

Dens evaginatus y dens invaginatus con afectación todos los incisivos superiores: presentación de un caso

Talla Harsha Vardhan, MDS^a, y Subramanyam Shanmugam, MDS^b

El dens evaginatus es una malformación del desarrollo caracterizada por la presencia de una cúspide accesorio que toma la forma de tubérculo y que nace en la superficie oclusal o lingual del diente. Se conoce también como cúspide talón en los dientes anteriores y como premolar de Leong en los premolares. El dens invaginatus es una invaginación profunda de la superficie de la corona o de la raíz, delimitada por esmalte, dentina, y pulpa. Aunque en la literatura se han encontrado muchas reseñas de casos de dens evaginatus y dens invaginatus, la asociación de ambos trastornos en un mismo individuo representa una anomalía rara. Solo se han reseñado dos casos de presentación concomitante de dens invaginatus y dens evaginatus. Este artículo presenta un caso de dens evaginatus y dens invaginatus que afectaba a los cuatro incisivos superiores en un paciente de 25 años de edad.

(*Quintessence Int.* 2010;41(2):105-7)

En 1982, Mitchell¹ describió por primera vez la cúspide talón como «una protuberancia o cuerno que emerge de la base y se curvaba hacia el borde incisal» en la carea lingual de un incisivo central superior. Distintos autores han descrito la cúspide talón como una cúspide

accesoria que sobresale del incisivo y que puede conectarse con él dándole forma de T o de Y cuando su localización es más cervical. El término talón se designó por su gran parecido con la garra de un águila. El dens evaginatus es una entidad que recuerda a la cúspide talón pero no puede designarse como un verdadero talón. Recibe también otros nombres como cúspide intersticial, premolar tuberculado, odontoma de tipo centro axial, odontoma evaginado, perla oclusal del esmalte, tubérculo oclusal anómalo, y cúspide supernumeraria². Esta anomalía se ha asociado también con condiciones como la incontinencia pigmenti achromians, el síndrome de Rubinstein-Taybi, el síndrome de Mohr, el síndrome de Sturge-Weber, y el síndrome de Ellis van Creveld³.

Las cúspides talón afectan a ambos sexos por igual y normalmente suelen presentarse de forma unilateral, aunque una quinta parte de los casos reseñados son bilaterales. La incidencia de los casos reseñados ha variado entre un 1% y un 2% en las comunidades asiáticas⁴ y entre un 3% y un 4% en los indios de Norteamérica³. Chawla et al.⁵ encontraron una prevalencia del 7,7% entre los niños del norte de la India. También se han reseñado casos de cúspides talón que afectaban a las caras vestibulares de los dientes^{6,7}.

Habitualmente la cúspide talón suele asociarse a otras anomalías dentales como el cíngulo bífido, el dens invaginatus, las cúspides de Carabelli exageradas, y en particular a los incisivos superiores en pala⁸. Las cúspides talón suelen verse con mayor frecuencia en dentición permanente. Una revisión de la literatura mostró que las cúspides talón se presentaban en un 77% de los casos en dentición permanente y en un 23% de los casos en dentición primaria, con una ligera predilección por el maxilar superior por delante de la mandíbula⁸. Los dientes más afec-

^aConferenciante sénior. Departamento de Medicina Oral y Radiología. Sibar Institute de Ciencias Dentales. Guntur, Andhra Pradesh, India.

^bProfesor y jefe de Departamento de Medicina Oral y Radiología. Colegio Dental Ragas y Hospital Chennai Tamil. Nadu, India.

Correspondencia: T. Harsha Vardhan.

H.No: 1-2 133, 3rd Lane, J.K.C. Nagar, Guntur-6. Andhra Pradesh, India.

