



Dens Invaginatus.

Caso Clínico.

Od. Mariela Carina Giancinti *

Recibido: Jun. 2009 – Aceptado: Sep. 2009

* Cursante Carrera de Post Grado de Especialización en Endodoncia de la Universidad Nacional de Rosario.

Introducción

El dens invaginatus, dens in dens, odontoma compuesto dilatado u odontoma gestante, es un disturbio que se genera durante etapas tempranas del desarrollo dentario. Se produce como consecuencia de una invaginación del epitelio interno del órgano del esmalte, dentro de la papila dental. La mayor parte de los defectos se encuentran en los incisivos laterales superiores y se manifiestan desde una leve foseta ligual a nivel del cíngulo palatino, hasta un tracto anómalo ostensible a simple vista o en una radiografía.

Oehlers propuso una clasificación en base a su gravedad y compromiso (1957)

- **Tipo 1:** Circunscripto a la corona.

- **Tipo 2:** Saco ciego que se extiende más allá de la unión cemento esmalte pero no llega al espacio periodontal.
- **Tipo 3:** Llega al periodonto lateral
- **Tipo 4:** Alcanza al periodonto apical con un forámen independiente.

Bhaskar describe un dens coronario y radicular (1977). El tipo coronal afecta todas las capas del órgano del esmalte hacia la papila dental. La pulpa puede quedar expuesta y susceptible a la penetración bacteriana, con inflamación o muerte pulpar y complicación periapical concomitante. El dens radicular, se forma un pliegue de la vaina epitelial de Hertwig hacia el diente en desarrollo.

Su etiología es desconocida. Se han propuesto diversas teorías:

- Presión anormal en el arco dental, que produce un encorvamiento alrededor del órgano del esmalte; proliferación rápida y agresiva de parte del epitelio interno del órgano del esmalte en la papila dental.
- Alteración en el crecimiento del epitelio interno del esmalte, mientras que el resto del epitelio normal continúa proliferando envolviendo el área estática;
- Distorsión del órgano del esmalte y posterior protrusión de parte de esta estructura.

Como consecuencia de procesos infecciosos que afectan la pieza en formación.

Posteriormente Shafer et al 1983 atribuye la etiología del fenómeno bien a factores que retardan el crecimiento o bien a factores que estimulan el mismo o a presiones externa.

La incidencia varía entre un 0,25% a 6,9%, pudiendo afectar tanto a dientes temporarios como permanentes, incluso se han reportado casos en dientes supernumerarios. (Amos 1955)

Las piezas dentarias más comúnmente afectadas son los incisivos laterales superiores, seguidos por los centrales, caninos, premolares superiores y con mucho menor frecuencia, los incisivos y premolares inferiores. Generalmente es unilateral, pudiendo afectar a la pieza contralateral. (Bimstein & Shteyer 1976).

Es más frecuente en hombres que en mujeres, en una relación de 3:1, no habiendo relación con grupos etarios. Esta anomalía clínicamente se localiza a nivel del cíngulo, como una simple acentuación del agujero ciego. Su detección se realiza, radiográficamente, al observarse la corona o la cámara pulpar ocupada por una invaginación del esmalte y/o la dentina, que se pone de manifiesto como una línea radioopaca, que forma un fondo de saco alargado que puede o no, continuarse con el exterior. (Girsch & McClammy 2002). Girsch & McClammy propusieron varias alternativas de tratamientos no quirúrgicas (2002). El diagnóstico temprano de la anomalía evita el compromiso pulpar.

El propósito de este trabajo es compartir el tratamiento no quirúrgico de un dens invaginatus con muerte pulpar y periodontitis apical.

Caso Clínico

Una niña de 7 años se presenta a la consulta con signos y síntomas de un absceso dento alveolar agudo. Los datos de su historia clínica no develan datos relevantes.

Al examen extraoral se observa deformación facial moderada en la zona ántero superior derechas, con leve borramiento del surco nasogeniano.

La inspección intraoral señala la presencia de una fístula gingival a la altura del fondo de surco del incisivo lateral superior derecho. Se observa además en la cara palatina de la mencionada PD una profunda hendidura que separaba el cingulun del resto de la cara palatina. El resto de la boca en perfecta condiciones y sin detectar enfermedades por procesos de caries.



