



Caso clínico/Clinical Case

Transmigración de canino mandibular. Presentación de un caso

Mandibular canine transmigration. Presentation of a case

Alcazar Viviana¹, Ulfohn Adrián G¹, García Fernando D¹, Bonini Lucas A¹, Orellano Blaskovic Sabrina²,
Morales Ana P¹

¹Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Odontología. Departamento de Patología Bucal. Cátedra de Cirugía II B.

²Servicio Odontológico Municipal, Córdoba. Ospeacor.

*Correspondencia a/Corresponding to:

Dra. Alcazar Viviana, Facultad de Odontología,
Universidad Nacional de Córdoba,
Pabellón Argentina s/n Ciudad Universitaria.
CP. 5016. Córdoba. Argentina. Te: +54-0351-4333032
Correo electrónico / E-mail: valcazar@unc.edu.ar

DOI: 10.25014/revfacodont271.2023.33.1.31

<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RevFacOdonto>

Received 18 September 2022; Received in revised form 22 November 2022 Accepted 8 December 2022

Citation: Alcazar V, Ulfohn AG, García Fernando D, Bonini LA, Orellano Blaskovic S, Morales AP. Transmigración de canino mandibular. Presentación de un caso. Rev Fac Odont (UNC). 2023; 33(1):31-7.

Abstract

Transmigration is the displacement within the mandible of a impacted tooth element that crosses the midline for more than 50% of its length. It is a rare phenomenon of unknown etiology, with a prevalence of 0.33% to 0.46% depending on the population studied. It affects more women than men, more to the lower jaw than to the upper jaw, involving mainly the mandibular canine. The clinical case of a 16-year-old adolescent female patient is presented, showing transmigration of the left lower canine, with a Mupparapu type 4 migration pattern. The importance of early diagnosis and the timely indication of panoramic radiography in cases of persistence of temporary canines and/or lack of permanent canines is emphasized.

Key words: Dental migration, Impacted tooth, Surgery.

Resumen

La transmigración es el desplazamiento dentro de la mandíbula de un elemento dentario retenido, que cruza la línea media por más del 50 % de su longitud. Se trata de un fenómeno poco frecuente de etiología desconocida, con una prevalencia de 0,33 % a 0,46 % según la población estudiada. Afecta más a mujeres que a hombres, más al maxilar inferior que al superior, involucrando principalmente al canino mandibular. Se presenta el caso clínico de una paciente adolescente de 16 años de edad, que muestra la transmigración del canino inferior izquierdo, con un patrón de migración tipo 4 de Mupparapu. Se destaca la importancia del diagnóstico precoz y la indicación a tiempo de la radiografía panorámica en los casos de persistencia de caninos temporarios y/o falta de caninos permanentes.

Palabras claves: Migración dental, Diente retenido, Cirugía.

Introducción

La retención dentaria es una anomalía que acontece cuando un diente llegada su época normal de erupción no lo hace, quedando inmerso en la intimidad del hueso maxilar o mandibular manteniendo la integridad de su saco pericoronario fisiológico normal.¹ En base a la casuística recogida en la Cátedra de Cirugía II B de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, se estableció que el tercer molar inferior ocupa el primer lugar en orden de frecuencia (40%), seguido por el tercer molar superior (35%), y el canino superior (18%). El resto de los elementos retenidos, entre los que se encuentra el canino inferior, involucró al 7% restante.¹

La presencia de dientes retenidos en ambos maxilares conlleva la posibilidad de una amplia gama de accidentes mecánicos, mucosos, celulares, infecciosos, nerviosos y/o tumorales, pero en ciertas ocasiones, y aunque de manera infrecuente, estos elementos pueden experimentar un movimiento migratorio hacia áreas distantes de su sitio normal de erupción. A este fenómeno se lo denomina transmigración dental, término adoptado por Ando et al. en 1964², pero también se encuentra descrito en la literatura bajo la denominación de diente anómalo, mal colocado o desplazado³. Asimismo, Tarsitano et al.⁴, sostienen que la transmigración de un canino mandibular no erupcionado ocurre cuando el mismo traspasa la línea media, concepto compartido por Javid⁵, quien además especifica que la transmigración sucede cuando el elemento traspasa la línea media al menos en la mitad de su longitud.

