

## Dientes dobles asociados a inclusión dentaria. Posibilidades terapéuticas

Ostos Garrido, M.J.; Peñalver Sánchez, M.A.; Delgado García, A.C.

### Resúmen

Las anomalías dentarias se observan con frecuencia en nuestras clínicas, planteándonos serios problemas a la hora de planificar y realizar el tratamiento.

Se describe un caso en un niño de 8 años de edad, al que se detecta un diente doble situado a nivel de la arcada dentaria correspondiente al incisivo central superior izquierdo, con dos raíces independientes y divergentes entre las que se aprecia un diente incluído.

Nuestra terapéutica ha sido: endodoncia y odontosección del diente doble, exodoncia del diente incluído y reconstrucción de ambos fragmentos coronarios previamente seccionados.

Palabras Claves: Fusión Dental; Geminación dental; Diente Doble; Inclusión dentaria; Posibilidades terapéuticas.

### Summary

Dental anomalies are a kind of pathology which is observed with relative frequency in our surgeries, with problems to plan and to realize the treatment.

A case is described in which double teeth was placed in the incisors central maxillary left was found in a 8 year-old-boy. The double teeth has two independents and divergents roots, with a included teeth between them.

The treatment had been endodontic and surgical section double teeth, surgical intervention for the extraction of included teeth and restauration of both crown segments previously sectioned.

Key Words: Dental Fusion; Dental Gemination; included teeth; Therapeutic Possibilities.

### Introducción

Las anomalías dentarias son patologías con las que nos enfrentamos en nuestra labor diaria, planteándonos serios problemas a la hora de planificar y realizar los tratamientos. Las variaciones en la configuración coronaria y radicular de los dientes pueden ser de naturaleza hereditaria o pueden producirse como resultado de enfermedades o traumatismos. Frecuentemente estas anomalías se limitan a uno o dos dientes.

En la descripción de las anomalías de la forma (caracterizadas por la unión de dientes) se han empleado clásicamente gran cantidad de términos: geminación, fusión, concrecencia. Todas ellas sugieren una alteración en la que un diente se ha unido a otro, o ha aumentado de tamaño<sup>(1)</sup>. Se podría por tanto, hablar de macrodoncia, pudiendo ésta ser el resultado de la fusión o geminación, pudiendo ésto ocurrir tanto en dentición temporal o permanente<sup>(2)</sup>.

La *fusión* es la unión orgánica de dos dientes a nivel de la dentina y/o esmalte dental. Son dientes formados por la unión de dos dientes normales, dos supernumerarios, o un diente normal y un supernumerario. Los dientes fusionados presentan dos conductos radiculares independientes y hay una reducción en el número de dientes de la arcada correspondiente. La *geminación* es el intento frustrado de división de un germen dental. Tiene un conducto radicular como único, sin dividir y el número de dientes en la arcada es normal<sup>(3)</sup>.

Diversos autores han descrito las dificultades de la nomenclatura de estas anomalías, indicando que la causa precisa de estos defectos no se llega a conocer nunca, motivo por el cual se propone usar el término "*diente doble*" para designar todos los defectos de unión<sup>(1, 4)</sup>.

Se han publicado pocos estudios sobre la incidencia de estas alteraciones. Grahen<sup>(5)</sup> en un estudio de 1.006 niños de 3 a 5 años de edad halló dientes fusionados o germinados en el 0.5%. Clayton<sup>(6)</sup> publicó que el 0.47% de un grupo de niños de 3 a 12 años tenían dientes fusionados o geminados, cifra

comparable con la de Grahnen. La aparición de dientes dobles en la dentición permanente es mucho menos común que en la dentición primaria<sup>(7)</sup>.