Correo electrónico: thvreddy@yahoo.co.uk

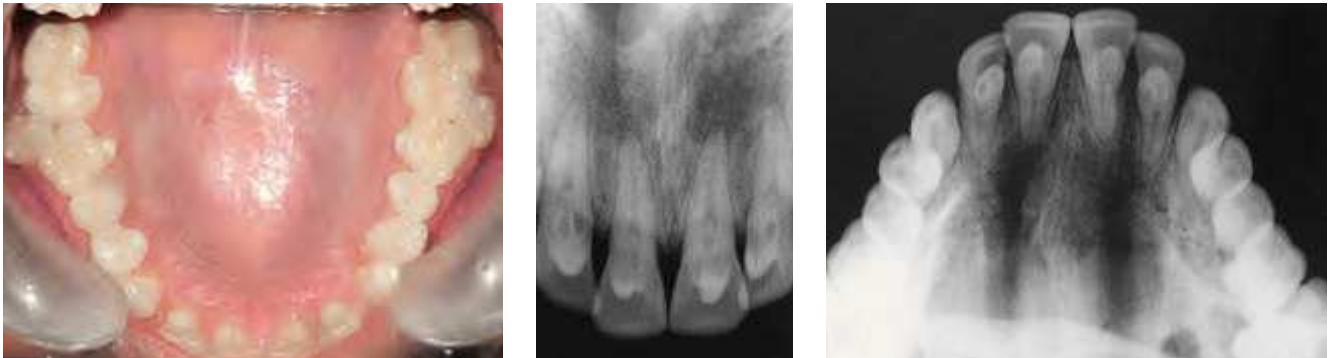


Figura 1. Imagen intraoral de la arcada superior en la que se observan los dientes anteriores afectados.

Figura 2. Radiografía periapical que muestra la presentación coincidente de dens evaginatus y dens invaginatus en los incisivos superiores.

Figura 3. Radiografía oclusal de la línea media superior que muestra a los dientes anteriores afectados. Se observan los paramolares superiores.

tados eran los incisivos laterales superiores³ (67%). La susceptibilidad de los incisivos laterales a sufrir anomalías dentales podría explicarse en parte, por la compresión que ejercen el incisivo central adyacente y el canino, que se desarrollan 7 meses antes, sobre su germen dentario. El aumento localizado de una presión externa sobre el germen dentario durante la fase de morfodiferenciación podría dar lugar a un repliegue de la lamina dental hacia el exterior (en el caso de la cúspide talón) o a una excavación o replegamiento hacia el interior en el caso del dens invaginatus⁹. Sin embargo su origen sigue siendo controvertido. Se ha sugerido una etiología multifactorial en la que tanto factores genéticos como ambientales³ provocarían una hiperactividad anómala de la lámina dental dando lugar a esta anomalía¹⁰. Otra teoría sugiere que la cúspide talón podría deberse el replegamiento hacia el exterior de las células epiteliales internas del esmalte y a una hiperplasia focal transitoria de la papila dental mesenquimal³.

El dens invaginatus es una invaginación profunda de la superficie de la corona o de la raíz recubierta por esmalte. Oehlers describió en profundidad esta condición en tres artículos clásicos publicados de 1957 a 1958⁶. Observó una mayor frecuencia de presentación del dens invaginatus coronal con una prevalencia reseñada de 0,04 a 10% en todos los pacientes. En orden decreciente de frecuencia, los dientes afectados con mayor frecuencia fueron los incisivos laterales, los incisivos centrales, los premolares, los caninos y los molares permanentes. Se vio un predominio de presentación en el maxilar superior. La profundidad de la invaginación varió desde un leve aumento de tamaño de la fosa del cíngulo hasta un profundo repliegue hacia dentro que se extendía hasta el ápice.

En la literatura pueden encontrarse muchos casos de dens evaginatus y dens invaginatus, pero es raro encontrar las dos anomalías en un mismo paciente. Solo se han reseñado dos casos de coincidencia de dens invaginatus y dens evaginatus. Este artículo describe un caso de dens evaginatus y dens invaginatus que afectaba a los cuatro incisivos superiores en un paciente de 25 años de edad.

Presentación del caso

Un varón de 25 años de edad acudió al Departamento de Medicina Oral y Diagnóstico y Radiología por sufrir impactación de alimento en la región posterior del maxilar superior derecho. La historia clínica y familiar del paciente no presentaba datos de interés.

El examen intraoral reveló la presencia de paramolares en relación con la cara vestibular de los primeros y segundos molares superiores en ambos lados. Los incisivos superiores mostraban proyecciones tipo cúspide prominentes en la línea media de la cara palatina de cada diente que se extendían desde la unión amelocementaria (UAC) hasta la mitad de la distancia desde la misma hasta el borde incisal (fig. 1). Estas cúspides prominentes presentaban una localización algo distal en los incisivos centrales y algo mesial en los incisivos laterales. Además al sondaje de estos dientes se apreciaba una profunda fosa por debajo del cíngulo. Estas cúspides accesorias no ocasionaban problemas funcionales ni estéticos.

Las radiografías intraorales mostraban una estructura radiopaca en forma de V superpuesta a los incisivos superiores con el punto de la V hacia el borde incisal, y en el tercio cervical de las raíces una invaginación que

se extendía por debajo de la UAC y que terminaba en un saco ciego sin comunicación con la pulpa adyacente (figs. 2 y 3). Los rasgos clínicos y radiográficos sugirieron el diagnóstico clínico de dens evaginatus y dens invaginatus en todos los incisivos superiores.