Etiopatogenia

Aunque se desconoce su causa existen diferentes hipótesis que tratan de explicar su origen. Una de las más aceptadas menciona la mesio-angulación y rotación horizontal de los órganos dentales, se ha señalado también la acción de una fuerza de erupción inusualmente fuerte, pérdida prematura de dientes temporarios, discrepancias negativas óseodentarias, presencia de supernumerarios, odontomas, lesiones tumorales y quísticas, que actúan bloqueando la vía de erupción normal, pero además se señala la influencia de patrones genéticos⁶. En estas condiciones si el canino no puede erupcionar, seguirá el camino de menor

resistencia; y como el diente se mueve en dirección de la corona, ayudado por la inclinación mesial del germen, es posible que adopte una posición horizontal, migrando hacia el lado contralateral favorecido por la raíz en formación y por la forma cónica de la corona.⁷ El diente más frecuentemente afectado por este fenómeno es el canino inferior, con una prevalencia que varía de 0,33 % a 0,46 % según la población estudiada, interesando más el lado izquierdo que el derecho.⁷

Se ha determinado que el movimiento a través de la mandíbula comienza a una edad temprana, alrededor de los 6-8 años, y la mayor parte del recorrido lo realiza antes de la finalización del desarrollo de su raíz, siendo la edad de hallazgo más habitual entre los 10 y 20 años.

En relación a su frecuencia se encuentra más en mujeres que en hombres en una relación 2:1 aproximadamente.⁷

En la mayoría de los casos se trata de cuadros asintomáticos por lo que el hallazgo se lleva a cabo durante los exámenes por imágenes para iniciar un tratamiento de ortodoncia.

Clasificación

Mupparapu et al.⁸ clasificaron a los caninos mandibulares con transmigración en 5 tipos diferentes según el patrón de migración y su posición en la mandíbula (Fig. 1):

Tipo I: canino en posición mesio-angular a través de la sínfisis mandibular, con disposición vestibular o lingual con respecto a los dientes adyacentes, pero siempre con su porción coronal cruzando la línea media.

Tipo II: caninos en posición horizontal cerca de la basal mentoniana, por debajo de los ápices de los incisivos.

Tipo III: caninos transmigrados en erupción por mesial o distal al canino contralateral.

Tipo IV: caninos en posición horizontal, impactado cerca del borde inferior de la mandíbula a nivel de los ápices de los dientes posteriores contralaterales.

Tipo V: caninos verticales respecto a la sínfisis mandibular, siendo el eje longitudinal el que cruza la línea media independientemente del estado de erupción.

A esta clasificación Qaradaghi⁹ agregó un sexto y último tipo:

Tipo VI: transmigración de ambos caninos a su lado contralateral.

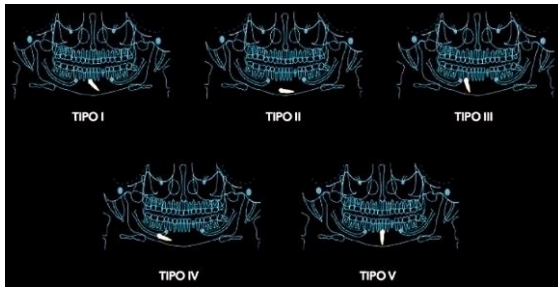


Figura 1. Clasificación de los caninos mandibulares con transmigración según el patrón de migración y su posición en la mandíbula

Tratamiento

Existen distintos posibles tratamientos: la tracción ortodóncica, el autotrasplante, la exodoncia o el seguimiento mediante un control radiográfico.¹⁰ La elección debe basarse siempre en el estudio de cada caso en particular, para lo cual es importante tener en cuenta algunos factores como: la edad del paciente, la posición del canino, su relación con los dientes adyacentes y estructuras anatómicas vecinas, la presencia o no de sintomatología o patología asociada (trastornos neurálgicos, procesos tumorales o quísticos), daño sobre los dientes vecinos (reabsorciones radiculares), así como el grado de formación radicular en el momento del hallazgo.

