

Caso Clínico

Odontoma dilatado



Dra. Cristina Sotelo V.¹, Dra. Loreto Bruce C.², Dr. Ricardo Urzúa N.³

(1) Odontología, facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Servicio Dentomaxilofacial, Hospital Clínico Universidad de Chile.

(2) Odontología, facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

(3) Escuela Odontología, Facultad de Medicina. CAS-UDD. Centro radiológico IMAX.

Introducción

El diente invaginado corresponde a una anomalía del desarrollo, condición que fue descrita extensamente por Oehlers en artículos publicados entre 1957 y 1958. Se reconoce una forma coronaria y otra radicular⁽¹⁾. Es resultado de una invaginación del órgano del esmalte hacia la papila dental, empezando desde la corona y extendiéndose, en algunos casos, hasta la raíz en etapas previas a la calcificación^(2,3,4,5).

Esta malformación se presenta más frecuentemente en piezas permanentes: incisivos laterales, incisivo central, premolares, caninos y molares en orden decreciente, predominando en los dientes maxilares. La prevalencia varía dependiendo del estudio entre 0,04%-10%^(1,2).

Se describen diversas teorías acerca de la etiología de esta anomalía, sin existir un consenso sobre ellas. Podría deberse a causas embriológicas como la estimulación y subsecuente proliferación de células del órgano del esmalte hacia la papila dental durante el desarrollo; también a causas exógenas como fuerzas extremas que afecten al germen dental durante su desarrollo o bien a infecciones o traumas. Otros factores etiológicos considerados corresponderían a genéticos o bien a la fusión de dos gérmenes dentales^(1,2,3).

Existen diversas clasificaciones para los dientes invaginados, siendo la más utilizada la de Oheler (1957).

- Tipo I.- invaginación de esmalte dentro de límites coronarios, sin sobrepasar el límite amelocementario.
- Tipo II.- invaginación de esmalte que invade la raíz, quedando circunscrita a un saco ciego. Puede o no existir comunicación pulpar.
- Tipo IIIA.- invaginación que invade la raíz y se comunica lateralmente con ligamento periodontal. Generalmente no hay compromiso pulpar.
- Tipo IIIB.- invaginación que penetra a través de la raíz y perfora la zona apical^(2,3).

Contacto:

Dra. Cristina Sotelo V.

Correo electrónico: csotelo@yahoo.com

Caso Clínico

Joven de género masculino, edad 13 años, que en enero del 2012 consulta por una segunda opinión y posibilidad de tratamiento, frente a un diagnóstico de tumor.

Clínicamente, el paciente presenta aumento de volumen de consistencia dura en región correspondiente al incisivo lateral permanente y ausencia de dientes 1.3 y 1.2. Mucosa indemne de color blanquecino.



Figura 1. Imagen clínica

La radiografía retroalveolar periapical muestra un incisivo lateral superior derecho, con lo que aparenta ser una invaginación profunda y una bisección de la raíz. Entre estas porciones radiculares se observa área de densidad mixta. La pieza 1.3 se encuentra desplazada a distal. Dadas las características y dimensiones de la lesión se complementa estudio con radiografías panorámicas y tomografía computada de alta de resolución.



Figura 2. Radiografía retroalveolar periapical.

En la radiografía panorámica se observa que el paciente presenta una dentición permanente joven. La pieza 1.3 se encuentra en evolución, desplazada a distal con cierre apical incompleto. El diente 1.2 semi incluido con una

malformación coronaria y una invaginación palatina profunda. No se distingue una anatomía radicular definida. Área de densidad mixta en la zona radicular de límites definidos y forma ovalada.



Figura 3. Radiografía panorámica

Se efectúa tomografía computada de alta resolución para zona piezas 1.4 a 1.1 utilizando ventana de 60 x 60 y cortes de 1 mm de espesor cada uno.

En los cortes coronales se observa que el diente 1.2 presenta una anatomía atípica tanto coronaria como radicular. Una masa heterogénea en la zona radicular con una porción central hipodensa rodeada por un área hiperdensa.

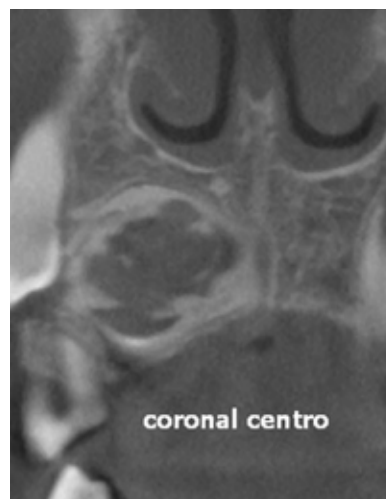


Figura 4. Corte coronal

En los cortes para axiales o transversales, se puede identificar en zona de pieza de 1.2 una estructura de densidad dentaria con un área hipodensa compatible con tejido pulpar; lo que nos hace pensar en una raíz hacia vestibular. En la porción radicular se observa extensa área de densidad mixta: gran área hipodensa en su porción inferior y una hiperdensa en la superior y hacia palatino. Esta masa provoca divergencia de las porciones radiculares de pieza 1.2, adelgazamiento

de tabla vestibular, expansión y adelgazamiento de la tabla palatina



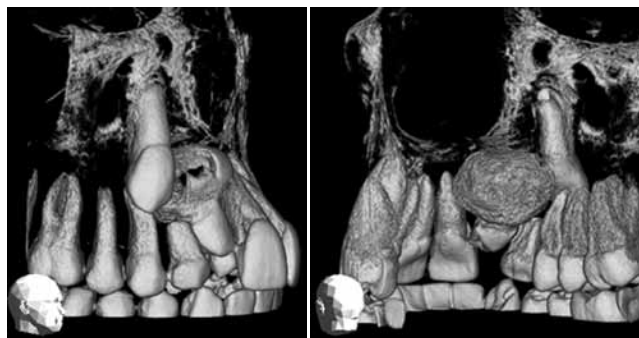
Figuras 5, 6, 7 y 8. Cortes para axiales o transversales

En los cortes axiales se aprecia adelgazamiento de la tabla vestibular en relación a pieza 1.2 y leve abombamiento

y adelgazamiento de la tabla palatina. La invaginación comienza en tercio cervical del diente 1.2. Se observa formación de raíz desde cervical radicular con tejido dentario en periferia y tejido hipodenso, compatible con tejido pulpar hacia vestibular.



Figuras 9 y 10. Cortes axiales



Figuras 11 y 12. Imágenes en 3D

Hipótesis Diagnóstica

Odontoma dilatado, malformación corono-radicular, tipo severo de diente invaginado.

Bibliografía

1. Neville B, Damm D, Allen C, Bouquot J *Oral and Maxillofacial Pathology*, tercera edición.
2. *Dens invaginatus: aetiology, classification, prevalence, diagnosis and treatment considerations. Pakistan Oral & Dental Journal Vol 31, No. 1 (June 2011)*
3. Alani A. y Bishop K.: *Dens invaginatus. Part 1: classification, prevalence and aetiology. International Endodontic Journal, 41, 1123-1136, 2008*
4. Sedano H.; Ocampo-Acosta F.; et al.: *Multiple dens invaginatus, mulberry molar and conical teeth. Case report and genetic considerations. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2009 Feb 1;14 (2):E69-72.*
5. *Avances en odontoestomatología. Vol. 9 -N0 10 - 1993*