Discusión

Distintos autores han descrito la cúspide talón como una cúspide accesoria que sobresale del incisivo y que puede conectarse con él dándole forma de T o de Y cuando su localización es más cervical³. El término talón se designó debido a la similitud de la cúspide con la garra de un águila. La cúspide talón anómala está compuesta por esmalte y dentina normales con extensiones variables de tejido pulpar. Hattab y col. clasificaron esta anomalía en tres tipos; talón (tipo I), semitalón (tipo II), y tracetalón (tipo III) en base al grado de formación de la cúspide y a su extensión¹². Las cúspides del caso que presentamos deben considerarse más como dens evaginatus que como cúspide talón tipo I ya que eran piramidales y estaban situadas en la superficie lingual algo mesial y distalmente, presentando una extensión que iba desde la UAC hasta más de la mitad de la distancia hasta el borde incisal.

Oehlers⁶ clasificó al dens invaginatus en tres tipos con respecto a la morfología y profundidad de la invaginación. En el caso presente, como el dens invaginatus se extendía por debajo de la UAC y terminaba en un saco ciego en el tercio cervical de las raíces sin ninguna comunicación con la pulpa adyacente, de acuerdo con la clasificación de Oehlers, se trataba de un dens invaginatus tipo II.

Aunque en la literatura se han descrito casos aislados de dens evaginatus y dens invaginatus, la presentación coincidente de ambas condiciones en el mismo diente es extremadamente rara. De hecho solo se han reseñado dos casos de este tipo. De Sousa y colaboradores¹³ reseñaron un caso con una cúspide talón bilateral asociada con dens invaginatus en incisivos laterales superiores permanentes. Mupparapu et al.⁷ reseñaron un caso de dens evaginatus y dens invaginatus en un incisivo lateral superior. En este artículo, se presenta un caso de dens evaginatus y dens invaginatus que afectaba a los cuatro incisivos superiores con paramolares bilaterales.

El diagnóstico y tratamiento temprano del dens evaginatus es importante para prevenir las interferencias oclusales, el compromiso de la estética, las caries de los surcos del desarrollo, los problemas periodontales debidos a unas fuerzas oclusales excesivas o la irritación de la lengua durante el habla y la masticación. El tratamiento consiste en el ajuste oclusal de las proyecciones palatinas para eliminar los contactos prematuros. El dens invaginatus que se presenta como fosa profunda por debajo del cíngulo puede restaurarse empleando selladores de fosas y fisuras. El diagnóstico temprano de los dens invaginatus que comunican con la cavidad oral y que radiográficamente comunican con el área periapical radiográficamente consiste en el tratamiento endodóntico para evitar problemas futuros como la formación de abscesos periodontales.

Bibliografía

1. Mitchell WH. Case report. *Dent Cosmos* 1892;34:1036.
2. Danker E, Harari D, Rotstein I. Dens evaginatus of anterior teeth: Literature review and radiographic survey of 15,000 teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996 81:472-476.
3. Bolan M, Gerent Petry Nunes AC, de Carvalho Rocha MJ, De Luca Canto G. Talon cusp: Report of a case. *Quintessence Int* 2006;38: 21-25.
4. Shay JC. Dens evaginatus—Case report of successful treatment. *J Endod* 1984;7:324-326.
5. Chawla HS, Tewary A, Gopalakrishnan NS. Talon cusp: A prevalence study. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 1983;1:28-34.
6. Oehlers FAC. Dens invaginatus I. Variations of invagination process and associated anterior crown forms. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1957;10:1204-1218
7. Mupparapu M, Singer SR, Goodchild JH. Dens evaginatus and dens invaginatus in maxillary lateral incisor. Report of a rare occurrence with review of literature. *Aust Dent J* 2004; 49:201-203.
8. Oehlers FAC. The radicular variety of dens invaginatus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1958;11:1251-1260
9. Hattab FN, Yassin OM, al Nimri KS. Talon cusp— Clinical significance and management: Case reports. *Quintessence Int* 1995;26: 115-120.
10. Jimenez-Rubio A, Segura JJ. Bilateral dens invaginatus of maxillary lateral incisors associated with supernumerary dens invaginatus. *Endod Dent Traumatol* 1997; 13:196-198.
11. Rantanen AV. Talon cusp. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1971; 32:398-400.
12. Hattab FN, Yassin OM, Sasa IS. Oral manifestations of Ellis van Creveld syndrome: Report of two siblings with unusual dental anomalies. *J Clin Pediatr Dent* 1998;22:159-165.
13. DeSousa SM, Tavano SM, Bramante CM. unusual case of bilateral talon cusp associated with dens invaginatus. *Int Endod J* 1999;32: 494-98.