

Fusión dentaria tratada endodónticamente.

*Fusion dentaria treated endodónticamente. Clinical Case.
Caso Clínico Fusão dentaria tratada endodónticamente Caso Clínico*



Graciela M. Gualdoni de Palmer¹

Resumen

Dentro de las anomalías dentarias por unión, debemos distinguir la fusión dentaria que es una alteración anatómica en la que se produce la unión en la etapa embriológica o en las fases pre-eruptivas de dos o más gérmenes dentarios contiguos, dando lugar a la formación de una pieza dentaria única.

Se presenta un caso clínico de fusión dentaria incompleta entre un incisivo lateral superior normal y un incisivo lateral superior supernumerario.

Habiéndose diagnosticado mortificación pulpar con un absceso agudo por palatino (absceso Fénix), se procedió al tratamiento endodóntico en ambos conductos radiculares. El caso se controló durante 5 años y medio alcanzando el éxito clínico-radiográfico.

Palabras claves

Fusión dentaria, mortificación pulpar, lesión periapical.

Abstract

Within the dental anomalies made by union, we must distinguish dental fusion that is an anatomical alteration who produce the union in the embryological stage or pre-eruptive phase of two or more contiguous dental germs, giving rise to the formation of a unique dental piece. I'm presenting a clinical case of a complete fusion between a superior lateral incisor and a lateral incisor superior supernumerary. Having diagnosed mortification pulpar with an acute abscess by palatal (Fénix abscess), was come to the endodontic treatment in the two radicular conduits.

Fecha de Recepción

25 de junio de 2009

Aceptado para su publicación

5 de agosto de 2009

¹ Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la UNNE.
E-mail: graciela.gualdoni@yahoo.com.ar

The case was monitored for 5 years and reaching a successful clinical and radiographic.

Key word

Dental fusión, mortificación pulpar, periapical injury.

Resumo

Dentro das anomalias dentarias por união, devemos distinguir a fusão dentaria que é uma alteração anatômica na que se produz a união na etapa embriológica ou nas fases pré-eruptivas de duas ou mais gérmenes dentarios contiguos, dando lugar à formação de uma peça dentaria única. Apresenta-se um caso clínico de fusão dentaria incompleta entre um incisivo lateral superior normal e um incisivo lateral superior supernumerario. Tendo-se diagnosticado mortificación pulpar com um absceso agudo por palatino (absceso Fénix), procedeu-se ao tratamento endodóntico em ambos conductos radiculares. O caso controlo-se durante 5 anos e médio atingindo o sucesso clínico-radiográfico.

Palavras chaves

Fusão dentaria, mortificación pulpar, lesão periapical.

Introducción

La fusión dentaria es una anomalía que se presenta debido a la unión embriológica o en las fases preruptivas de dos o más gérmenes dentarios contiguos por medio de dentina dando lugar a la formación de un diente único. Si el contacto ocurre antes de iniciar la mineralización, la unión implicaría a todos los componentes del diente, incluyendo esmalte, dentina, cemento y pulpa (Fusión completa). Si el contacto ocurre más tarde, una vez que la corona dentaria haya completado su formación, pueden unirse sólo las raíces (fusión incompleta).¹⁻²

En este caso se presentan dos cavidades pulpares totalmente independientes, al tratarse de una fusión incompleta. Su aparición es muy rara, tiene una mayor incidencia en la dentición temporaria que en la permanente, y en ésta en la región anterior, especialmente en el área de incisivos laterales y caninos, siendo excepcional en premolares y molares.³⁻⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷

La incidencia de fusión en dientes permanentes

es menor al 1% y en dientes temporarios varía de 0,5% a 2,5%, siendo su ocurrencia bilateral de 0,1 a 0,2%. Las formas de las piezas dentarias involucradas presentan en general una forma normal, pudiendo observarse por vestibular, la línea de unión entre ambas piezas dentarias.

Por palatino se pueden presentar dos cíngulos o uno amplio. La etiología y patogenia de esta anomalía no está totalmente aclarada, se presenta por defectos en el desarrollo del diente, pudiéndose ser éstos de origen hereditario, autosómico dominante, no descartándose los traumatismos o alguna enfermedad infecciosa, o exposición radiológica.²⁻⁸⁻⁹

Además podría ser el resultado de casos en que los gérmenes dentarios presentan un contacto muy íntimo, trayendo esto como consecuencia necrosis del tejido interdental.

Clínicamente, debido a que ocurre en la mayoría de los casos en la región interincisiva los problemas estéticos pueden ser de difícil solución. Además pueden existir otras dificultades determinadas por la posible pérdida de longitud de la arcada y la erupción retrasada.

Además deben mencionarse las caries en la línea de unión y sus posibles complicaciones pulpo periodontales.

Caso Clínico

Paciente de sexo masculino de 35 años de edad, derivado para realizar la endodoncia, por la presencia de un absceso agudo en la región palatina. A la inspección se observa una macro corona dividida por vestibular por un surco vertical. El paciente refirió que en el mencionado surco presentaba caries a lo largo del mismo y que fue restaurada. Se contaron las piezas dentarias y se verifico que no había ausencia de dientes permanentes. Se realizó el estudio radiográfico preoperatorio y se observó que ambos cuerpos eran semejantes en tamaño y forma, concluyéndose en la existencia de una fusión entre el incisivo lateral superior izquierdo normal con un incisivo lateral supernumerario, unidos por dentina, con dos conductos radiculares totalmente independientes.

