

Transmigración de canino mandibular: etiología, manejo quirúrgico y consideraciones especiales.

Mandibular canine transmigration: etiology, surgical management and special considerations.

Ulises Dávila Cordero,* Jorge Alberto Fernando Varela López,† Jade Viridiana San Román Hernández,§ Jorge Omar Ramírez García,|| Andrés López Su,¶ Karla Itzel Saavedra Álvaro**

RESUMEN

En raras ocasiones, el canino mandibular derecho o izquierdo se coloca en el lado opuesto al habitual. Esta perturbación se define como la transmigración. Existen diversas teorías de su etiología, así como factores que la condicionan. La transmigración mandibular es un término que no está descrito en la literatura contemporánea y son pocos los casos reportados a nivel mundial. Presentamos un caso de trasmigración de canino mandibular derecho, posicionado por debajo del agujero mentoniano de lado izquierdo, cerca del borde basal mandibular, el cual se extrajo bajo anestesia general. Presentamos la etiología, técnica quirúrgica y consideraciones especiales en casos de trasmigración de canino mandibular.

Palabras clave: Canino mandibular retenido, canino ectópico, diente heterotópico, trasmigración, dientes incluidos.

ABSTRACT

In rare occasions right or left mandibular canine is positioned at opposed side of habitual. This disturbance is defined as transmigration. There exist diverse theories about its etiology as well as conditioning factors. Mandibular transmigration is a non described term in modern literature and there are only a few reported cases at world level. We present one case of right canine transmigration positioned intimately below of left side mentonian hole near of mandibular basal edge which it was extracted under general anesthesia. We present also the etiology, surgical technique and special considerations of mandibular canine transmigration cases.

Keywords: Retained mandibular canine, ectopic canine, ectopic tooth, transmigration, included teeth.

INTRODUCCIÓN

La transmigración del canino mandibular se define como: trasportación fisiológica del canino mandibular atravesando la línea media mandibular, sin influencia de alguna entidad patológica (dientes supernumerarios, odontomas, traumatismos, quistes o tumores). La etiología no está bien definida¹ y existen algunas teorías, la más

aceptada es la siguiente: embriológicamente el inicio de la formación de tejido óseo se produce entre las seis o siete semanas, el centro de osificación de la mandíbula después de inducir la formación ósea, está junto a la ramificación de los nervios incisivos y mentonianos, éstos se retraen formando el ligamento esfenomandibular, lo cual puede dejar un canal residual con menor densidad ósea en la región del cuerpo y sínfisis mandibular, favoreciendo la migración dentaria.^{2,3}

Los factores principales no patológicos que favorecen la trasmigración son: pérdida prematura o retención del canino deciduo, proclinación de los incisivos inferiores, sínfisis mentoniana amplia, extracción o pérdida prematura del incisivo lateral permanente, traumatismos en la región dentoalveolar que provoquen desplazamiento del germen del canino mandibular. Las condiciones patológicas que favorecen la transmigración del canino mandibu-

* Cirujano Oral y Maxilofacial, Catedrático en la asignatura de Cirugía Bucal, Anatomía Humana, Universidad Veracruzana. Región Poza Rica-Tuxpan.

† Cirujano Oral y Maxilofacial.

§ Especialista en Endoperiodontología.

|| Cirujano Oral y Maxilofacial.

¶ Cirujano Dentista.

** Cirujano Dentista.

Recibido: 04 Enero 2019. Aceptado para publicación: 19 Septiembre 2019.

lar son: dientes supernumerarios, quistes o tumores en la región del cuerpo y sínfisis mandibular.³⁻⁶ M. Mupparapu desarrolló una clasificación para valorar los caninos mandibulares retenidos, considerando la trasmigración dentro de ésta y los clasifica de la siguiente forma: Tipo 1 canino posicionado mesioangular sin atravesar en su totalidad la línea media mandibular. Tipo 2 canino horizontal por debajo de las raíces de los incisivos anteriores, cerca del borde basal mandibular sin atravesar la línea media. Tipo 3 canino erupcionado del lado contralateral de su sitio habitual. Tipo 4 canino horizontal por debajo de los ápices de los premolares o molares del lado opuesto cerca del borde basal mandibular. Tipo 5 canino en posición vertical en la línea media mandibular.⁷

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 20 años de edad acude a consulta de cirugía oral y maxilofacial en la clínica de cirugía



Figura 1: Ausencia de canino mandibular permanente derecho.



