

E. Brau Aguadé

Terapéutica endodóncica en un caso de diente invaginado

Catedrático
Patología y Terapéutica Dental
Facultad de Odontología
Universidad de Barcelona

Correspondencia:

Dr. E. Brau Aguadé
C/ Consejo de Ciento, 226 4^ª
08011 Barcelona

INTRODUCCIÓN

La invaginación de tejidos duros dentarios dentro del propio diente, proceso patológico denominado *dens in dente* o *diente invaginado*, es relativamente poco frecuente, pero puede causar problemas terapéuticos cuando se presenta patología pulpoperiapical por comunicarse la pulpa con la cavidad oral, tanto por la anormal morfología interna dentaria, como por la anomalía de forma que generalmente presenta la corona.

INFORME DEL CASO

Paciente varón de 16 años de edad y profesión estudiante, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que se presenta a la consulta con malformación dentaria, anomalía de forma, diente conoide en 1.2 y absceso fluctuante con fístula espontánea en región periapical (Fig. 1). La exploración nos revela una palpación periapical ligeramente dolorosa, percusión normal y pruebas pulpares, tanto térmicas como eléctricas, negativas. La radiología periapical nos presenta una imagen de radiopacidad anómala que ocupa

la porción cameral y se extiende al tercio coronario radicular; así como una radiolucidez patológica ubicada en la zona periapical del mismo diente. En la zona radicular parece observarse un doble conducto a lo largo de toda la raíz, con inicio en la zona donde termina la radiopacidad y finalización en el ápice, con importante diferencia de tamaño entre ambos (Fig. 2).

Todo lo cual nos conduce al diagnóstico de diente invaginado con periodontitis apical crónica supurada.

Después de valorar las diferentes posibilidades terapéuticas, como se describirá posteriormente en la discusión, se optó por realizar el tratamiento de conductos convencional, siempre con el interrogante de si los procedimientos técnicos actuales permitirían una correcta obturación del diente a tratar.

Se realizó la apertura cameral, bajo cobertura antibiótica (amoxicilina 750 mgr/8 h.), y se colocó una cura antiséptica con pasta yodofórmica (Kri 1, Pharmachemie, Zurich, Suiza); procedimiento que no realizamos normalmente, pero pensamos que en este caso nos ayudaría, debido a la radiopacidad del material, a poder visualizar mejor la compleja morfología intrarradicular a la que nos enfrentábamos. En la figura 3 puede observarse la dificultad que presentaba la

174



Figura 1. Imagen de 1.2 donde se aprecia la anomalía de forma (conicidad de la corona) y absceso periapical.

penetración del material. Se selló la apertura cameral con pasta polivinílica (Cavit, Espe, Seefeld, Alemania) y al cabo de 1 semana, después de haber desaparecido los síntomas clínicos, se procedió al tratamiento convencional; se levantó la obturación provisional, se intentó la permeabilización de los conductos y, si bien uno fue relativamente fácil, el otro, con el instrumental convencional de endodoncia, fue totalmente imposible, por lo que tuvo que aplicarse al final de la conicidad que provocaba la invaginación, una fresa redonda (LN. Maillefer, Ballaigues, Suiza) a muy baja velocidad 250 r.p.m. a fin de perforar y permitir el acceso a través de la estructuras invaginadas. Una vez permeabilizados ambos conductos, se procedió a la mensuración convencional (Fig. 4) y a la preparación biomecánica mediante limas K (Flexofile, Maillefer) e irrigación abundante de hipoclorito sódico al 2,5% y EDTA. Una vez instrumentados considerablemente los conductos y logrado el stop apical se procedió al secado de los mismos con puntas de papel y a la correspondiente obturación. Para ello se procedió a la radiografía de conometría (Fig. 5) en la que además de comprobarse la ubicación de los conos pudo observarse que, a pesar de la exhaustiva instrumentación, debido a la compleja morfología radicular, todavía quedaban algunas zonas de las paredes del conducto sin instrumentar, por lo que se procedió a una nueva ins-



Figura 2. RX diagnóstica; se observa invaginación de esmalte y dentina que ocupan porción coronaria y un tercio corona radicular, así como lisis ósea periapical.

trumentación (poco agresiva) debido al tamaño de las paredes remanentes, y abundante irrigación.

