

Manejo clínico del talón cuspídeo en bebés: Reporte de un caso.

[Clinical management of talon cusp in babies: A case report.]

Autora:

Dra. Morales, María Laura [1]

Dirección de Contacto:

E-mail: moralesma.laura@gmail.com

Morales, ML. Manejo clínico del talón cuspídeo en bebés: reporte de un caso. Rev. Soc. Odontol. La Plata, 2018; XXVIII(56):7-9

Fecha de recepción:

29/01/2018

Fecha de aprobación:

05/04/2018

[1] Doctora en Odontología, otorgado por la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Jefa de Trabajos Prácticos de la asignatura Integral Niños y Adolescentes I. Facultad de Odontología UCALP Convenio SOLP.

RESUMEN

El talón cuspídeo es considerado como una rara anomalía de desarrollo de los dientes anteriores. Si bien afecta a ambas denticiones, suele darse con mayor frecuencia en la permanente. Esta anomalía de desarrollo puede causar problemas estéticos, dificultad en la higiene con el consecuente riesgo de caries y gingivitis, interferencias oclusales, entre otros. Por lo que el diagnóstico temprano y su tratamiento oportuno resultan de fundamental importancia. Se reporta un caso donde se describe el manejo clínico de un bebé de 16 meses de vida con talón cuspídeo sobre la superficie palatina de los incisivos centrales superiores y caries.

PALABRAS CLAVE

Lactante; Incisivo / anomalías; Anormalidades dentarias / terapia.

SUMMARY

Talon cusp is a rare developmental dental anomaly of the anterior teeth. While it may affect both dentitions, talon cusp occurs more frequently in permanent than in primary dentition. This developmental anomaly may cause esthetic problems, difficulties of oral hygiene hence favoring the development of caries and gingivitis, occlusal interferences, among others. Therefore, early diagnosis and prompt treatment are of the utmost importance. The present case report describes the clinical management of a 16-month old baby with talon cusp on the palatine surface of maxillary central incisors together with carious lesion.

KEY WORDS

Infant; Incisor / abnormalities; Tooth abnormalities / therapy.

INTRODUCCIÓN

El término talón cuspídeo hace referencia a un rasgo morfológico coronal considerado como una rara anomalía de desarrollo de los dientes anteriores. (Sarpangala M y Devasya A, 2017; Guven Y y col., 2016; Her-

nández J y col., 2010) En el año 1970, Mellor JK y Ripa LW fueron quienes le otorgaron esta denominación. Clínicamente presenta el aspecto de un cuerno curvo que se proyecta desde la superficie palatina o lingual (y con menor frecuencia desde la superficie vestibular) de las piezas dentarias

anteriores, temporales y permanentes, hasta al menos la mitad de la distancia entre el límite amelocementario y el borde incisal. (Mallineni SK y col., 2014; Mallineni SK y col., 2013; Hernández J y col., 2010) Histológicamente está constituido por esmalte, dentina y en algunos casos tejido pulpar.

(*Güven Y y col., 2016*) La hipótesis más aceptada en relación a su etiología es la hiperactividad aberrante de la lámina dental durante la odontogénesis. El papel de los factores ambientales y genéticos aún no queda claro. (*Kv S y col., 2017; Kapur A y col., 2011*) En el año 1996, *Hattab FN y col.* clasificaron al talón cuspídeo en tres tipos de acuerdo a su grado de desarrollo y extensión. El tipo I o talón verdadero se caracteriza por presentar una cúspide adicional que se proyecta desde la superficie palatina de los dientes anteriores y se extiende como mínimo hasta la mitad de la distancia comprendida entre la unión amelocementaria y el borde incisal. El tipo II o semitalón donde la cúspide adicional se extiende hasta menos de la mitad de la distancia entre la unión amelocementaria y el borde incisal. Y, el tipo III o esbozo de talón donde el talón cuspídeo se presenta como un cíngulo prominente y con diferentes formas (cónica, bifida, tubérculo). El talón cuspídeo muestra una mayor predilección por el maxilar superior y, si bien afecta ambas denticiones, suele darse con mayor frecuencia en la dentición permanente. (*Güven Y y col., 2016; Kavitha S y col., 2012*) Generalmente cuando se presenta en la dentición primaria suelen estar involucrados solo los incisivos centrales superiores, mientras que en la dentición permanente los más afectados suelen ser los incisivos laterales superiores, seguidos por los incisivos centrales y caninos superiores. (*Güven Y y col., 2016; Bahadure RN y col., 2012*) El talón cuspídeo se observa con mayor frecuencia en varones (en una relación 2:1) y, en dentición primaria, suele presentarse unilateralmente. (*Goswami M y Jangra B., 2017; Mallineni SK y col., 2013*) Esta anomalía de desarrollo puede causar problemas estéticos, dificultad en la higiene con el consecuente riesgo de caries y gingivitis, interferencias oclusales, irritación en la lengua durante el habla y masticación, dificultad para la lactancia. Por lo que el diagnóstico temprano y su tratamiento oportuno resultan de fundamental importancia. (*Kv S y col., 2017; Sarpankala M y Devasya A., 2017; Mukhopadhyay S y Mitra S., 2014, Kavitha S y col., 2012*) El siguiente caso describe el manejo clínico de un bebé con presencia de talón cuspídeo sobre la superficie palatina de los incisivos centrales superiores.