Figura 2: Tomografía de haz cónico.



Figura 3: Tomografía de haz cónico reconstrucción 3D y corte coronal.



Figura 4: Abordaje circumvestibular mandibular izquierdo.

maxilofacial de la Universidad Veracruzana región Poza Rica-Tuxpan, referido por su odontólogo tratante con diagnóstico de canino mandibular retenido, dolor idiopático hemimandibular izquierdo. Sin antecedentes relevantes en su historia médica para su padecimiento actual. Clínicamente a la exploración física intraoral valoramos ausencia de canino mandibular permanente derecho, presencia de canino deciduo, tejidos blandos sin alteraciones en forma, textura o color (*Figura 1*). En tomografía de haz cónico observamos trasmigración de canino mandibular derecho, ubicándose por debajo del agujero mentoniano de lado izquierdo, cercano al borde basal mandibular (*Figuras 2 y 3*). Se realizó procedimiento quirúrgico bajo anestesia general balanceada e intubación orotraqueal, infiltración de lidocaína con epinefrina al 0.02% abordaje circumvestibular mandibular izquierdo (*Figura 4*), respetando rama labial medial, angular y labial

lateral del nervio mentoniano, disección mucoperiostica, respetando la emergencia del nervio mentoniano⁸ (Figura 5), osteotomía periférica respetando en su totalidad en agujero mentoniano y el conducto alveolar inferior (Figura 6), exposición de la corona dental en su totalidad, luxación del órgano dentario, odontosección y extracción de la corona, odontosección radicular en dos fragmentos, extracción radicular total (Figura 7). Tratamiento de la cavidad residual, remoción de saco pericoronario, cierre de la herida por planos con monofilamento de ácido poliglicólico 3/0 con súrgete continuo anclado (Figura 8).^{9,10} El paciente cursó con postoperatorio estable, presentó disestesia de nervio mentoniano izquierdo, la cual remitió con termoterapia y fisioterapia en un lapso de cuatro semanas. Se realizó control postoperatorio e imagenológico mediante tomografía de haz cónico, observando lecho quirúrgico sin alteraciones, conducto

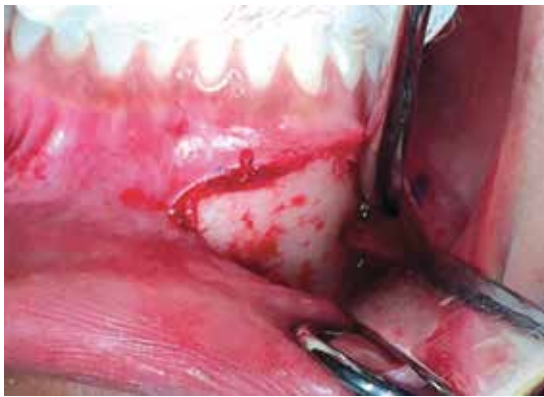


Figura 5: Disección mucoperiostica y emergencia de nervio mentoniano.



Figura 6: Lecho quirúrgico.

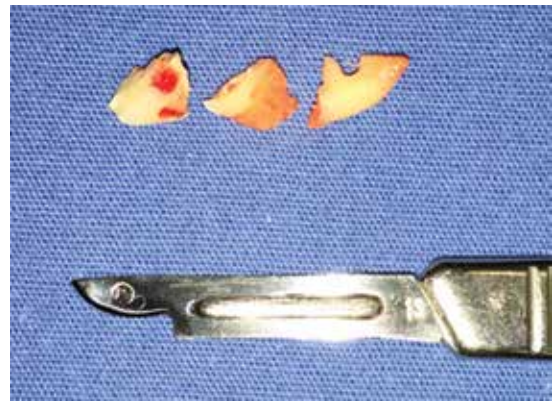


Figura 7: Pieza quirúrgica con odontosecciones.



