

TRATAMIENTO DE CONDUCTO DE UN INCISIVO LATERAL SUPERIOR CON DIENTE INVAGINADO. Caso reportado

05



Dra. Katherine Pinos V.
 Doctora en Odontología, Universidad de Cuenca.
 Especialista en Endodoncia, Universidad Central del Ecuador.

RESUMEN

El diente invaginado es una mal formación dental cuya etiología aun no se encuentra bien esclarecida como la literatura indica, es más frecuente en incisivos laterales superiores y personas de género masculino. El presente artículo relata la historia clínica de un paciente de 10 años que acude a la consulta por la persistencia de un fistula a nivel de la pieza 2.2. El diente no presenta caries, sí un cingulo muy prominente, radiográficamente se determina que es un diente invaginado tipo III según la clasificación de Oehlers. Se decide realizar un tratamiento de conducto convencional y se obtura con una técnica de gutapercha caliente. El propósito del artículo es mostrar el manejo de este tipo de anatomía dental con las actuales tecnologías que tenemos a nuestro alcance.

Esta malformación suele ser bilateral en un 43% de los casos. El tratamiento de conducto de estos casos se vuelve mas complicado por las variación anatómica que presenta y en muchos casos el tratamiento es quirúrgico (1).

El dens in dente se produce por una severa invaginación del esmalte y la dentina dando el aspecto de un diente dentro de otro. Hallet introduce en término diente invaginado (dens invaginatus) para aclarar el punto, después de la invaginación, el esmalte se localiza centralmente y la dentina periféricamente por lo que este término seria más correcto.(2) (3)

El dens invaginatus es una mal formación dental resultantes de la invaginación de la papila dental durante el desa-

rrollo dental. El diente afectado presenta una profunda invaginación de esmalte y dentina hasta la corona o puede extenderse dentro de los canales radiculares. Los dientes más afectados son los incisivos laterales maxilares, luego los centrales, caninos y molares, más frecuente en maxilar que en mandíbula. Puede afectar la dentición primaria como permanente y su prevalencia reportada es del 1.7 al 10%. Mas frecuente en varones en un relación 3 a 1.

La etiología de esta malformación es idiopática. Entre las teorías más aceptadas sobre su origen se incluyen:

- a) falla focal en el crecimiento del epitelio interno del esmalte, mientras que el esmalte periférico continua proliferando hacia dentro del diente;
- b) proliferación rápida y agresiva del epitelio interno del esmalte que invade la papila dental y que ha sido denominada neoplasia benigna de crecimiento limitado;
- c) fusión de dos gérmenes dentarios;
- d) asociación a un evento traumático;
- e) distorsión lineal del esmalte que termina en el cíngulo y, por lo tanto, existe una deformación irregular de la corona;
- f) relación con factores genéticos, y
- g) un proceso infeccioso (5).

Esta anomalía no es muy frecuente de encontrar según estudio realizados por Vertucci (1984) el 100% de los incisivos laterales de su estudio presentaron un solo canal mientras que en estudios realizados por DeDeus (1992) se reportó un 3% de incisivos laterales con dos canales, y múltiples canales fueron reportados en casos clínicos.

El dens in dente o dens invaginatus es la malformación anatómica más frecuente en los incisivos laterales superiores como mencionamos anteriormente suele ser bilateral, tanto el esmalte como la dentina presentan predisposición a desarrollar caries la que se extiende rápidamente hacia la pulpa, en la mayoría de los casos estos se descubren al tomar radiografías ya que su diagnóstico suele ser por

imagenología, esta anomalía exhibe una invaginación radio opaca que es igual en densidad al esmalte y se extiende desde el cíngulo en el conducto radicular. (7) Usualmente la corona dental presenta ligera anomalía, como un cíngulo muy prominente.

Dos tipos de invaginación se han reconocidas: Coronales y Radiculares, esta anomalía fue clasificada por primera vez por Hallet en 1953, pero la mas amplia clasificación fue sugerida por Oehlers (figura 1) quien describe las clasificaciones en tres artículos clásicos que fueron publicados en 1957 a 1958. La ultima clasificación fue propuesta por Schulze y Brand (1972), que es más detallada e ilustra con 12 diferentes categorías.(5) La clasificación propuesta por Oehlers describe tres básicas anomalías:

El tipo I es un esmalte invaginación lineal, no se extiende más allá de la unión amelocementaria o de los confines de la corona del diente afectado.

El tipo II es el esmalte rayado, pero a diferencia del tipo I, este invade la raíz del diente como un saco ciego en el conducto radicular. Que no se comunica con el ligamento periodontal, pero puede comunicarse con el espacio pulpar.

Tipo III son invaginaciones que se extienden a través de la raíz y se comunican con el ligamento periodontal lateral (tipo IIIa) o con el foramen apical (tipo IIIb).