Barac-Furtinovic<sup>(8)</sup> encontraron en un reciente estudio de 2.987 niños preescolares de Zagreb, una prevalencia de dientes dobles de 0,5%; de los cuales, el 66,7% lo clasificaron como fusión, y el 33,3% como geminación. En los niños que presentaban geminación en su dentición primaria, observaron que el 20% presentaron anomalías en sus dientes permanentes (hiperodoncia en todos los casos), mientras que los niños que presentaban dientes deciduos fusionados, se acompañaban de hallazgos de hipodoncia en la dentición permanente en un 70%. De sus resultados dedujeron la necesidad de distinguir entre los diversos tipos de dientes dobles en dentición primaria, porque, dependiendo de la alteración en la dentición primaria (fusión-geminación), va a ser más fácil encontrar una alteración determinada en la dentición permanente (hipodoncia-hiperodoncia).

**Caso clínico**

**1) Evaluación clínica**

Niño de ocho años de edad en el que se detecta un diente doble situado a nivel de la arcada dentaria correspondiente al incisivo central superior izquierdo (Fig. 1), con un diámetro mesiodistal ligeramente inferior al espacio de la arcada disponible para albergar al incisivo central y al incisivo lateral, siendo los siguientes dientes los presentes en boca:

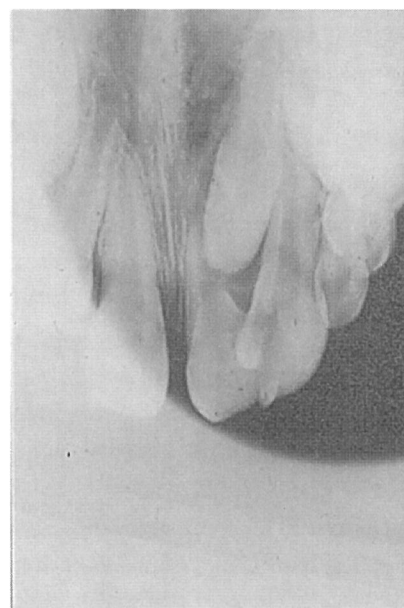
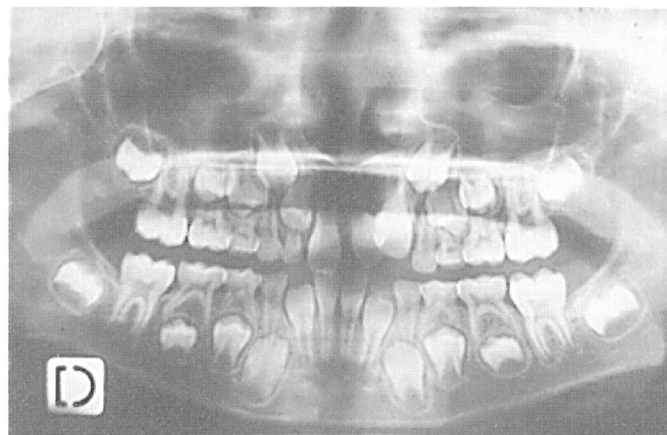
6 E D C 2 1		Diente doble C D E 6
6 E D C 2 1		12 C D E 6



Fig. 1. Diente doble situado en la arcada dentaria correspondiente al incisivo central superior izquierdo.

**2) Evaluación radiográfica**

Se realiza en primer lugar una Ortopantomografía (Fig. 2), donde se pudo apreciar el diente doble unido a nivel coronal, estando las raíces perfectamente independientes y divergentes, encontrándose las mismas en un estadio de formación incompleto y una imagen no clarificadora a nivel de las raíces del diente, sospechosa de inclusión dentaria. Posteriormente, para estudiar con más exactitud este sector, se realiza una radiografía oclusal donde se observan con claridad dos raíces independientes y divergentes, entre las que se encuentra incluido un diente; los ápices de ambas raíces divergentes se encuentran en un período de formación incompleto (estadio 8-9 de calcificación de Nolla), en concordancia con la edad del niño (Fig. 3).



Figs. 2 y 3. Ortopantomografía y radiografía oclusal donde se observan dos raíces con ápice inmaduro, independientes y divergentes entre las que se encuentran incluidas un diente.