Caso clínico

Paciente de 16 años de edad, femenina, derivada por su ortodoncista a la Cátedra de Cirugía II B de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, por el hallazgo radiográfico de un canino inferior izquierdo retenido en el cuerpo mandibular en posición horizontal por debajo de los ápices de ambos premolares, con su corona orientada hacia la región posterior. Esta se encontraba asintomática, sin antecedentes, sin antecedentes patológicos personales ni familiares de relevancia. El examen intraoral evidenció la ausencia en la arcada del canino inferior izquierdo, la persistencia del canino primario y una marcada asimetría oclusal a nivel de la línea media (Fig. 2), con ausencia de signos de movilidad dentaria o bolsas periodontales. El examen radiográfico (ortopantomografía)

confirmó la retención y transmigración del canino inferior izquierdo correspondiente a un patrón de tipo IV de Mupparapu con formación completa de su raíz, sin dilaceración ni reabsorción radicular de los dientes adyacentes (Fig. 3A). Este estudio radiológico se complementó con una tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), la cual permitió delimitar la posición exacta del canino y su estrecha relación con estructuras anatómicas colindantes como el agujero mentoniano (Fig. 3B).

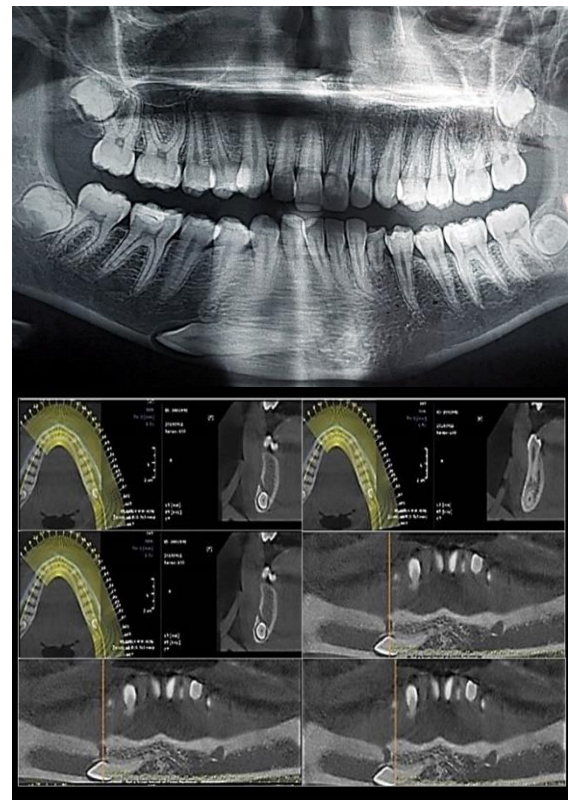


Figura 3. A) (imagen superior) Retención y transmigración del canino inferior izquierdo correspondiente a un patrón de tipo IV de Mupparapu con formación completa de su raíz, sin dilaceración ni reabsorción radicular de los dientes adyacentes. B) (imagen inferior) Tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), en donde se observa la posición exacta del canino y su estrecha relación con estructuras anatómicas colindantes como el agujero mentoniano

Las evidencias clínico y radiográficas descartaron la posibilidad de planificar un tratamiento quirúrgico y ortodóncico conservador de buen pronóstico y exento de posibles complicaciones. Consecuentemente, se optó por la extracción del canino retenido con transmigración, motivo por el cual, se informó

debidamente a la paciente y a sus padres respecto de tal criterio.

Aspectos éticos

Por tratarse de una paciente menor de edad y en cumplimiento con la Ley 26.529/2009, reguladora de los Derechos del paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, se confeccionó, previa anamnesis, la correspondiente historia clínica, en la cual se dejó expresamente asentado el consentimiento informado de sus padres para la realización del procedimiento quirúrgico, como así también, su autorización para la obtención de material fotográfico documental con fines docentes.

