase ortodóntico, se recomienda a la paciente culminar con la extracción de sus terceros y cuartos molares que se encontraban pendiente, debido a que solo se retiró los cuartos del lado derecho. Aparte se aconseja que se realiza un injerto óseo por presentar un pequeño defecto debido a los múltiples desgastes que se realizaron al exponer la corona clínica, también por la densidad baja que tiene y su calidad. Al igual el injerto de tejido conjuntivo es necesario por todas las intervenciones que fue sometida, su grosor no es el adecuado por ser mucosa y no queratinizada, esto con el fin de garantizar una estabilidad a largo plazo.



**Imagen 1.14. a.** Finalización de la fase de ortodoncia y colocación de retenedor fijo por lingual; **b.** Radiografía final, se evidencia la resina colocada en la perforación.

**Fuente:** **a.** El autor; **b.** Cortesía Dr. Juan Vicuña

## Primer control



**Imagen 1.15.** Fotos intraorales del primero control

## DISCUSIÓN

Existen diversos factores que se involucran directamente con el fracaso de los tratamientos dentales, siendo uno de los principales un diagnóstico erróneo, técnica adecuada, instrumental no adecuado y falta de colaboración del paciente o de sus familiares. Genera complicaciones y comprometen alcanzar un resultado satisfactorio, poniendo en riesgo la integridad del paciente.<sup>9</sup>

La consulta odontológica genera alta ansiedad en las personas desencadenando fobias y miedo, siendo influenciadas por características personales afectando, así específicamente en la calidad de los y tratamientos, al mismo tiempo la salud mental del profesional. A este trauma psicológico se le denomina odontofobia es decir temor persistente, excesivo e irracional, provocando una respuesta inmediata de ansiedad que forma que causa una crisis de angustia.<sup>10</sup> Llegando a tal punto que no existe barrera para evitar ir al dentista, obteniendo como resultados efectos negativos sobre la salud de la cavidad bucal.<sup>11</sup>

En la literatura preexistente menciona que entre el 10 al 15% de la población mundial lidia con odontofobia.<sup>12</sup> Según el autor Khawjay y cols <sup>13</sup>,(2015) ellos plantean que la mayoría de cosas parten por una experiencia traumática previa, seguida por comentarios de amigos o familiares. En cambio , Carlsson <sup>14</sup>, (2015) habla que el sonido del instrumental odontológico sería el principal causante de este. El hecho de comenzar una consulta dental estableciendo un vínculo con la paciente crea un ambiente de suma confianza, previniendo complicaciones tanto al principio como durante de los tratamientos.

Según Ortiz <sup>10</sup>, (2023) el proceso para evitar o controlar la odontofobia en el consultorio , da como primer paso tener un ambiente favorable (olores agradables, colores cálidos, música relajante), el profesional debe transmitir seguridad y confianza, además de explicar siempre el tratamiento que se va a llevar a cabo utilizando un vocabulario acorde a la edad del paciente.

De acuerdo a las diversas opiniones de los autores, llegan a una conclusión en el cual la odontofobia abarca la ansiedad y el miedo como principales emociones, dando por una experiencia propia o ajena, provocando fracasos en los tratamientos dentales aplicados. Un manejo previo a los pacientes que padezcan esta fobia mejorara la situación de muchas maneras.

## BIBLIOGRAFÍAS:

1. Palacios D, Torres Y, Barzallo V C. Recuento histórico del canino retenido Canino retenido: historia, diagnóstico y tratamiento actual. 2021. 177–190 p.
2. Pérez M ,Pérez P, Fierro C. Alteraciones en la Erupción de Caninos Permanentes. *Int J Morphol*. 2009;27(1):139–43.
3. Velásquez J SM. CANINOS RETENIDOS, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MÉTODOS DIAGNÓSTICOS Y TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA Retained canines, clinical characteristics, diagnostic methods and dental treatment. Bibliographic review. *Rev OACTIVA UC Cuenca*. 2022;7:65–74.
4. Troya E, Martínez J, Padilla E, Matos M. Tratamiento quirúrgico de caninos retenidos en el Surgical treatment of retained canines in the municipality of Colon. Years 2013-2014. *Rev Méd Electrón*. 2016;38(2):12.
5. Porras M, Montenegro F. Tracción de canino retenido superior con aparatología ortodóntica fija Edgewise: Reporte de un caso. *Rev Mex Ortod* [Internet]. 2013;1(1):62–72. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2395-9215\(16\)30009-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2395-9215(16)30009-5)
6. Soto A. Detención y tratamiento temprano de caninos superiores retenidos. 2021;13(1):1–22.
7. Martínez M, Ricardo Reyes M. Rehabilitación estética y funcional de una paciente con caninos retenidos. *Medisan* [Internet]. 2021;25(2):441–9. Available from: <https://orcid.org/0000-0002-7538-5633>
8. Castañeda D, Briceño C, Sánchez A, Rodríguez A, Castro D, Barrientos S. Prevalencia de dientes incluidos, retenidos e impactados en radiografías panorámicas de población de Bogotá, Colombia / Prevalence of Included, Retained and Impacted Teeth, in Panoramic Radiographs of Population from Bogotá, Colombia. *Univ Odontol*. 2015;34(73):149–57.
9. Sucari M, Machaca E, Padilla T. Complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas más frecuentes en cirugía de dientes retenidos. *Rev Acciones Médicas* [Internet]. 2022;2(3):7–16. Available from: [www.accionesmedicas.com](http://www.accionesmedicas.com)
10. Ortiz M. Odontofobia : razones por las que se evita ir al dentista. *elementos*. 2023;130:39–42.
11. Alcolea A, Alcolea J, Alcolea A, Palomino K. Odontofobia y su correlación con la salud bucal general y la enfermedad periodontal. *Multimed*. 2021;25(3):e1077–e1077.
12. Palomino K, Alcolea A, Alcolea A, Alcolea J. Asociación entre odontofobia y salud dental TT - Association between odontophobia and dental health. *Multimed* [Internet]. 2019;23(2):220–30. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1028-48182019000200220&lang=pt%0Ahttp://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v23n2/1028-4818-mmed-23-02-220.pdf](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000200220&lang=pt%0Ahttp://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v23n2/1028-4818-mmed-23-02-220.pdf)
13. Khawja SG, Arora R, Shah AH, Wyne AH, Sharma A. Maternal dental anxiety and its effect on caries experience among children in Udaipur, India. *J Clin Diagnostic Res*. 2015;9(6):ZC42–5.
14. Carlsson V, Hakeberg M, Wide Boman U. Associations between dental anxiety, sense of coherence, oral health-related quality of life and health behaviour - a national Swedish cross-sectional survey. *BMC Oral Health*. 2015;15(1):1–8.