### 3) Pauta terapéutica

Nuestro plan de tratamiento ante esta situación la enfocamos hacia una sección del "diente doble", ya que la morfología que presenta puede adaptarse mediante restauraciones convencionales, a conformar las formas anatómicas de un Incisivo Central y un Incisivo Lateral. Posteriormente se procedió a realizar ambos tratamientos pulpares, ya que es de preveer que con la odontosección la pulpa resultaría afectada y posteriormente realizamos la extracción quirúrgica del diente incluido entre las dos raíces divergentes.

#### a) Seguimiento radiológico:

Debido al estadio de formación radicular incompleto, la primera actuación ha sido la de realizar un seguimiento radiológico de ambas raíces, para controlar la formación radicular y el cierre apical de forma periódica cada seis meses, durante un intervalo de tiempo total de dieciocho meses hasta alcanzar el estadio de calcificación 10 de Nolla (Fig. 4).



Fig. 4. Desarrollo radicular completado.

#### b) Fase endodóntico-quirúrgica:

Posteriormente se procede al tratamiento endodóntico de ambos conductos radiculares, realizándose el mismo en una única sesión, actuando como si de dos dientes independientes se tratara: efectuándose la doble apertura cameral, conductometría, conometría y obturación de los conductos radiculares en ambas raíces (Fig. 5).

En una segunda sesión realizamos la división coronal del diente doble; odontosección que se practica en la misma sesión que la remoción quirúrgica del diente incluido (Fig. 6).



Fig. 5. Tratamiento endodóntico de ambas raíces.



Fig. 6. Sección de la porción coronaria del diente doble.

Técnica quirúrgica: La vía de abordaje para la incisión es, lógicamente, a través de la mucosa palatina, siguiendo el surco gingival palatino en la hermiarcada correspondiente, a nivel del diente incluido, sobrepasando en uno o dos dientes a cada lado. Se realiza el despegamiento del colgajo mucoperióstico con un despegador romo sobre la superficie ósea (Fig. 7). Nada más levantar el colgajo, observamos parcialmente la corona (retención submucosa) (Fig. 8). La ostectomía tiene por finalidad la exposición de la corona dentaria, desde el borde incisal al cuello; ha de ser por tanto amplia y con anchura similar al diámetro mayor de la corona, no sólo para exponer la corona dentaria, sino para permitir la aplicación del elevador o las ramas del forceps. En este caso de retención submucosa, que es una situación favorable, se pueden intentar, una vez hecha la osteotomía, movimientos de luxación con un botador recto y, posteriormente, extracción del diente incluido (Fig. 9). Tras la extracción del diente incluido, que como se puede apreciar en la Figura 10, tiene unas características anatómicas del incisivo

lateral, se procede a eliminar los restos de la envoltura coronaria (legrado del saco pericoronario) (Fig. 11), con curetas y pinzas de tracción, para evitar la aparición de fenómenos inflamatorios o tumorales postoperatorios. una vez abatido el colgajo, se suturan los bordes de la herida con puntos simples que van de vestíbulo a palatino, a través de los espacios interdentarios (Fig. 12). Al finalizar la sutura, se debe tomar la precaución de comprimir con una gasa sobre el paladar durante unos minutos, para poder conseguir una perfecta adaptación del colgajo y eliminar la sangre acumulada entre el colgajo y el lecho óseo y posteriormente, aconsejamos al paciente que mantenga durante las primeras horas, una fuerte compresión digital sobre una gasa situada en la región palatina intervenida. A continuación, realizamos una radiografía oclusal, tras la extracción del diente incluido, donde se aprecia el defecto óseo<sup>(9, 10)</sup> (Fig. 13).

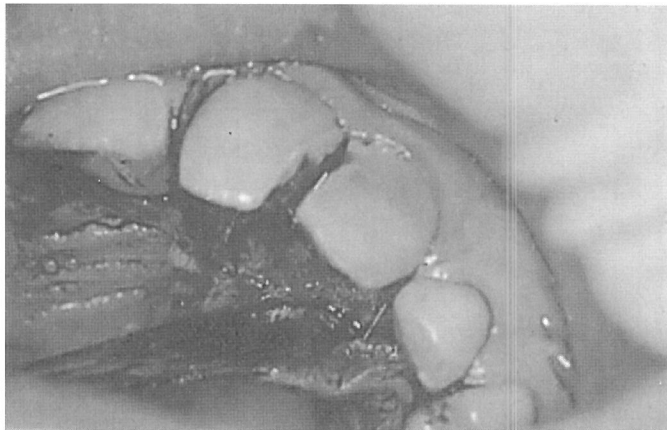


Fig. 7. Despegamiento del colgajo mucoperiostico.

