

Dens in dente y talon cuspídeo en un incisivo permanente. Reporte de un caso y tratamiento preventivo.

[Dens in dente and cusp talon in a permanent incisor. Report of a case and preventive treatment.]

Autores:

Mtra. Estomatol. Pediatr. García Arroniz, Rhona [1]
L.E. Medina Medina, Betsy Valeria [2]
D. en C.S. Moyaho Bernal, María de los Angeles [3]
Mtra. Estomatol. Pediatr. Vázquez de Lara Saavedra, Lucero [4]

Dirección de Contacto:

María de los Angeles Moyaho Bernal, 31 Poniente 1304
(CP: 72410) Colonia Volcanes, Puebla, México.
Tel.: 01-222-29-55-00 ext. 6400
E-mail: moyaho3@gmail.com

Fecha de recepción:

20/09/2017

Fecha de aprobación:

26/10/2017

García Arroniz, Rhona; Medina Medina, Betsy Valeria; Moyaho Bernal, María de los Angeles; Vázquez de Lara Saavedra, Lucero. Dens in dente y talón cuspídeo en un incisivo permanente: reporte de un caso y tratamiento preventivo. Rev. Soc. Odontol. Plata, 2017; XXVIII(55):19-22

[1] Alumna de la Maestría en Ciencias Estomatológicas con terminal en Pediatría de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

[2] Alumna de la Licenciatura en Estomatología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

[3] Profesor investigador de la Maestría en Estomatología con terminal en Pediatría de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

[4] Profesor investigador de la Maestría en Estomatología con terminal en Pediatría de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

RESUMEN

Los dientes pueden presentar trastornos originados por factores externos o hereditarios que afectan su forma. Dens in dente es una anomalía durante el desarrollo que resulta en la invaginación del esmalte y dentina, en la cara lingual o vestibular, que puede extenderse profundamente dentro de la raíz. El talón cuspídeo es caracterizado por la proyección de una cúspide accesoria en el cíngulo de los órganos dentarios anteriores y la superficie oclusal de los posteriores. Se presenta el caso de una niña de 7 años de edad con dens in dente y talón cuspídeo en el incisivo central superior derecho que provoca interferencia oclusal prematura, sin sintomatología. Se realizó desgaste gradual de talón cuspídeo, con aplicación de fluoruro de sodio. El diagnóstico temprano de anomalías dentales en pacientes pediátricos es la clave para un tratamiento conservador y preventivo para el adecuado funcionamiento masticatorio y estético del paciente.

PALABRAS CLAVE

Dens in dente / prevención y control; Anomalías dentarias / diagnóstico; Incisivo / patología; Diagnóstico Precoz.

SUMMARY

Teeth may have disorders caused by external or hereditary factors that affect their shape. Dens invaginatus is an anomaly during development that results in invagination of the enamel and dentin, lingual or vestibular surface, which can extend deeply into the root. Talon cusp is characterized by the projection of an accessory cusp in the cingulate area in anterior and occlusal of the posterior teeth. We present a case of a 7 years old girl with dens invaginatus and talon cusp on maxillary central incisor that causes premature occlusal interference without symptomatology. The treatment employed were gradual wear of cuspal with several application of sodium fluoride. Early diagnosis in pediatric patients is the key to a conservative and preventive treatment for proper masticatory and aesthetic functioning of the patient.

KEY WORDS

Dens in Dente; Tooth Abnormalities / diagnosis; Incisor / pathology; Early Diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de un órgano dentario es un proceso complejo que se denomina odontogénesis, presenta dos etapas importantes: la morfogénesis o morfodiferenciación que consiste en el desarrollo coronario y radicular, y la histogénesis o citodiferenciación en la que se forman los tejidos dentarios como: el esmalte, la dentina y la pulpa. Cualquier alteración en la morfodiferenciación pueden resultar en anomalías como: dens in dente y talón cuspídeo, entre otros (1)(2).