Después del consiguiente secado se procedió a la obturación de los conductos mediante puntas de gutta-percha estandarizada (Maillefer, Ballaigues, Suiza) y cemento con base de óxido de Zinc-eugenol (Tubli Seal, Kerr, MI, EUA). La técnica empleada en la obturación fue la convencional con condensación lateral. Seguidamente se procedió a la obturación de la cámara pulpar mediante una obturación provisional con polivinilo y se practicó la radiografía post-operatoria inmediata (Fig. 6), donde puede observarse la obtu-

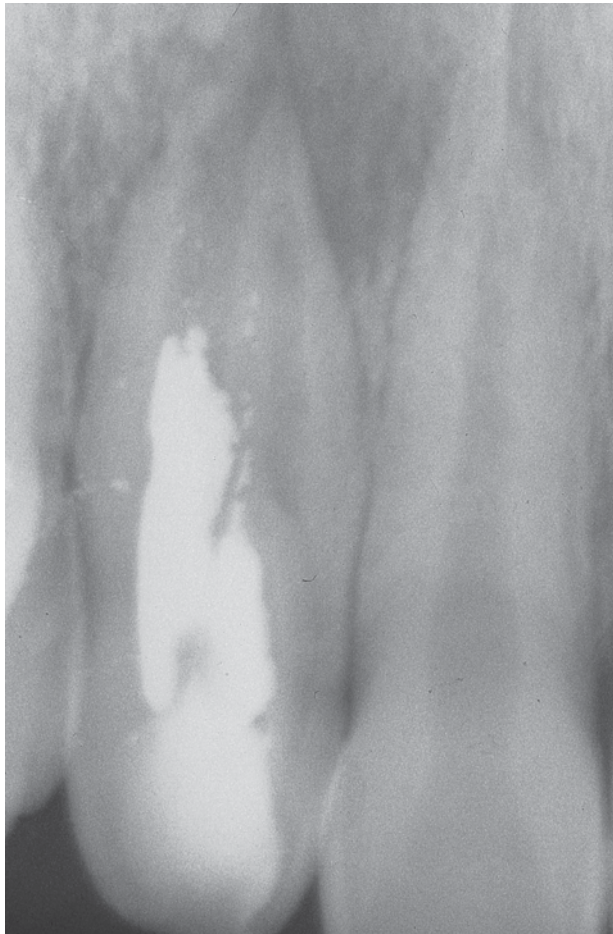


Figura 3. *RX que constata la poca penetración de la pasta antiséptica.*

ración del espacio radicular y la importante lesión ósea periapical existente.

Se practicaron los correspondientes controles y al mes se apreció la total desaparición de la clínica, observándose una total normalidad de la encía del fondo del vestíbulo, lo que pronosticaba una evolución favorable de la lesión. Las figuras 7 y 8 muestran el control radiográfico a los 6 meses y al año, donde se aprecia en la primera, una disminución importante de la radiolucidez periapical, y al año la imagen de recuperación de los tejidos óseos periapicales. En este momento el paciente fue remitido a su estomatólogo

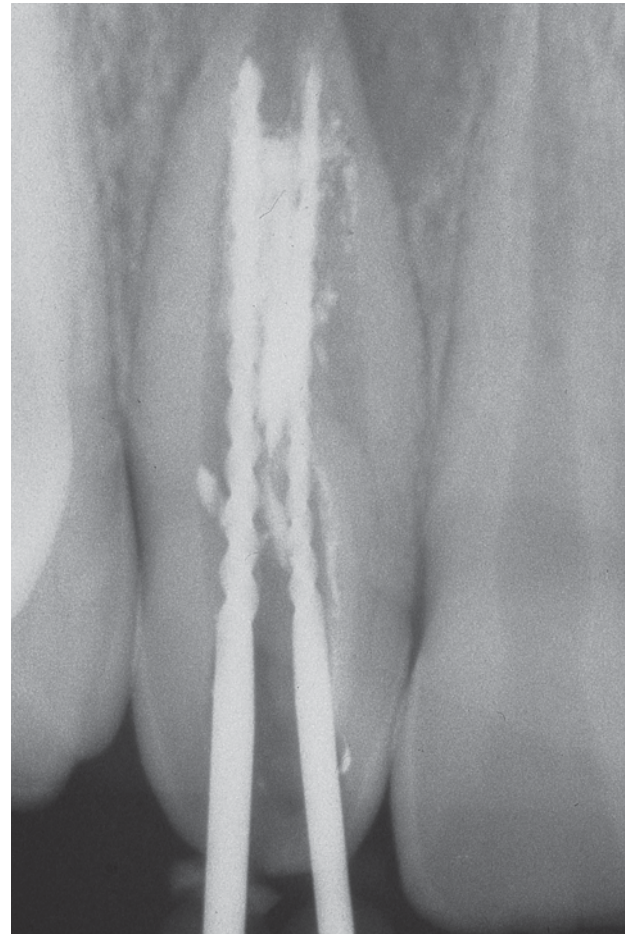


Figura 4. *RX de mensuración.*

para realizar la restauración coronaria correspondiente, a fin de corregir la anomalía de forma que presentaba el diente en cuestión.

