

PROTOCOLO CLÍNICO DE INCLUSIÓN DEL CANINO INFERIOR

Definición del problema a tratar

Inclusión del canino inferior

Indicaciones del tratamiento quirúrgico

Son similares en todo a la del homónimo superior aunque se puede hacer la matización que, en la edad pediátrica, su retención no suele estar motivada por algún obstáculo sino por una mala dirección de erupción. Por otro lado, en el adulto puede observarse el fenómeno de la trans migración, sobrepasando la línea media de la sínfisis mandibular. Deberá valorarse si se adopta una conducta conservadora o radical, siendo válidas las mismas consideraciones que se han efectuado para su homónimo superior.

Contraindicaciones de la exodoncia quirúrgica

Obedecen exclusivamente a razones de existencia de patología sistémica.

Edad de la intervención quirúrgica

En principio suelen indicarse las soluciones conservadoras 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. Como en el caso de su homónimo superior también interesará conocer con exactitud su ubicación, aunque aquí la vía de abordaje es prácticamente siempre la vestibular. El estudio tomográfico por TC puede ser interesante, en casos de ectopia en los que el canino se sitúa cercano a la basal de la mandíbula.

Igualmente cuando se observa una relación íntima con dientes vecinos -incisivo lateral y primer premolar- 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

Las consideraciones son idénticas a las mencionadas para su homónimo superior.

Técnica anestésica

Debe valorarse juiciosamente si el tratamiento puede hacerse bajo anestesia general, atendiendo a la edad del paciente y a la laboriosidad previsible de la intervención quirúrgica, aunque en este caso la mayoría de intervenciones quirúrgicas -por vía vestibular- pueden hacerse cómodamente bajo anestesia locorregional. Cuando se opta por esta última opción, es necesario efectuar un bloqueo troncal mandibular (nervios dentario inferior y lingual) homolateral con un suplemento (infiltrativa) en la mucosa vestibular de la zona a intervenir; puede obviarse el bloqueo troncal mandibular con el bloqueo del nervio mentoniano, aunque en este caso no se logra la anestesia de la mucosa lingual.

Tratamiento postoperatorio

Son las mismas que para su homónimo superior con la salvedad que, en los casos en los que se haya efectuado una osteotomía importante, en relación íntima con la basal o en atrofia mandibular marcada (desdentados totales), se debe evitar comer alimentos duros durante 3 semanas, para evitar una posible fractura favorecida por la masticación.

Control postoperatorio

Son en todo idénticos a los de su homónimo superior.