Clínicamente la pieza dentaria presentaba gran movilidad y extremada sensibilidad. Se realizó anestesia infiltrativa por vestibular y se realizó aislamiento absoluto para efectuar por palatino la apertura para el acceso correspondiente en ambas



Fig. 1



Fig. 2

coronas. Se irrigó con hipoclorito de sodio al 5,25% y se exploraron los conductos radiculares con lima tipo K N° 25, observándose de inmediato un drenaje purulento abundante que siguió durante la siguiente media hora. A partir de ese momento se procedió a la limpieza y conformación de ambos conductos radiculares, con técnica crown-down (Universidad de Oregón, EEUU) con limas tipo H y tipo K. La preparación del tercio apical de ambos conductos radiculares se finalizó con una lima tipo K N° 45 con movimientos horario-antihorario. Durante la preparación de los conductos se irrigó con hipoclorito de sodio al 5,25%. Previo secado de los conductos con conos de papel absorbente, se colocó una medicación intraconducto en base a hidróxido de calcio (pasta alcalina fórmula de M. R. Leonardo) sellando provisionalmente ambos accesos con IRM (Caulk).

Se cita al paciente a las 72 hs. y se comprobó que el postoperatorio inmediato transcurrió sin complicaciones, la palpación, percusión y movilidad dentaria negativas. A los 15 días, se retira totalmente la pasta alcalina y previa a la obturación de los conductos radiculares se irriga con EDTA al 17% durante 3 minutos. Las obturaciones de ambos conductos radiculares se realizó con la técnica de compactación lateral en frío y sellado Sealapex (Kerr). (Fig. 3)

Se realizó controles a distancia a los 6 meses, a los 12 meses, a los 18 meses, a los 24 meses, a los 42 meses, en los controles mencionados la pieza dentaria se presentaba totalmente asintomática y en las radiografías se puede observar la evolución favorable del caso con progresiva regeneración del tejido óseo periapical.

Discusión

Es evidente que la fusión se encuentra dentro de las anomalías por unión, debido a que la alteración del tamaño y la forma del diente, es la consecuencia pero no la causa de la anomalía.⁴

Entre fusión y geminación es en general difícil la diferenciación y algunos autores definen a la diferencia como nada más que académica^{10, 11, 12}. La geminación es definida como un germen dentario único que trata de dividirse dando como resultado una pieza dentaria con una raíz y una corona bifida muy voluminosa.

Es interesante la sugerencia de algunos autores que indican contar los dientes para una ayuda diag-



Evolución 5 años



Ultimo control

nóstica; en la fusión generalmente hay un diente menos de lo normal, si el diente con la anomalía se cuenta como uno solo.¹³⁻¹⁴ Si se le da un valor doble al diente fusionado, se obtendría un total correcto.

También podría ser de ayuda diagnóstica el aspecto de dos coronas iguales en la geminación, al contrario de la fusión donde se puede observar una diferencia notable entre las dos coronas.

El proceso inflamatorio remite cuando se elimina la causa con el tratamiento endodóntico y desde el punto de vista histológico las células inflamatorias crónicas dan lugar a células formadoras –fibroblastos, cementoblastos, osteoblastos, induciendo a la neoformación de tejidos duros reabsorbidos y regeneración del ligamento periodontal.

El tejido óseo neoformado (cuya característica radiográfica es la de menor intensidad), al inicio

posee fibras colágenas dispuestas en forma de sordenada y gran cantidad de osteocitos, lo que se llama hueso primario.

Cuando la pieza dentaria retoma su actividad el estímulo fisiológico promueve a la sustitución de este hueso primario por tejido óseo secundario laminar con colágeno ordenado, (de acuerdo a las características histológicas normales), con menos células en su matriz y mineralización plena.

Bibliografía

1. Shafer W. G., Hine M. K., Levy B. M. Tratado de Patología Bucal. 4ta. Ed. México D. F. Editorial Interamericana: 39-40, 1986.
2. Nadal –Valladura A. Patología dentaria. Barcelona. Ed. Runday: 55-8, 1993.
3. Grover P. S., Lorton L., Gernation and twinning in the permanent dentition. Oral Surg Oral Med Oral pathol. 59 (3): 313-8, Mar 1985.
4. Duncan, W. K., Helpin M. L. Bilateral fusion and gemination: a literature analysis and case report. Oral Surg .Oral Med .Oral pathol. 64 (1): 82-7 Jul, 1987.
5. Stillwel K. D., Coke J. M. Bilateral fusion of the maxillary central incisors to supernumerary teeth: report of case. J. Am Dent Assoc., 112 (1), 62-4, Jan, 1986.
6. Turell I. L., Zmener O. Endodontic therapy in a fused mandibular molar. J. Endod; 25: 208-209, 1999.
7. Beltes P., Huang G. Endodontic treatment of an unusual mandibular second molar, Endo Dent traumatol; 13: 96-98, 1997.
8. Barberia Leache E., Boj Quesada J. R., eds Odontopediatría Barcelona: Ed. Masson. 2ª Edición; 73-83, 2001.
9. Ostos Garrido M. J.; Peñalva Sanchez M. A. Dientes dobles asociados a inclusión dentaria. Posibilidades terapéuticas Odontología Pediátrica; 5: 91-6, 1996.
10. Hitchin A. D., Morris I. Geminated odontome-conation of the incisors in the dog- its etiology and odontogeny. J Dent Res; 45: 575-83, 1966.
11. Surmont P. A., Martins L. C., De Craene L. G. A complete fusion in the primary human dentition: A histological approach. J. Dent Child; 51: 362-7, 1984.
12. Puy L., Pizarro C., Navarro F. Double Teeth: case reports. J. Clin Pediatric Dent; 15: 120-4, 1991.
13. Milazzo A., Alexander S. A. Fusión, gemination, oligodontia, and taurodontism, J. Pedod, 6: 194-9, 1982.
14. Kelly J. R. Gernation, fusion or both? Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol; 45: 655-6, 1978.