DISCUSIÓN

Clínicamente, un diente invaginado presenta, ante la terapéutica, dos problemas conceptuales importantes; la patología pulpar propiamente dicha y la reconstrucción coronaria.

La anomalía de forma provocada por la invagina-

176

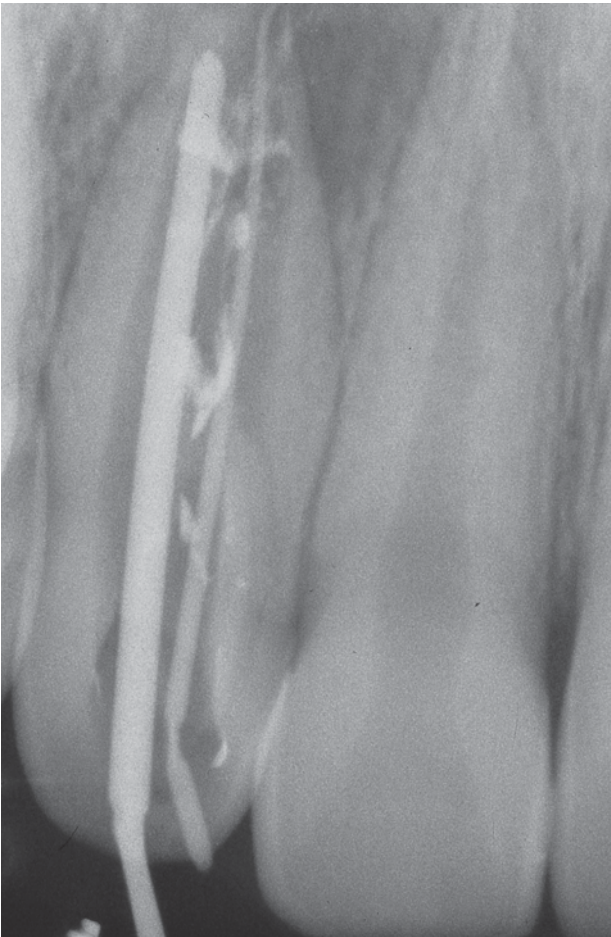


Figura 5. *RX de conometría; pueden observarse restos de pasta antiséptica en las paredes del conducto, que constatan la no total preparación de las paredes del conducto.*