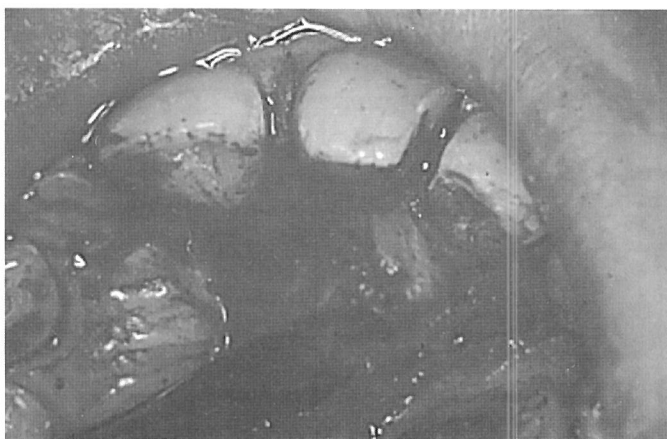


Fig. 8. Al levantar el colgajo se observa parcialmente la corona del diente incluido.

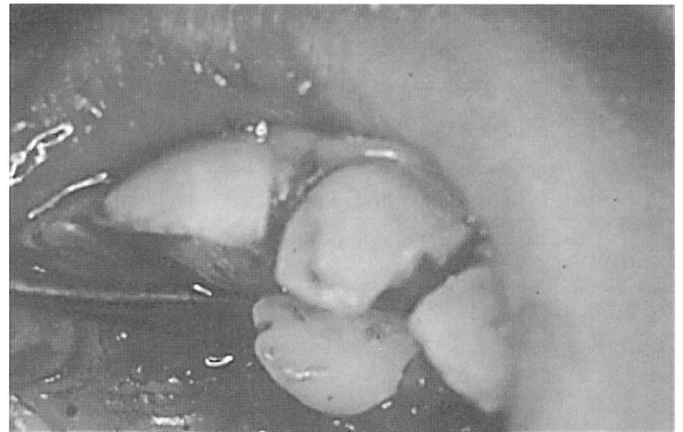


Fig. 9. Luxación del diente incluido.

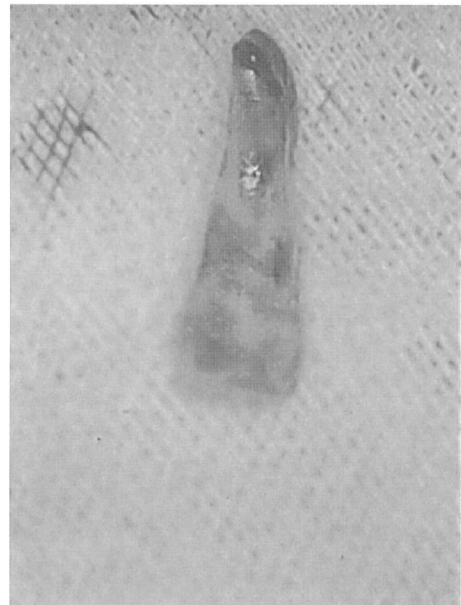


Fig. 10. El aspecto morfológico del diente incluido es el de un incisivo lateral.

*c) Fase restauradora:*

Posteriormente, se realiza la reconstrucción de ambos fragmentos, previamente seccionados, dando una forma anatómica de incisivo central a la porción más mesial, y de incisivo lateral, a la porción más distal (Fig. 14). En la imagen radiológica tomada a los tres meses de la exodoncia del diente incluido, puede apreciarse el relleno óseo de la zona intervenida (Fig. 15).



Fig. 11. Eliminación del saco pericoronario.