Tratamiento quirúrgico

Se pautó una profilaxis antibiótica preoperatoria con 2 gramos de amoxicilina por vía oral una hora antes de la intervención quirúrgica. Previa desinfección intraoral con enjuagues de clorhexidina al 0,12% durante un minuto, se procedió a insensibilizar el área de trabajo empleando como droga anestésica Carticaina al 4% con epinefrina 1:100.000. Se realizó un bloqueo regional a los nervios dentario inferior y lingual del lado derecho, anestesia complementaria al nervio bucal, y un cierre del circuito a través de una punción anestésica a nivel del fondo de surco correspondiente al canino inferior del lado izquierdo, considerando la inervación cruzada del diente transmigrado. Empleando mango de bisturí Bard Parker con hoja n°15 se trazó una incisión desde la cara distal del primer molar inferior derecho, contorneando los cuellos dentarios de la arcada hasta mesial del incisivo lateral izquierdo, donde para ganar accesibilidad, se realizó una descarga hacia fondo de surco vestibular (Fig. 4 A). La extensión de este trazado permitió el despegamiento de un colgajo mucoperiostico lo suficientemente amplio como para acceder debidamente al campo operatorio facilitando las maniobras quirúrgicas posteriores, siempre con la premisa de respetar la emergencia del nervio mentoniano por el agujero homónimo, el cual se identificó y protegió durante todo el desarrollo de la intervención. Una vez abordada la cortical externa se efectuó una osteotomía con instrumental rotatorio profusamente irrigado. En procura de ocasionar un mínimo defecto óseo que resguarde el compromiso de los

límites del agujero mentoniano, la misma se limitó exclusivamente a descubrir el tercio cervical de la raíz, (Fig. 4 B). Con este mismo propósito el elemento transmigrado fue seccionado a nivel de su cuello anatómico con una fresa cilíndrica extralarga de carburotungsteno n°560 montada en turbina, separando las porciones coronaria y radicular con un corte en sentido vestíbulo-lingual (Fig. 4 C). De ese modo, y a fin de evitar la agresión de la cúspide coronaria sobre el nervio y los vasos mentonianos, se procedió a extraer en primer término la porción radicular con un elevador recto tipo Clev Dent (Fig. 4D y E) y posteriormente el remanente coronario con el mismo instrumento a expensas del espacio dejado por la enucleación de la raíz (Fig. 4 F). El tratamiento de la cavidad ósea se efectuó de la manera convencional, eliminando restos de saco pericoronario, regularizando los márgenes cavitarios, e irrigando el campo quirúrgico con solución yodada para eliminar partículas óseas residuales. Por tratarse de una paciente joven, y por lo tanto, con suficiente capacidad de respuesta orgánica, se optó por no efectuar ningún tipo de aporte regenerativo sobre el defecto óseo resultante (Fig. 4G), por lo que una vez reposicionado el colgajo se procedió a suturarlo a puntos separados con hilo de seda 4/0 (Fig. 4H). Como farmacoterapia complementaria a la profilaxis antibiótica administrada se prescribieron como antiinflamatorios y analgésicos 100 mg de Flurbiprofeno cada 8 horas por el término de 5 días y una ampolla inyectable de 2 ml de Betametasona acetato/fosfato. Se indicó además la aplicación diaria de gel de Clorhexidina al 0,12% sobre la zona intervenida por el término de una semana. Los controles post quirúrgicos efectuados a las 48 horas y a los 7 días de realizada la intervención evidenciaron un proceso cicatrizal favorable, constatándose además una ligera insensibilidad sobre la piel del mentón del lado derecho (Fig. 5), la cual se atenuó progresivamente hasta el retiro de las suturas a los 15 días, desapareciendo definitivamente al cabo de 30 días.