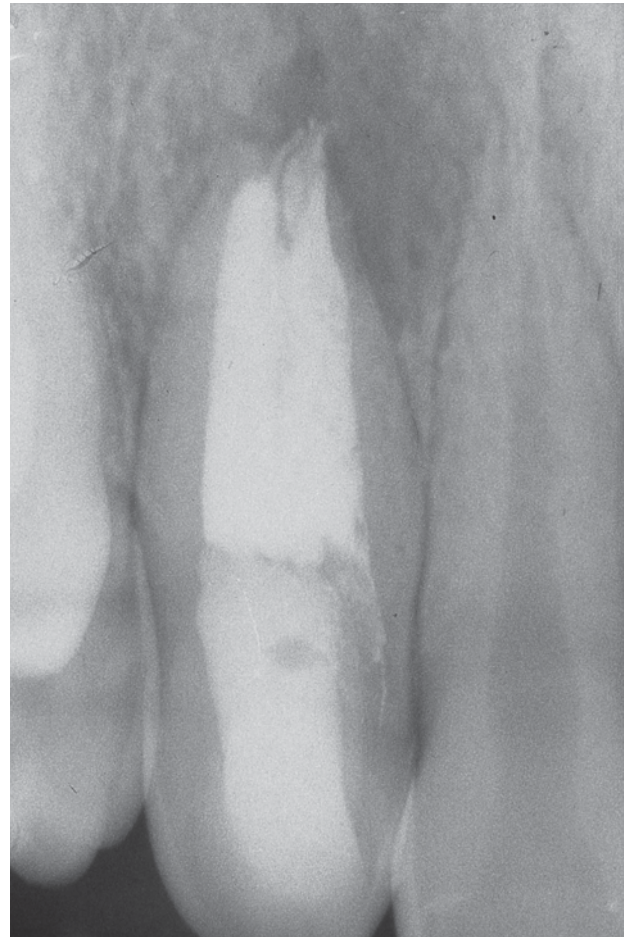


Figura 6. *RX Post-operatorio inmediato.*

ción de la corona dentaria, obliga si es notable, a una reconstrucción coronaria protésica mediante corona a fin de mantener el espacio en la arcada. Sin embargo, como es un proceso que se presenta a temprana edad⁽¹⁾ debe valorarse, antes de establecer una terapéutica conservadora, la posibilidad de la extracción y el cierre ortodóncico del diastema a fin de poder evitar la colocación de una prótesis, aunque sea simplemente una corona, a tan temprana edad.

La patología pulpar se desencadena a partir de una comunicación del tejido pulpar con el exterior, a partir del fondo de la invaginación con la pulpa y de ésta

con el exterior. Lo curioso de la clínica es que la mayoría de las veces el proceso, en su inicio, es asintomático y hasta que no se instaura el absceso periapical el paciente sólo observa la anomalía de forma, siendo la evolución del proceso la mayoría de las veces indolora⁽¹⁾.

Una vez se considera apropiado el tratamiento conservador, debido a la anormal morfología interna dentaria, profundidad y forma de la invaginación⁽²⁾, pueden establecerse diferentes terapéuticas:

1º. Establecer un tratamiento de conductos convencional, como en el caso que nos ocupa, siempre y

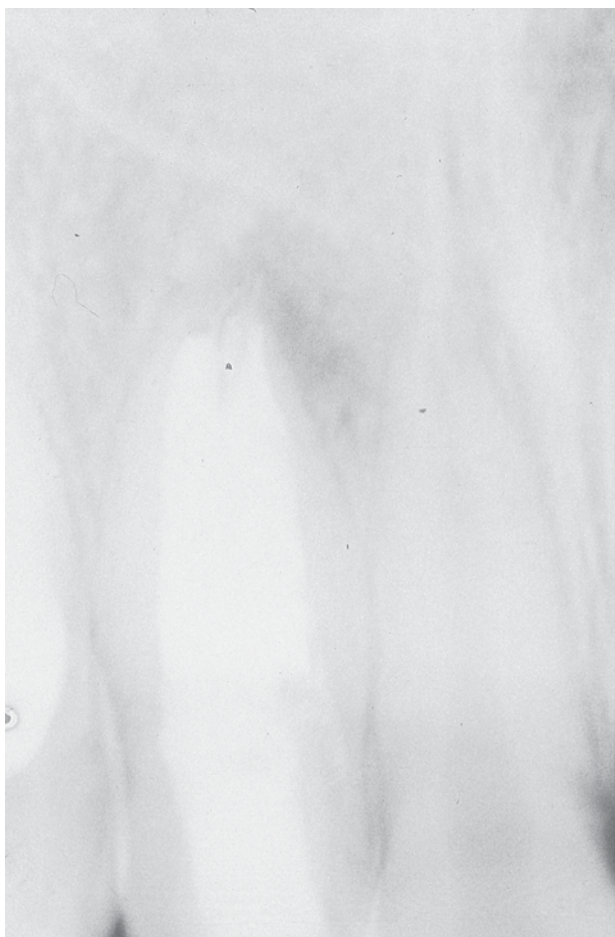


Figura 7. RX control a los 6 meses. Se aprecia disminución de la lisis periapical.

