

Resorción Intracoronal preeruptiva en un canino maxilar permanente: un hallazgo clínico – radiográfico

Preeruptive intracoronal resorption in a permanent maxillary canine: a clinical finding - Radiographic

Deysi Sindi, Queccaño Camilo.¹

Guido Alberto, Perona-Miguel de Priego.²

Víctor, Calderón-Ubaqui.³

Resumen

El propósito de este reporte de caso es describir un caso de resorción idiopática coronal de un canino superior permanente no erupcionado, que fue detectado por el cambio de coloración a nivel de la encía marginal que recubría la pieza dentaria. Se informó a los padres de familia las opciones de tratamiento para el diente en consulta y se decide que este quede en observación y se realice interconsultas a las diferentes especialidades para un tratamiento integral. Posteriormente, el diente afectado se retiró por haber sufrido una fractura coronaria y por decisión de los padres. Con este caso se pretende aumentar el conocimiento del odontólogo sobre esta condición mediante un análisis de las posibles etiologías desde un punto de vista radiológico y clínico, se recomienda continuar con la línea de investigación en este campo para profundizar sobre su proceso patológico tomando en cuenta la particularidad en la presencia de estos casos..

Palabras claves: Resorción del Diente, Canino, Maxilar Superior.

Abstract

The purpose of this paper is to describe a case of idiopathic coronal resorption of a permanent upper canine unerupted, which was detected by the color change at the level of the marginal gingiva that covered the tooth. Parents were informed about the options of treatment for the tooth that was in consult and was decided that this one should stay in observation and interconsultations should be realized to the different specialties for an integral treatment. Then, the affected tooth was retired after suffering a coronary fracture and with parent's permission.

¹ CD, Especialista en Odontopediatría Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.

² CD, Especialista en Odontopediatría, Magister Odontopediatría Profesor Asociado Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.

³ CD, Especialista en Radiología, Profesor Asociado Universidad Peruana Cayetano Heredia, Perú.

This report pretends to increase the knowledge of the dentist about this condition by analyzing the possible etiologies from a radiological and clinical perspective, it is recommended to continue the research in this field to deep on the disease process taking the presence of the particularity in these cases.

Keywords: Tooth resorption ,Cuspid, Maxilla.

Introducción

La literatura sobre la resorción intracoronal pre eruptiva (PEIR) aún es escasa, las teorías propuestas se refieren a esta lesión como una radiolúidez intracoronal bien definida en los dientes no erupcionados el cual se asocia a un hallazgo radiológico poco común y rara vez en más de una pieza dentaria en el mismo paciente.

La teoría actual, se basa en la resorción de la dentina, la cual es apoyada por estudios histológicos que muestran a los osteoclastos, células gigantes multinucleadas y macrófagos presentes en las lesiones (Seow, 1998; Singer, Abbott y Booth, 1991); que pueden ingresar al diente en desarrollo desde el hueso circundante a través del folículo o esmalte del epitelio dental y causar la resorción hasta que el diente erupcione; es poco probable que se asocie a una lesión de caries ya que el diente aun no estaría expuesto a la flora microbiana oral (Johnson y Harkness, 1997; Kupietzky, 1999; Seow, 1998; Seow, Lu & Mc Allen, 1999a ; Seow y otros, 1999b)⁴.

La incidencia de esta lesión pre-eruptiva es 3% a 6% de la población y 0,5% a 2% de todos los dientes; la primera molar y la segunda molar inferior permanentemente tienen la mayor incidencia seguida por los premolares superiores y raros casos en caninos e incisivos y solo un caso reportado de un diente primario

afectado⁴.

Relato de caso

Paciente de sexo femenino de 9 años de edad acude a la consulta odontológica en el Servicio de Odontopediatría de la Clínica Dental Docente de la Universidad Cayetano Heredia, Lima – Perú.

El motivo de consulta referido por la madre fue: “mi hija tiene un color oscuro en la encía superior”

Según la manifestación de la madre, se determinó que los dientes deciduos de la zona afectada, no sufrieron ningún trauma o patología pulpar y su exfoliación fue natural.

Al examen clínico extraoral no se observaron características contribuyentes. Al examen clínico intraoral presenta dentición mixta, con regular higiene, riesgo de caries bajo y un cambio de coloración a nivel de la encía gingival del canino superior izquierdo (pieza 23), el cual presentó un tercio de la corona erupcionada y cambio en la coloración de tipo grisáceo que se extendía aparentemente en toda la corona reflejándose a través de la encía marginal (Fig. 1). A la prueba de percusión el paciente no manifestó dolor o molestias.

Una radiografía periapical (Fig.2) fue tomada para evaluar la pieza, la cual reveló una extensa radiolucidez que implicaba casi la totalidad de la superficie coronal con bordes irregulares, encontrándose en estadio⁸ de Nolla y próximo al plano oclusal.

Se planteó como diagnóstico presuntivo: hipoplasia del esmalte (diente de Turner), Defecto dentinario pre-eruptivo y caries dental. Por la particularidad

del caso, se les planteó a los padres realizar las interconsultas con la especialidad de endodoncia y ortodoncia con el fin de obtener un diagnóstico y tratamiento integral. Debido a la poca disponibilidad de tiempo de los padres, las interconsultas se realizaron en un periodo de 4 semanas aproximadamente. De acuerdo a las interconsultas, las evaluaciones clínicas - radiográficas y los antecedentes del paciente el diagnóstico definitivo fue: resorción intracoronal pre-eruptiva.