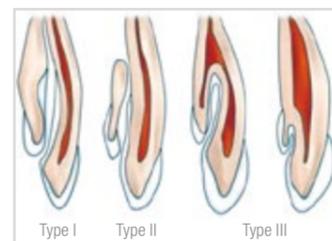


Grafico 1. Clasificación de Oehlers

Paciente de 12 años acude a la consulta con la presencia de una fistula persistente en la pieza 2.2, clínicamente presenta una coloración más oscura, el diente presenta ausencia de caries, en la anamnesis se descubre que la pieza presenta antecedente de trauma.

En la radiografía inicial (gráfico 2) observamos la presencia de una invaginación tipo 3a según la clasificación de Oehlers. Realizo el acceso coronal con ayuda del ultrasonido y la punta Xsmart n. 1 Dentsply, al realizar este se observa la presencia de dos orificios de entrada al canal radicular. Se procedió a la instrumentación. Se irrigó con una solución de hipoclorito de sodio al 5.25%, la que se activó con el ultrasonido se medicó el canal con hidróxido de calcio Calen de la SS White y se dejó por 15 días, posterior a esto se llamó a control y se revisó se volvió a medicar. Se obturó con una técnica de gutapercha caliente Down pack fill back.

Se realizó un control a los 6 meses donde se observó persistencia de la radiolucidez apical, y se volvió a presentar la fistula por lo que se decide retratar. Se coloca medicación con hidróxido de calcio y se deja por un lapso de dos meses y se obtura. En el control a los dos meses se observa disminución de la sombra apical, por lo que se decide obturar. El paciente actualmente se encuentra bajo controles.

DISCUSIÓN

El manejo de estos casos en la clínica siempre resulta un desafío por que en la mayoría de las ocasiones el tratamiento convencional requiere un abordaje quirúrgico adicional para mejorar los índices de éxito. Sin embargo el tratamiento convencional manejado con una medicación adecuada puede obtener buen porcentaje de éxito, vale la pena destacar que al ser un diente con una anomalía anatómica ya que presenta las paredes dentarias muy delgadas puede ser un diente propenso a fracturarse por los que las tasas de éxito no son muy altas y considerando la edad del paciente puede estar propenso a otro trauma.

Es importante también indicar que en este caso el manejo fue complicado ya que al ser un niño el paciente la colaboración del mismo para el tratamiento no fue muy favorable.

CONCLUSIÓN

Actualmente con la tecnología a nuestro alcance el manejo de estos casos suele facilitarse, el uso del sistemas ultrasónicos, el uso del microscopía así como lupas magnificadoras nos permiten tener una mejor visión de lo que estamos enfrentando así como técnicas de gutapercha caliente facilitan su sellado. Es importate mantener en control este casos para ver como regenera.

CASO CLÍNICO

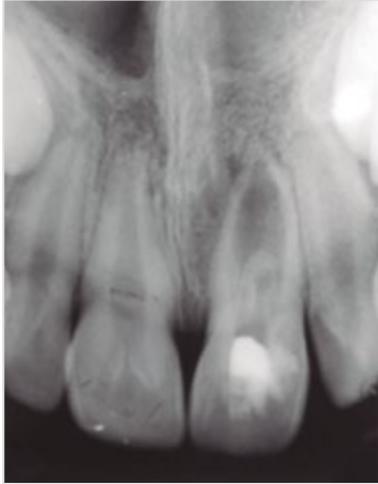


Gráfico # 2. Radiografía inicial donde se ve la presencia de un dens in dente o diente invaginado



Gráfico # 3 conductometría



Gráfico # 4. Primera obturación

BIBLIOGRAFÍA

1. M. HÜLSMANN, Dens invaginatus: aetiology, classification, prevalence, diagnosis, and treatment "International Endodontic Journal, Volume 30, Issue 2, pages 79–90, March 1997.
2. MUPPARAPU M, SINGER SR ,A review of dens invaginatus (dens in dente) in permanent and primary teeth: A case report in a microdontic maxillary lateral incisor. Quintessence Int Feb 2006; 37(2):125-29.
3. KRISTOFFERSEN , NAG OH, FRISTAD I. Dens invaginatus and treatment options based on classification system: Report of a type II invagination. Int Endod J Aug 2008;41(8):702-09.
4. SAINI TS, KHARAT DU, MOKEEM S. Prevalence of shovel-shaped incisors in Saudi Arabian dental patients. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1990 Oct
5. LASKARIS G. Patologías en la cavidad bucal en niños y adolescentes. Bogotá: Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica; 2001.
6. ANTONIOS M. CHANIOTIS,, Combined Endodontic and Surgical Management of a Mandibular Lateral Incisor with a Rare Type of Dens Invaginatus JOE — Volume 34, Number 10, October 2008
7. A. Keles, F:C: Akici Endodontic treatment of a maxillary lateral incisor with vital pulp, periradicular lesion and type III dens invaginatus: a case report International Endodontic Journal, 43, 608–614, 2010
8. Sousa SMG, Bramante ,Dens invaginatus: treatment choise, Endodonth & Dental Traumatology , 1998.