Figura 8: Cierre de la herida con monofilamento ácido poliglicólico 3/0.

alveolar inferior en su emergencia mentoniana intacto, tejidos blandos involucrados en adecuado proceso de cicatrización.

DISCUSIÓN

En su revisión sistemática de 630 artículos, Dalessandri y colaboradores llegaron a las conclusiones de que la inclusión del canino mandibular varía entre 0.92 a 5.1% mientras que la transmigración entre 0.1 y 0.31%, siendo la causa principal de ésta la presencia de odontomas (siendo ésta no una verdadera transmigración), los tratamientos más utilizados fueron la extracción quirúrgica en el 89% de los casos, la tracción ortodóntica en el 20-32% esta última teniendo una tasa de fracaso del 17%.¹¹ En nuestra opinión el fenómeno de trasmigración mandibular ocurre sin la influencia de alguna entidad patológica (dientes

supernumerarios, traumatismos, quistes o tumores) en los artículos consultados no acentúan esta condición, si existe una entidad patológica que modifica el patrón eruptivo del canino mandibular y éste es desplazado a un sitio distante no estamos hablando de una verdadera transmigración. El tratamiento de elección es quirúrgico en la mayoría de los casos.

CONCLUSIONES

La trasmigración de canino mandibular pura es poco frecuente, la mayoría de los casos se presentan con factores relacionados como dientes supernumerarios, quistes, tumores o secuela de un traumatismos. El diagnóstico es clínico e imagenológico como estándar de oro la radiografía panorámica y en situaciones especiales la tomografía de haz cónico. El tratamiento de elección es quirúrgico en la mayoría de los casos, la tracción ortodóntica se reserva para casos muy específicos con posición favorable. Si existe alguna contraindicación para realizar el procedimiento quirúrgico puede seguirse vigilancia imagenológica estricta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gay-Escoda C, Berini-Aytés L. Tratado de cirugía bucal. Tomo 1. Barcelona: Ergon; 1998. pp. 492-495.
2. Olarte S, Alister JP, Muñante JL, Pozzer L, Albergaria JR. Tratamiento quirúrgico de caninos mandibulares bilaterales trasmigrados. *Int J Odontostomat*. 2010; 4 (3): 285-290.
3. Gómez de Ferraris M, Campos A. Histología, embriología e ingeniería tisular bucodental. Argentina: Editorial medica Panamericana; 2009. pp. 101-103.
4. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J. Oral & maxilofacial pathology. Philadelphia, W: B Saunders Company; 2002. pp. 58-60.
5. Regezi J, Sciubba J. Patología bucal; correlaciones clinicopatológicas. Philadelphia: McGraw-Hill Interamericana; 1999. pp. 374-376.
6. Philip SJ, Eversole L, Wysocki G. Patología oral y maxilofacial contemporánea. Madrid: Mosby-Elsevier; 2005. pp. 3-5.
7. Mupparapu M. Patterns of intra-osseous transmigration and ectopic eruption of mandibular canines: review of literature and report of nine additional cases. *Dentomaxillofac Radiol*. 2002; 31 (6): 355-360.
8. Chiapasco M. Procedimientos de cirugía oral respetando la anatomía. Bogotá: Amolca; 2009. pp. 3-21.
9. Donado M. Cirugía bucal patología y técnica. Barcelona: MASSON, S.A.; 1998. pp. 345, 353, 360.
10. Hupp J, Ellis III E, Tucker M. Cirugía oral y maxilofacial contemporánea. Barcelona: Elsevier; 2014. pp. 159-160.
11. Dalessandri D, Parrini S, Rubiano R, Gallone D, Migliorati M. Impacted and transmigrant mandibular canines incidence, aetiology, and treatment: a systematic review. *Eur J Orthod*. 2017; 39 (2): 161-169.

Correspondencia:

Ulises Dávila Cordero

Calle 4 Núm. 422, Col. Cazones, 93230,
Poza Rica de Hidalgo, Veracruz.

E-mail: davilau15@gmail.com