Dens in dente es una anomalía, resultado de la invaginación del esmalte antes de la calcificación de los tejidos dentales (3)(4). Radiográficamente se observa una invaginación, como un engrosamiento del esmalte, se extiende desde el cingulo y asciende dentro de la raíz del diente (5). Oehlers (6) describió tres tipos de formas:

Tipo I: el esmalte tiene una forma de línea delgada dentro de la corona del diente y no se extiende fuera de la unión cemento esmalte. Tipo II: forma lineal que invade alrededor de la raíz y puede comunicar con la pulpa dental. Tipo III: es una deformidad que se extiende hasta la raíz y se abre en la región apical sin comunicación con el tejido pulpar. Recientemente el tipo III lo subdivide en A y B: Tipo III A: la invaginación se extiende a través de la raíz y comunica lateralmente con el espacio del ligamento periodontal a través de un pseudo foramen, tipo III B: la extensión se comunica con el periodonto a través del foramen apical sin comunicación pulpar (7).

La incidencia reportada es de 0.04-10% y afecta con mayor prevalencia a los incisivos laterales superiores permanentes (8). Esta invaginación es un factor para el desarrollo de caries, ya que permite la entrada de irritantes que originan una necrosis pulpar en la mayoría de los casos (4).

Por otra parte el talón cuspídeo, es un desarrollo anatómico anormal, se proyecta como una cúspide accesoria en el área del cingulo de los dientes anteriores y en oclusal en los dientes posteriores, presenta una apariencia como un talón de águila (9). Hattab (10) describió tres tipos: Tipo 1 (talón verdadero): cúspide adicional bien delimitada que se proyecta desde la superficie palatina o labial y se extiende por lo menos la mitad de la distancia desde la unión cemento-esmalte hasta el borde incisal. Tipo 2 (semitalón): cúspide adicional de un milímetro o más pero que se extiende menos de la mitad de la distancia desde la unión cemento-esmalte hasta el borde incisal. Tipo 3 (indicio de talón): prominencia

del cingulo y sus variaciones; cónica, bífida o similar al tubérculo. La etiología es aún desconocida, sin embargo están involucrados factores genéticos, ambientales (11)(12) y otras anomalías incluidos incisivos en forma de clavija, de pala, dens invaginatus y una cúspide exagerada de Carabelli (13). Radiográficamente se observa una figura radiopaca en forma de "V" sobrepuesta en la corona (14). La prevalencia reportada es del 0.06% en población mexicana (15). Es más frecuente en la dentición permanente con respecto a la temporal y afecta frecuentemente al género masculino (16)(17).

Dens in dente y talón cuspídeo requieren un tratamiento multidisciplinario ya que presentan mayor riesgo a la retención de comida, caries, necrosis pulpar, problemas periodontales, oclusales y estéticos (16). El manejo clínico es diferente en cada caso, depende del órgano dentario afectado y los problemas involucrados (18). El talón cuspídeo y dens in dente son asintomáticos en etapas tempranas; por lo que es importante realizar un diagnóstico temprano de éstas anomalías.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 7 años, se presentó en la clínica de odontopediatría de la Facultad de Estomatología de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla, México. El motivo de la consulta fue para "revisión". No presentó datos patológicos relevantes en la historia clínica, en el examen intraoral reveló coloración e irrigación normal de los tejidos mucosos, no se observaron lesiones cariosas pero si la presencia de una interferencia oclusal borde a borde en relación con los órganos dentarios incisivo central superior derecho con respecto al incisivo central inferior del mismo lado (Figura 1). El incisivo central superior derecho fue analizado y se observó la presencia de una prominencia en la superficie palatina desde el cingulo hasta el borde incisal, en forma de T en giroversión y asintomático (Figuras 2 y 3). El examen radiográfico reveló una invaginación en el conducto radicular en contacto con el ligamento periodontal por medio del foramen apical (Figura 4). Finalmente se estableció el diagnóstico definitivo del órgano dentario: Dens in dente tipo III B y talón cuspídeo tipo I.

El tratamiento se llevó a cabo en dos fases. Fase I: tratamiento preventivo con sellador de fosetas y fisuras en el incisivo central superior. Fase II: desgaste selectivo en la cúspide para evitar irritación pulpar, cada 20

días durante 3 meses con una fresa cilíndrica de 32 hojas para pulido con pieza de alta velocidad, aplicación de fluoruro de sodio al 5% (Clinpro TM Varnish with TCP) (Figuras 5 y 6).

Evolución: después de tres meses, la paciente no presentó ninguna sintomatología, el incisivo central superior se observó más extruido con menor interferencia oclusal en el talón cuspídeo debido a los desgastes realizados con anterioridad, por lo que mejoró su estética (Figuras 7 y 8). Finalmente se decidió darle seguimiento clínico y radiográfico a la paciente cada 6 meses para verificar que no haya necrosis pulpar u otro cambio importante.