REPORTE DE CASO

Bebé de 16 meses de vida, de sexo masculino, concurre a la consulta derivado de una guardia odontológica hospitalaria por pre-

sentar los dos incisivos centrales superiores con una alteración de desarrollo y caries. Nació de término por cesárea, toma el pecho a demanda, durante el primer año de vida recibió hierro durante varios meses por cuadro de anemia y utiliza puff preventivo por haber padecido bronquiolitis a repetición. Presenta un nivel socioeconómico medio-bajo, tiene un alto consumo de caramelos blandos y la familia no tiene el hábito de higienizarle las piezas dentarias. Clínicamente presenta un talón cuspídeo tipo I sobre la superficie palatina de ambos incisivos centrales superiores (expresión bilateral). Además, se observa mancha blanca en la superficie vestibular de los cuatro incisivos anterosuperiores, con cavitación en los incisivos centrales tanto en cara vestibular como a nivel del talón cuspídeo. (Fig. 1) Por el momento, no presenta alteración de la oclusión ni irritación de la lengua durante el habla o la masticación. El resto de las piezas dentarias y los tejidos blandos se encontraron en estado de normalidad. Radiográficamente se observan los incisivos centrales superiores con sus respectivas cúspides adicionales presentando cada una su propia extensión pulpar, lo que confirma la presencia del talón cuspídeo, y donde además se puede observar que la lesión de caries afecta esmalte y dentina sin comprometer el tejido pulpar. (Fig. 2) Por todo lo descrito anteriormente, se categoriza al pa-

ciente con un nivel de riesgo cariogénico y gingival alto. Se concientizó a la madre de la importancia de la higiene para que el control del biofilm de placa sea eficiente. Se indicó realizar la higiene del sector anterior con el dedo envuelto en una gasa humedecida con agua y del sector posterior con un cepillo dental para bebés (Fig. 3a). Una vez higienizadas las piezas dentarias se indicó aplicar de manera diaria una pasta fluorada en gel (con 0,12% de FNa) con una gasa envolviendo las piezas dentarias y realizando masajes durante 1 min en sector anterior y con cepillo dental en sector posterior. Se sugirió suspender la lactancia materna y el consumo de caramelos blandos y se indicó higienizar las piezas dentarias luego del uso del puff. Se inactivaron las piezas dentarias 51 (VP) y 61 (VP) con ionómero vítreo de restauración (Fig. 3b y 3c). Se aplicó barniz de flúor en piezas dentarias 52 y 62 (Fig. 3c), y en el resto de las piezas dentarias. Se citó a control en 15 días donde se controló el biofilm de placa bacteriana, se reforzó la técnica de higiene y se aplicó barniz de flúor en todas las piezas dentarias (Fig. 4). La mamá manifestó haber suspendido la lactancia materna y el consumo de caramelos blandos. Se programaron citas de 1 vez al mes para control del biofilm de placa bacteriana, control de las piezas dentarias inactivadas y el refuerzo de las estructuras dentarias. ■

DISCUSIÓN

El manejo clínico del talón cuspídeo dependerá de la forma en que se presente y siempre deberá ser lo más conservador posible. Frente a la presencia de surcos profundos se deberán implementar medidas preventivas como selladores de fosas y fisuras. (*Kv S y col., 2017*) Si hubiera lesión de caries, se optará por inactivaciones o restauraciones con resinas compuestas. (*Güven Y y col., 2016*) En aquellas situaciones clínicas donde se evidencien interferencias oclusales, se deberán realizar desgastes selectivos a nivel de la cúspide adicional en forma gradual y periódica con la posterior aplicación de fluoruros tópicos para reducir la sensibilidad postoperatoria. Por otra parte, cuando haya una afección del tejido pulpar habrá que realizar algún tipo de tratamiento del canal radicular. Y, en algunos casos, hasta incluso se deberá recurrir a correcciones ortodóncicas. (*Mallineni SK y col., 2014*).

CONCLUSIONES

El talón cuspídeo en piezas dentarias temporarias es poco frecuente y la expresión bilateral menos frecuente todavía. Esta anomalía de desarrollo puede causar muchas complicaciones, sobre todo cuando se presenta a edades tempranas, en pacientes con otros factores de riesgo asociados.