Fig. 14. Reconstrucción de ambos fragmentos previamente seccionados, dando la forma anatómica de incisivo central a la porción más mesial, y de incisivo lateral a la porción más distal.

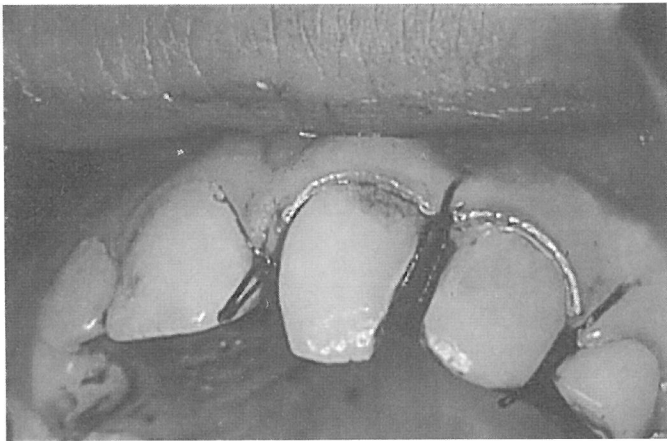


Fig. 12. Sutura de los bordes de la herida.

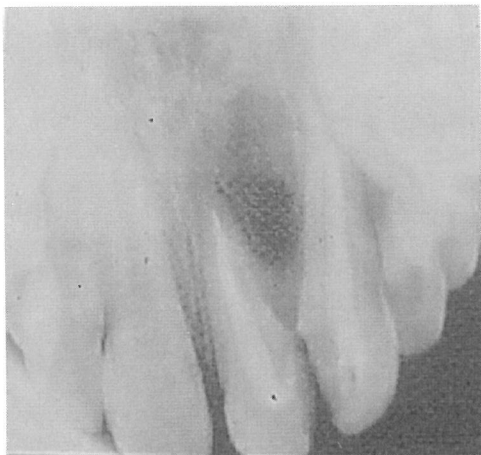


Fig. 13. Radiografía oclusal donde se aprecia el defecto óseo.

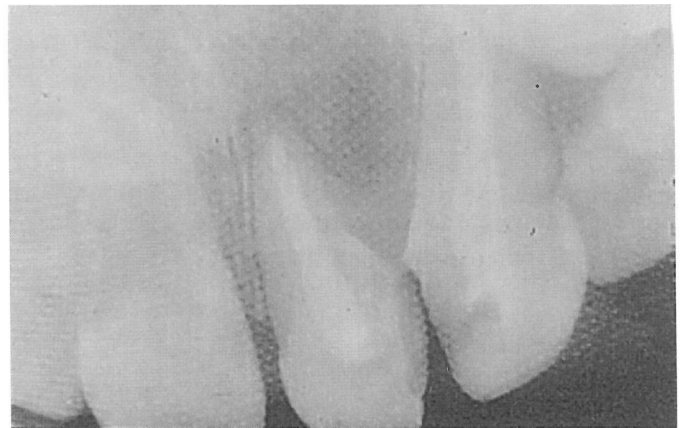


Fig. 15. Radiografía a los tres meses de la exodoncia donde se aprecia el relleno óseo.

### Discusión

Ante un caso como el descrito de un diente de mayor tamaño del normal ¿cómo podríamos distinguir clínicamente si se trata de una fusión o geminación?. En primer lugar contando las piezas dentarias es posible hacer el diagnóstico diferencial ya que si aparece una pieza dentaria menos, suponemos que se trata de una fusión; si por el contrario hay un diente anómalo pero el número de piezas es correcto se trataría de una geminación.

En el caso que presentamos, clínicamente aparece un diente menos en la arcada, lo que nos decantaría hacia el diagnóstico de fusión, pero radiográficamente, se observa que no falta ningún diente, sino que éste se encuentra incluido, por lo que el diagnóstico clínico en este caso, según el número de dientes sería de geminación, si bien radiográficamente se aprecian dos raíces diferenciadas.