DISCUSIÓN

Un diagnóstico temprano de anomalías de forma es crucial y requiere un examen clínico exhaustivo de todos los dientes incisivos especialmente de los laterales.

Oehlers (6) et al., presentaron la clasificación de dens in dente de acuerdo a su extensión, ésta es actualmente la más utilizada, al igual que la clasificación de talón cuspídeo propuesta por Hattab (10) et al., que la clasifican de acuerdo al tamaño. El presente caso clínico está clasificado como un Dens in dente Tipo III B con talón cuspídeo Tipo I.

Aunque el dens in dente y el talón cuspídeo pueden presentarse como un hallazgo independiente, a veces la presencia de un talón cuspídeo puede estar asociado con otras anomalías (19). Sin embargo, la ocurrencia de estas dos anomalías en un solo órgano dentario es poco común. Algunos autores únicamente muestran la prevalencia por separado de cada una de las anomalías, que varían con respecto a distintos grupos étnicos, y reportan un 0.037% para dens in dente y 0.06% para talón cuspídeo en población mexicana (15).

Anteriormente el tratamiento de elección para un órgano dentario con dens in dente era la extracción, ya que es común que presenten necrosis pulpar por la exposición de ésta ante la invaginación del tejido, o abscesos periapicales que generaban cierta dificultad para realizar tratamientos de endodoncia (20). En el menor de los casos se han reportado tratamientos preventivos para estas anomalías dentarias, sin embargo Tiku et al., demostraron que la presencia de estas anomalías en conjunto deben ser tratadas con selladores de fosetas y fisuras como un método preventivo para la caries, acompañado de revisiones por periodos de corto tiempo.

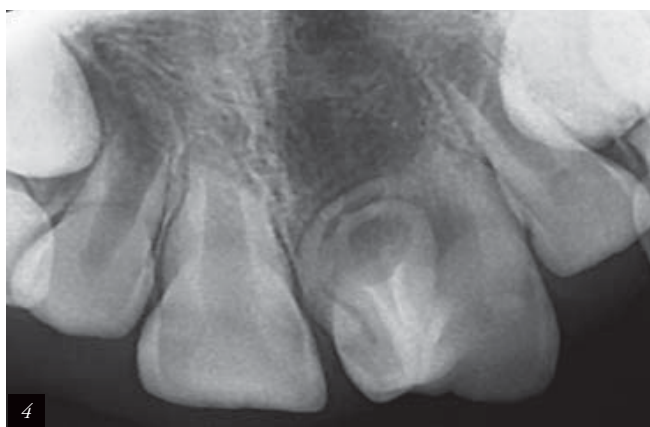


Fig. 1: Vista frontal de anomalía dentaria de forma.
Fig. 2: Vista oclusal de la dentición mixta.
Fig. 3: Diente en forma de T.
Fig. 4: Dens in dente Tipo III B: la extensión se comunica con el periodonto a través del foramen apical sin comunicación pulpar.
Fig. 5: Aplicación de fluoruro de sodio al 5% (Clinpro TM Varnish con TCP).
Fig. 6: Disminución de la interferencia oclusal del incisivo central superior.
Fig. 7: Vista frontal del desgaste selectivo del incisivo central superior.
Fig. 8: Vista lateral del desgaste selectivo del incisivo central superior.

Algunas complicaciones ante la presencia de talón cuspídeo pueden ser los problemas relacionados a la estética, el desplazamiento de los dientes antagonistas o interferencia oclusal. De acuerdo con el tratamiento realizado en este caso clínico, se tomaron en cuenta los parámetros mencionados por Tiku et al., quienes consideraron que es prioritario intervenir de manera preventiva para evitar la caries y el tratamiento de endodoncia.

Es importante destacar que el tratamiento puede variar en cada órgano dentario de acuerdo a sus necesidades o alteraciones presentes, de tal forma que éste sea el menos agresivo posible.

CONCLUSIÓN

Es poco frecuente encontrar un dens in dente y talón cuspídeo en un mismo órgano dental, por lo que es importante obtener los conocimientos adecuados de las diferentes anomalías de forma que existen, para tener un mayor criterio de resolución de problemas, así como el diagnóstico temprano certero, con esto se logran llevar a cabo tratamientos multidisciplinarios no traumáticos y preventivos, para conservar la vitalidad y funcionalidad del órgano dental y masticatorio del paciente.