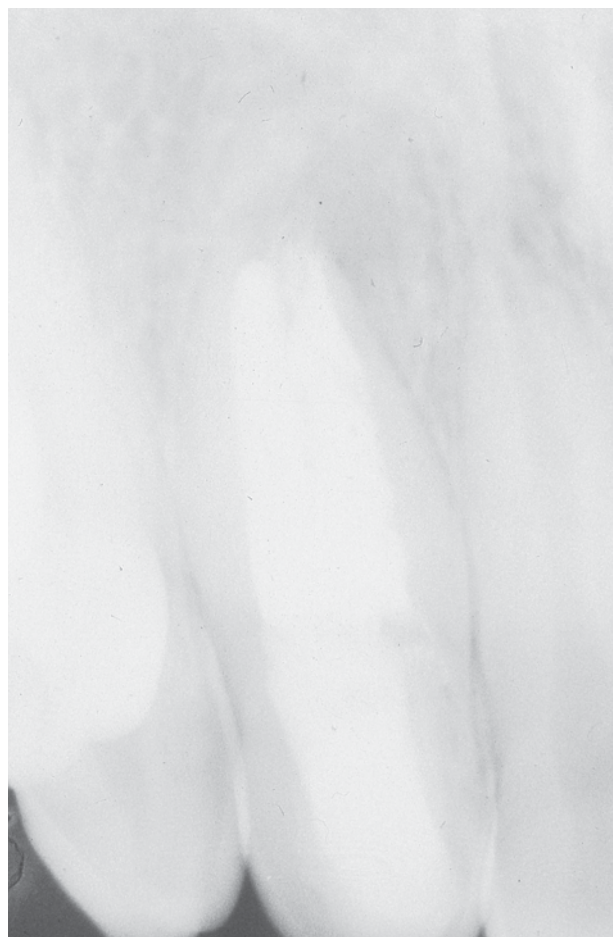


Figura 8. RX control al año. Imagen de restauración tejidos periapicales.

cuando la forma de invaginación prevea la posibilidad de acceso en la radiografía de diagnóstico y, si se consigue un relleno convencional del espacio pulpar, controlar con radiografías a distancia para constatar la favorable evolución del proceso.

2º. Realizar un tratamiento de conductos vía coronal y, en el caso de que no se pueda acceder a la correcta obliteración de conductos, realizar una cirugía periapical con obturación a retro, con los procedimientos quirúrgicos convencionales a fin de conseguir la obturación apical⁽³⁾.

3º. Si la morfología de la invaginación nos hace pen-

sar en la imposibilidad de acceso cameral, se puede intentar directamente el acceso apical y obturación retrógrada con gutapercha⁽⁴⁾.

Aparte de las diferentes planificaciones terapéuticas expuestas, podría asimismo considerarse, respecto a las técnicas endodóncicas, el problema sobreañadido de que al ser un proceso patológico que se presenta a muy temprana edad, la raíz puede encontrarse en un periodo de rizogénesis incompleta, por lo que deberían aplicarse técnicas de apicoformación. Creemos que el proceso es lo suficientemente complejo y el pronóstico de las mismas es tan

178 dudoso que es más aconsejable la no aplicación de las mismas.

También puede valorarse, respecto a la obturación de conducto, el tipo de técnica a emplear, si gutapercha termoplastificada, condensación lateral, etc, debido a la anormal morfología del conducto y la posibilidad de una mejor obturación tridimensional con una u otra técnica. Estudios realizados en dientes con morfología normal⁽⁵⁾ han demostrado una similitud en el sellado obtenido entre gutapercha termoplastificada y condensación lateral, por lo que en estos casos en los que, como se ha comentado, el foramen puede estar

ligeramente abierto, nos inclinaremos por la condensación lateral, a fin de evitar posibles sobreobturaciones accidentales con la gutapercha termoplastificada.

De lo expuesto anteriormente, podemos concluir que la toma de decisiones terapéuticas frente a un *dens in dente* es un proceso complejo, que involucra a diferentes especialidades (ortodoncia, prótesis, endodoncia) y que siempre debe advertirse al paciente y familiares, debido a la edad de aquél, de la problemática que acarrea y del pronóstico reservado que conlleva cualquier tratamiento conservador aplicado a este tipo de patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nadal Valldaura A. *Patología dentaria*. Ediciones Rondas, Barcelona, 1987, 52-54.
2. Brau Aguadé E. Estudio morfológico de un caso de diente invaginado. *Rev Esp Estomatol* 1982;**30**:181-194.
3. Benenati FW. Tratamiento complejo de un incisivo lateral superior con dens invaginatus y morfología anormal asociada. *J Endod (ed. esp.)* **1**:11-14.
4. Cambra J. *Manual de Cirugía periodontal, periapical y de colocación de implantes*. Mosby/Doyma, Barcelona 1996,86-92
5. Canada Sahli C, Berástegui Jimeno E, Brau Aguadé E. Apical sealing using two thermoplasticized gutta-percha techniques compared with lateral condensation. *J Endod* (En prensa).