En el examen radiográfico pudo observarse una pieza dentaria con incipiente desarrollo radicular acorde a la edad de la paciente y con zonas radiolúcidas en la región periapical

Se llega al diagnóstico de den invaginatus con comunicación a la cavidad pulpar, acompañado de un proceso de muerte pulpar bacteriana y compromiso paraipical concomitante

Con el consentimiento firmado por el adulto responsable de la menor, se propone un plan de tratamiento con protocolos de áipiformación con pronóstico sumamente dudoso.

Se da analgesia infiltrativa en la zona. Se realiza la aislación absoluta de campo operatorio y el embrocado del mismo con una solución antiséptica.

El diseño de la cavidad reapertura se realiza según lo establecido para el caso anatómico. Lograda la misma se presenta una abundante supuración purulenta que fue controlada con irrigaciones de Hipoclorito de sodio al 5% y una potente aspiración.

Al intentar registrar la longitud de trabajo se palpa cierta dificultad en el interior de incipiente conducto. Una nueva lectura radiográfica hizo suponer la presencia de tejidos calcificados. Buscando una línea de penetración se pudo lograr desbridar los restos orgánico contenidos en el conducto, siempre alternando con irrigaciones profusa.

Se intentó realizar una obturación medicamentos combinando las acciones farmacológicas del Yodoformo y el Hidróxido de Calcio. Se presentó dificultades para compactar los medicamentos en el espacio pulpar. Debido al cansancio de la paciente se decide citarla a los 7 días. Sellado de la cavidad de apertura y retiro de la aislación.



La paciente retorna a la semana visiblemente mejorada en su aspecto, sin dolor y con desaparición de la fístula. En esa segunda sección se logra mejorar la compactación de la pasta medicamentosa, como consecuencia de haber neutralizado en parte los estímulos agresivos que originaron la muerte pulpar. Se decide además realizar un meticuloso sellado por palatino no sólo de la cavidad de apertura, sino de la hendidura comunicantes con materiales más estables de foto curado.

Se cita a la paciente cada mes y se realizan controles clínicos y radiográficos. En cada uno de ellos la paciente se presentó sin sintomatología clínica y radiográficamente se fue observando el desarrollo radicular.

Al cabo de dos años de seguimiento a distancia, el último control clínico y radiográfico fueron sumamente alentadores, ya que se mantenía la constante de silencio clínico y en la radiografía se observó un importante desarrollo radicular. Que si bien es cierto el mismo no está completado, nada hace suponer que el proceso de detendrá.

Discusión

La presencia de un dens invaginatus se diagnostica frecuentemente como un hallazgo radiográfico.

El tratamiento del mismo representa una dificultad endodóntica.

El presente caso clínico es un ejemplo de ello. Dada la corta edad de la paciente con un mínimo de desarrollo radicular, no fue posible determinar con certeza su clasificación propuesta por Oehler.

Se puede coincidir con Szajkis & Kaufman (1993) and Schwartz & Schindler (1996) en que con el solo tratamiento de la invaginación no sólo se logró la cura de la lesión periapical, sino que el proceso de desarrollo radicular volvió a funcionar.

Bibliografía:

- (1) Amos EE. Incidence of the small dens in dente. J Am Dent Assoc. 1955; 51:31.
- (2) Bhaskar SN. Synopsis of oral pathology. St Louis: CV Mosby.
- (3) Bimstein E, Shteyer A (1976) Dilated type of dens invaginatus in the permanent dentition: report of a case and review of the literature. Journal of Dentistry for Children 43, 410-3.
- (4) Girsch WJ, McClammy TV (2002) Microscopic removal of dens invaginatus. Journal of Endodontics 28, 336-9.
- (5) Oehlers FA: Dents invaginatus. Variations of the invagination process and associated crown forms. Oral Surg 1957; 10:1204.
- (6) Schwartz SA, Schindler WG (1996) Management of a maxillary canine with dens invaginatus and a vital pulp. Journal of Endodontics 22, 493-6.
- (7) Shafer WG, Hine MK, Levy BM (1983) Developmental disturbances of oral and paraoral structures. In: A Textbook of Oral Pathology, 4th edn. Philadelphia, USA: W.B. Saunders Co., pp. 2-58.
- (8) Szajkis S, Kaufman AY (1993) Root invagination treatment: a conservative approach in endodontics. Journal of Endodontics 19, 576-8.