Por tanto clínicamente se hace muy difícil establecer un diagnóstico diferencial entre la fusión de un diente normal y un supernumerario y la geminación de un diente normal, así como entre la fusión de incisivo central y lateral, y la geminación de incisivo central asociado a agenesia del de incisivo lateral.

Por todo ello, coincidimos con Yuen y cols.<sup>(11)</sup> en que debe usarse el término "*diente doble*", ya que no es posible presenciar el desarrollo embriológico del defecto, o sea, no conocemos la causa embriológica del defecto, que en última instancia sería lo que nos proporcionaría el diagnóstico certero del evento.

Por lo general, lo que más nos interesa, cuando existen dientes dobles, es restablecer la estética y la función. Esto es especialmente cierto cuando existen dientes dobles en la dentición permanente anterior.

En el caso presentado podría haberse abordado desde dos puntos de vista: extracción de la parte distal del diente doble y tratamiento ortodóncico del incisivo lateral incluido, o bien, como se ha planteado en el presente caso, con exodoncia del diente incluido y restauración de ambas coronas previamente seccionadas. Nos decantamos por esta segunda opción por conseguir con ella un buen aspecto estético y funcional y requerir un tratamiento menos prolongado en el tiempo, hecho que para los familiares era determinante.

## Conclusión

Queremos por último destacar la necesidad de un abordaje interdisciplinario en el tratamiento de los dientes dobles: endodoncia, cirugía y odontología restauradora.

Ostos Garrido, M.J.: Profesora Titular de Odontopediatria. Universidad de Granada; Peñalver Sánchez, M.A.: Profesora Asociada de Odontopediatria. Universidad de Granada; Delgado García, A.C.: Profesor Asociado de Odontopediatria. Universidad de Granada.

Correspondencia: M<sup>a</sup> Jesús Ostos Garrido; Plaza del Campillo, nº 5 - 4º L; 18009 - Granada.

## Bibliografía

- 1.- GONZÁLEZ MÁRQUEZ, M.I.; MÉNDEZ NÚÑEZ, M.; MANRIQUE MORÁ, C.: Problemas de nomenclatura en alteraciones morfológicas dentarias. Arch. Odontoestomatol. 1993; 9(4): 197 - 204.
- 2.- GAZIT, E.; LIEBERMAN, N.A.: Macrodontia of maxillary central incisors: case report. Quintessence Int. 1991, 22: 883 - 887.
- 3.- TRULL I GIMBERNAT, J.M.; MATAS BONET, A.; VALL-LOSERA I RIERA, J.: Geminación dental: Tratamiento multidisciplinario de un incisivo central superior. Av. Odontoestom. 1996, 12(3): 203 - 205.
- 4.- KILLIAN, C.M.; CROLL, T.P.: Dental Twinning anomalies: The nomenclature enigma. Quintessence Int. 1990, 21(7): 571 - 576.
- 5.- GRAHNEN, H.; GRANATH, L.: Numerical variations in the primary dentition and their correlation with the permanent dentition. Odont. Revy. 1961, 4: 348 - 357.
- 6.- CLAYTON, J.M.: Congenital dental anomalies occurring in 3.557 children. J. Dent. Child. 1956, 23: 206 - 208.
- 7.- DAVIS, J.M.; LAW, D.B.; LEWIS, T.M.: Atlas de paidodoncia. 2ª edición. Buenos Aires: Edit. Panamericana, 1984, 56 - 116.
- 8.- BARAC-FURTINOVE, V.; SKRINJARIC, I.: Double teeth in primary dentition and findings of permanent successors. Acta Stomatol Croat. 1991; 25(1): 39 - 43.
- 9.- DONADO RODRÍGUEZ, M.: Cirugía bucal. Patología y técnica. Madrid: Ed. Lavel, 1990, 443 - 458.
- 10.- LÓPEZ ARRANZ, J.S.: Cirugía Oral. madrid: Ed. Interamericana, 991, 314 - 317.
- 11.- UEN, S.W.H.; CHAN, J.C.Y.; WEI, S.H.Y.: Doble primary teeth and their relationship with the permanent successors: a radiographic study of 376. Pediatr Dent. 1987, 9: 42 - 48.