Bibliografía

- Bhussry BR, Md. Sharawy. (2004) *Orban's Oral histology and embryology*. 11th edición. Missouri: Elsevier. 28-48.
- Gómez de Ferraris María Elsa, Campos Muñoz Antonio. (2009) *Histología, Embriología e Ingeniería Tisular Bucodental*. 3ª Edición. México: Editorial Medica Panamericana. 113.
- Payne, M; Craig, G.T. (1990). A radicular dens invaginatus. *Br. Dent. J.*; 169: 94-5.
- Hülsmann M. (1997). Dens invaginatus: Aetiology, classification, prevalence, diagnosis, and treatment considerations. *Int Endod J.*; 30: 79-90.
- Zengin AZ; Sumer AP; Celenk P. (2009). Double dens invaginatus: Report of three cases. *Eur J Dent.*; 3: 67-70.
- Oehlers FA. (1957). Dens invaginatus (Dilated composite odontome). I. Variations of the invagination process and associated anterior crown forms. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.*; 10(12): 04-18.
- Alani A, Bishop K. (2008) Dens invaginatus. Part 1: classification, prevalence and aetiology. *Int Endod J.*; 41: 1123-36.
- Hovland EJ; Block RM. (1977). Nonrecognition and subsequent endodontic treatment of dens invaginatus. *J Endod.*; 3: 360-362.
- Oredugba F.A. (2005). Mandibular facial talon cusp: case report. *BMC Oral health.*; 5: 9.
- Hattab FN, Yassin OM, al-Nimri KS. (1996). Talon cusp in permanent dentition associated with other dental anomalies: Review of literature and reports of seven cases. *ASDC J Dent Child.*; 63: 368-76.
- Davis PJ, Brook AH. (1986). The presentation of talon cusp diagnosis, clinical features, associations and possible aetiology. *Br Dent J.*; 160(3):84-8.
- Kulkarni VK, Choudhary P, Bansal AV y colab. (2012). Facial talon cusp: a rarity, report of a case with one year follow up and flashback on reported cases. *Contemp Clin Dent.*; 3: 125-9.
- Kulkarni VK, Choudhary P, Bansal AV y colab. (2012). Facial talon cusp: A rarity, report of a case with one year follow up and flashback on reported cases. *Contemp Clin Dent.*; 3: 125-9.
- Oktay Yaziciog Lu, Has Met Ulukapi. (2014). Management of a Facial Talon Cusp on a Maxillary Permanent Central Incisor: A Case Report and Review of the Literature. *J Esthet Restor Dent.*; 26(6): 374-8.
- Pomeroy E. (2009). Labial talon cusps: A South American archaeological case in the deciduous dentition and review of a rare trait. *Br Dent J.*; 206: 277-82.
- Al-Omari MA, Hattab FN, Darwazeh AM y colab. (1999). Clinical problems associated with unusual cases of talon cusp. *Int Endod J.*; 32(3):183-190.
- Lee CK, King NM, Lo EC y colab. (2007). The relationship between a primary maxillary incisor with a talon cusp and the permanent successor: a study of 57 cases. *Int J Paediatr Dent.*; 17(3): 178-185.
- Segura Egea JJ, Jiménez Rubio A, Ríos Santos JV y colab. (2003). Dens evaginatus of anterior teeth (talon cusp): report of five cases. *Quintessence Int.*; 34(4):272-7.
- Sannomiya, E.K., Asaumi, J., Kishi, K. y colab. (2007). Rare associations of dens invaginatus and mesiodens. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.*; 104: e41-44.
- Chen RJ, Yang JF, Chao TC. Invaginated tooth associated with periodontal abscess. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*; 69: 659, 1990.
- Tiku A, Nadkarni UM, Damle SG. (2004). Management of two unusual cases of dens invaginatus and talon cusp associated with other dental anomalies. *J Indian Soc Pedod Prev Dent.*; 22(3):128-33.
- Vinaya Kumar Kulkarni, Pinky Choudhary, Arpana V. Bansal y colab. (2012). Facial talon cusp: A rarity, report of a case with one year follow up and flashback on reported cases. *Contemp Clin Dent.*; 3(1): s125-s129.