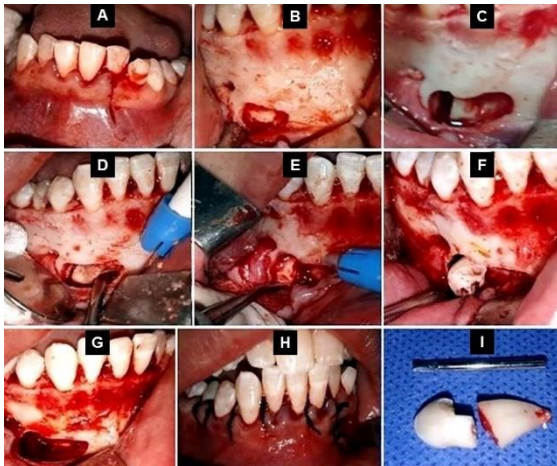


Figura 4. Tratamiento quirúrgico

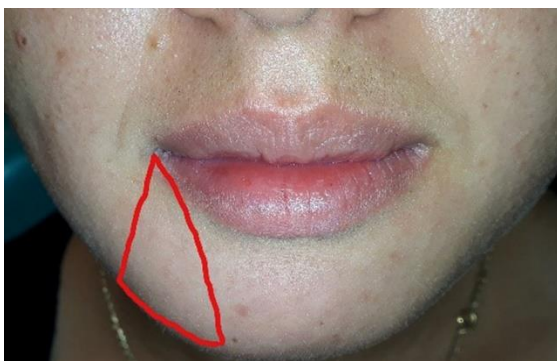


Figura 5. Zona en donde se manifestó por parte de la paciente una ligera insensibilidad sobre la piel del mentón del lado derecho

Discusión

La frecuencia de retención de caninos mandibulares es significativamente baja si se la compara estadísticamente con sus elementos homólogos superiores¹¹. Mandeep et al.¹² la estiman en el rango de 0,31%, veinte veces menos que los caninos maxilares.

A su vez, la transmigración dental es considerada una anomalía extremadamente inusual, que según estudios realizados por Mandeep et al.¹², involucra generalmente al incisivo lateral, al canino y al segundo premolar inferior. Estos autores afirman, en base a sus experiencias, que tanto el incisivo lateral como el segundo premolar migran comúnmente en dirección distal, mientras que el canino lo hace generalmente hacia mesial, siendo el único diente capaz de migrar a través de la sínfisis mentoniana hacia el lado contrario. La generalidad de los reportes científicos coincide en que la mayor parte de estas anomalías resultan asintomáticas¹², aunque ciertos autores les atribuyen complicaciones equivalentes a la

de cualquier pieza retenida, particularmente quistes, neuralgias por compresión de estructuras nerviosas, reabsorciones radiculares de dientes contiguos, desplazamientos dentales, complicaciones periodontales, o infecciones.¹³⁻¹⁵

No obstante, y avalados por la mayoría de los informes científicos¹⁶, asumimos que la transmigración dentaria se pone en evidencia solamente a través de exámenes radiológicos, generalmente indicados como instancia previa al inicio de un tratamiento ortodóncico, tal como lo demuestra el caso presentado. Si bien el tratamiento de la transmigración de un canino mandibular retenido depende de numerosos factores como la edad del paciente, patologías asociadas, inclinación del elemento, profundidad de la retención o la zona en donde se detecte la patología, es ampliamente aceptado científicamente que la remoción quirúrgica del elemento transmigrado resulta el procedimiento de elección¹⁷. Sin embargo, Winter¹⁸, reporta el caso de un tratamiento ortodóncico exitoso en un canino mandibular con transmigración al cual se le dio un seguimiento de 18 años. A su vez Ansar et al.¹⁹, sostienen que además de la posibilidad de recuperación quirúrgico-ortodóncica existe la alternativa de realizar un autoimplante en casos de apexogénesis incompleta, observando su evolución hasta completarse la formación radicular. A diferencia de estos autores, y en franca coincidencia con Barbi Actis et al.²⁰, entendemos que la observación y la remoción quirúrgica son los tratamientos ideales, ya que la tracción ortodóncica o el autoimplante son procedimientos dificultosos y no exentos de complicaciones. Asimismo, consideramos al igual Gutiérrez Rojo et al.²¹ que mantener en observación al diente con transmigración representa una alternativa válida si la misma se remite exclusivamente a casos asintomáticos, o a que exista el riesgo de afectar alguna estructura anatómica importante durante maniobras de enucleación. La decisión terapéutica de este caso en particular se basó en la evaluación exhaustiva de factores como la edad de la paciente (16 años), la ubicación cercana al reborde basal inferior de la pieza retenida, y su proximidad con el agujero mentoniano. Tales condiciones desalentaron las posibilidades de recurrir a la tracción ortodóncica, al autotransplante, o a mantener una conducta expectante, en razón de la posición del canino transmigrado (patrón tipo