Por lo que es de fundamental importancia, su diagnóstico temprano y el adecuado manejo clínico, no solo de la anomalía en sí, sino del paciente de manera integral bajo un marco de abordaje preventivo.

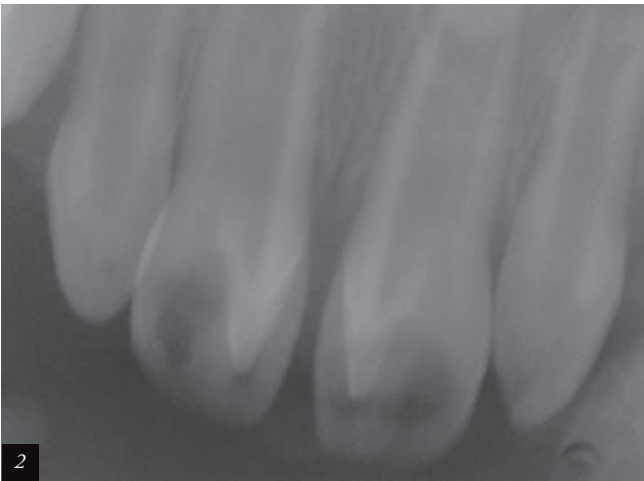


Fig. 2: Radiografía periapical: Cada incisivo central superior con su cúspide adicional y su respectiva extensión pulpar.



Fig. 3a: Fotografía clínica: Higiene del sector anterior.



Fig. 3b: Inactivación de PD 51 y 61.



Fig. 3c: Aplicación de ionómero vítreo de restauración en PD 51 y 61 y de barniz de flúor en PD 52 y 62 (postoperatorio inmediato).



Fig. 1: Preoperatorio. Talones cuspidos tipo I sobre las superficies palatinas de ambos incisivos centrales superiores e hipoplasias de esmalte sobre las superficies vestibulares de los cuatro incisivos superiores con presencia de caries en los incisivos centrales.



Fig. 4: Fotografía clínica: Postoperatorio a los 15 días.

Bibliografía

1. Bahadure RK, Thosar N, Jain ES. (2012) Management of Talons Cusp associated with Primary Central Incisor: A Rare Case Report. *Int J Clin Pediatr Dent*; 5(2): 142-4.
2. Goswami M, Jangra B. (2017) A rare Concomitant Occurrence of Talon Cusp in Fused Mandibular Permanent Teeth: Report of Two Cases. *Int J Clin Pediatr Dent*; 10(2): 208-212 (2017).
3. Guven Y, Kasimoglu Y, Tuna EB, Gencay K, Aktoren O. (2016) Prevalence and characteristics of talon cusps in Turkish population. *Dent Res J (Istanbul)*; 13: 145-150 (2016).
4. Hattab FN, Al-Ajlouni O, Al-Nimri K. (1996) Talon cusp in permanent dentition associated with other dental anomalies: Review of literature and reports of seven cases. *ASDC J Dent Child*; 63: 368-376 (1996).
5. Hernández J, Villaviencio J, Arce E, Moreno F. (2010) Talón cuspeado: reporte de cinco casos. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*; 21(2): 208-217.
6. Kapur A, Goyal A, Bhatia S. (2011) Talon cusp in a primary incisor: A rare entity. *J Indian Soc Pedod Prev Dent*; 29(3): 248-50.
7. Kavitha S, Selvakumar H, Barathan R. (2012) Mandibular talon cusp in primary lateral incisor: a rare case report. *Case Rep Dent*. doi: 10.1155/2012/670745.670745.
8. Kv S, C PR, Yadav SR, Kumar N, CD MK, Kumar SP. (2017) Multiple talon cusps on maxillary central incisor: A case report. *J Dent Res Dent Clin Dent Prospects*; 11(2): 127-130.
9. Mallineni SK, Manan NM, Lee CK, King NM. (2013) Talon cusp affecting primary dentition in two siblings: a case report. *Rom J Morphol Embryol*; 54(1): 211-213.
10. Mallineni SK, Panampally GK, Chen Y, Tian I. (2014) Mandibular talon cusps: A Systematic review and data analysis. *J Clin Exp Dent*; 6(4): e408-413.
11. Mellor JK, Ripa LW. (1970) Talon cusp: a clinically significant anomaly. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*; 29(2): 225-228.
12. Mukhopadhyay S, Mitra S. (2014) Anomalies in primary dentition: their distribution and correlation with permanent dentition. *J Nat Sci Biol Med*; 5(1): 139-143 (2014).
13. Sarpangala M, Devasya A. (2017) Variants of Talon Cusp (Dens Evaginatus). *J Clin Diagn Res*; 11(1): ZJ01-ZJ02.