IV de Mupparapu), la apexogénesis completa de su raíz, y la posibilidad latente de futuras complicaciones. Los estudios científicos han demostrado también que los caninos transmigrados mantienen su suministro nervioso desde el sitio original, aun si cruzan la línea media.²² Por consiguiente, debemos destacar la importancia de bloquear la inervación sensitiva del lado original como paso previo a su remoción quirúrgica.

Dadas las características del caso y las condiciones propias de la paciente, se planificó una técnica quirúrgica basada en la premisa de realizar una extracción mínimamente traumática, restringiendo al máximo la cantidad de hueso a reseca y evitando en todo momento la agresión sobre el contenido vasculonervioso emergente por el agujero mentoniano. Si bien la extracción por odontosección se impone de manera excluyente en tales circunstancias, la misma se efectuó de manera inversa al método tradicional, extrayéndose en primer término el fragmento radicular y posteriormente la porción coronaria, a fin de evitar una posible injuria de su cúspide sobre el agujero mentoniano y su contenido durante las maniobras de luxación.

Si bien las complicaciones post-quirúrgicas se asocian mayoritariamente a una posible parestesia del nervio mentoniano, podemos establecer en concordancia con la mayoría de los reportes científicos consultados²³ que la posible pérdida parcial de la sensibilidad a nivel de labio y mentón es transitoria, revirtiéndose al cabo de 30 a 90 días, tal como se evidenció en el caso presentado.

Conclusión

La migración de un canino mandibular retenido a través de la línea media es una anomalía infrecuente y usualmente asintomática. Su diagnóstico precoz a través de la valoración de hallazgos clínicos detectables y de un examen radiográfico exhaustivo, resulta de vital importancia a fin de establecer un adecuado tratamiento previniendo futuras complicaciones. Aunque se citan en la literatura diferentes opciones terapéuticas, existe consenso en afirmar que la enucleación quirúrgica de la pieza transmigrada representa la alternativa de elección, quedando abierta la posibilidad de recurrir a tratamientos conservadores en casos excepcionales.

Conflicto de intereses/Conflict of interest

Todos los autores declaran que no existen conflictos potenciales de interés con respecto a la autoría y / o publicación de este artículo.

All authors declare no potential conflicts of interest with respect to the authorship and/or publication of this article.

Referencias

- Gilligan JM, Ulfohn AG. La extracción dentaria. Técnicas y aplicaciones clínicas. Panamericana. Buenos Aires. 2014; 168-304.
- Ando S, Aizawa K, Nakashima T, Sanka Y, Shimbo K, Kiyokawa K. Transmigration process of the impacted mandibular cuspid. *J Nihon Univ Sch Dent.* 1964; 6: 66–71.
- Torres-Lagares D, Flores-Ruiz R, Infante-Cossío P, García-Calderón M, Gutiérrez-Pérez JL. Transmigration of impacted lower canine. Case report and review of literature. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2006; 11:171-4.
- Tarsitano JJ, Wooten JW, Burditt JT. Transmigration of nonerupted mandibular canines: report of cases. *J Am Dent Assoc.* 1971 Jun; 82(6):1395-7. doi: 10.14219/jada.archive.1971.0216.
- Javid B. Transmigration of impacted mandibular cuspids. *Int J Oral Surg.* 1985 Dec; 14(6):547-9. doi: 10.1016/s0300-9785(85)80063-6.
- Azeem M, Afzal A, Ahmed Z, Ali MM, Haq AU, Hamid WU. Investigation of transmigrated mandibular canines. *Dental Press J Orthod.* 2019 nov-dic; 24(6):65-8. doi.org/10.1590/2177-6709.24.6.065-068.oar
- Revelo Pérez LA, Espinosa Morales JG. Transmigración del canino mandibular. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista ADM* 2013; 70 (4): 202-8.
- 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 Nov; 31 (6):355-60. doi: 10.1038/sj.dmf.4600732.
- Qaradaghi IF. Bilateral transmigration of impacted mandibular canines: Report of two cases and review. *Rev Clín Pesq Odontol.* 2010; 6(3):271-75.
- Plakwicz P, Abramczyk J, Wojtaszek-Lis J, Sajkowska J, Warych B, Gawron K, Burzykowski T, Zadurska M, Czochrowska EM, Wojtowicz A, Górska R, Kukuła K. The retrospective study of 93 patients with transmigration of mandibular canine and a comparative analysis with a control group. *Eur J Orthod.* 2019 Aug 8;41(4):390-396. doi: 10.1093/ejo/cjy067.
- Mupparapu M, Auluck A, Suhas S, Pai KM, Nagpal A. Patrones de transmigración intraósea y erupción ectópica en caninos inferiores con transmigración bilateral. *Quintessence (ed. esp.)* 2009; 22(7):341-7.

12. Mandeep KB, Isha A, Rashmi Verma, Amandeep SU. Mandibular Canine Transmigration: Report of three cases and literatura review. *J Int Prev Community Dent* 2017 Jan-Feb; 7(1):8-14. doi: 10.4103/jispcd.JISPCD_231_16
13. Coello de la Cruz L, Fernandez Cáliz F, Martínez Rodríguez N, Sanz Alonso J, Martínez-González J, Barona Dorado C. Manejo quirúrgico de la trans migración bilateral de caninos mandibulares. Reporte de caso. *Odontología Sanmarquina* 2019; 22(2): 140-147 <http://dx.doi.org/10.15381/os.v22i2.16227>
14. Vinitzky Brener I, Guerra Rentería P. Canino Inferior Transmigrado. Reporte de Caso Clínico. *Revista ADM Estudiantil* 2019 Numero 17, 6-12. <https://www.researchgate.net/publication/333379990>
15. Cavuoti S, Matarese G, Isola G, Abdolreza J, Femiano F, Perillo L. Combined orthodontic-surgical management of a transmigrated mandibular canine. *Angle Orthod.* 2016 Jul; 86 (4):681-91. doi: 10.2319/050615-309.1.
16. Kamiloglu B, Kelahmet U. Prevalence of impacted and transmigrated canine teeth in a Cypriote orthodontic population in the Northern Cyprus area. *BMC Res Notes.* 2014; 7: 346.
17. Díaz-Sánchez RM, Castillo-De-Oyagüe R, Serrera-Figallo MA, Hita-Iglesias P, Gutiérrez-Pérez JL, Torres-Lagares D. Transmigration of mandibular cuspids: Review of published reports and description of nine new cases. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2016; 54 (3): 241-247.
18. Winter M. Interdisciplinary treatment of a severely displaced mandibular canine: a long term follow up. *JCO.* 2012; XLVI (11):687-92. Disponible en: doi: [10.1179/14653121043200](https://doi.org/10.1179/14653121043200)
19. Ansar S, Ahmad S, Poddar R, Massod R. Bilateral transmigration of mandibular canines - a case and review of literatura. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences* 2013; 3(6): 56-9.
20. Barbi Actis J, Ruiz Sáenz PL, Martínez Rodríguez N, Barona Dorado C, Martínez-González JM. Canino mandibular transmigrado. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Revista del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España.* 2021; 26 (3): 77-83.
21. Gutiérrez Rojo JF, Rojas García AR, García Rivera RN, Gutiérrez Rojo M F. Transmigración Dental. *Rev Tamé.* 2014 Mar; 2(6):201-5.
22. Sharma G, Nagpal A. A Study of Transmigrated Canine in an Indian Population. *Int Sch Res Notices* 2014 Nov 10. doi: 10.1155/2014/756516.
23. Olate S, Alister HJP, Muñante-Cárenas JL, Pozzer L, Albergaria-Barbosa JR. Tratamiento quirúrgico de caninos mandibulares bilaterales transmigrados. *Int. J. Odontostomat.* 2010, 4(3):285-290. doi.org/10.4067/S0718-381X2010000300012



Publisher's Note: This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution(CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)