Figura 1. Encía a nivel de pieza 23 con color grisáceo, obscuro



Figura 2. Radiografía periapical de la pieza 23 donde se observa la extensa radiolucidez a nivel de la corona



Figura 3. Exposición de 2/3 de la corona de la pieza 23

Se propuso a los padres de familia los siguientes planes de tratamiento:

⊗ Evaluación ortodóntica – rehabilitadora

Plan 1:

⊗ Tratamiento de colgajo pre-protésico pza 23

⊗ Tratamiento de revascularización pza 23

⊗ Tratamiento rehabilitador pza 23

Plan 2:

⊗ Exodoncia de pza 23

⊗ Evaluación ortodóntica – rehabilitadora



Figura 4. Cavity de la cara palatina aprox. de 0.5 cm de la pieza 23



Figura 5. Fractura coronaria de la pieza 23

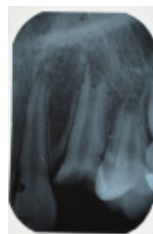


Figura 6. Radiografía periapical de la pieza 23 donde se observa la pérdida de los 2/3 de la corona

En la consulta posterior (45 días aprox.) se observó la exposición de 2/3 de la corona del canino superior izquierdo (Fig.3), presentando una cavidad en la cara palatina aprox. De 0.5 cm (Fig.4); se decide realizar una nueva interconsulta con la especialidad de endodoncia, la cual al realizar las pruebas de vitalidad pulpar dan como diagnóstico: Necrosis pulpar, para lo cual proponen un tratamiento de apexificación con MTA.

La madre de familia decide esperar un tiempo más para poder realizar el tratamiento indicado por los especialistas, y después de varias semanas (60 días aprox.) acude nuevamente a la consulta indicando que el canino superior izquierdo se había fracturado. (Fig5).

Se decide tomar una radiografía (Fig.6) en la cual se observa la pérdida de los 2/3 de la corona con bordes irregulares a nivel del tercio cervical con el ápice abierto y ausencia del espacio de la papila dental y cortical delimitante.

Se decide realizar un nuevo plan de tratamiento para la pieza en consulta y se informa a los padres de familia y a la paciente las opciones de tratamiento, los padres deciden por el tratamiento más radical, el cual era la exodoncia del canino superior izquierdo.

Discusión

La literatura reporta que la etiología sobre esta condición aun es escasa por ello la mayoría de los autores se refiere a esta entidad como un hallazgo ocasional debido a un examen odontológico de rutina, así mismo estos proponen diferentes teorías; la principal teoría especulada y que es apoyada por el examen histopatológico es que las células de resorción del hueso circundante se introduce a la dentina a través

de una brecha en la cubierta externa del diente, y que este no podría ser diagnosticada como caries dental debido a que no se encuentra expuesta a los microorganismos cariogénicos^{1,3}. Otra hipótesis expuesta por Seow y Kupietzky.^{4, 10, 11} relacionaron un factor local entre la resorción pre-eruptiva y los dientes con posición ectópica con un 2% más de prevalencia en estos, este sugiere que el posicionamiento ectópico del diente puede causar la ruptura del folículo dental, permitiendo que las células de resorción puedan ingresar en los dientes en desarrollo. Estas teorías propuestas son de validez cuestionable, ya que en ambos estudios se ha fundamentado su propuesta pero aun así la etiología sobre la resorción intracoronal pre-eruptiva sigue sin estar clara.

Según Manan et al.¹, Wong et al.³, Seow^{8,10}, para realizar el diagnóstico diferencial es de suma importancia el examen radiológico, de igual manera en el presente reporte de caso este examen ayudo a establecer las características propias para esta condición diferenciándola de los otros diagnósticos propuestos como hipoplasia del esmalte (diente de Turner) y caries dental.

La radiografía más utilizada para llegar a estos diagnósticos según la literatura revisada han sido las radiografías panorámicas, estas deben ser recomendadas en edades apropiadas para ayudar a una detección temprana de estas lesiones. Según Seow y col¹⁰ que evaluaron un total de 1.281 radiografías panorámicas encontraron una prevalencia del 3% de los sujetos examinados y 0.5% de los dientes examinados, así mismo otros autores como Kupietzky¹¹ mencionan que las radiografías bite-wing también son de gran ayuda para este diagnóstico teniendo en cuenta el examen minucioso por parte del profesional. En el presente caso se utilizó una radiografía periapical en primera instancia seguido de una radiografía panorámica para comprobar la presencia de esta lesión.

La prevalencia de esta lesión según Manan y col.¹ nos informa que los dientes comúnmente implicados son los primeros molares mandibulares permanentes, seguidos por los primeros molares maxilares permanentes, los segundos premolares mandibulares, y luego los segundos molares mandibulares permanentes, casos muy específicos en dientes deciduos y en caninos permanentes como en el presente reporte de caso. Se puede decir que esta lesión no tiene predilección por localización, sexo o edad, sin embargo los casos estudiados en la literatura mencionan un rango de edad entre los 14 – 20 años de edad con la presencia de esta lesión¹⁰.

El manejo clínico de la resorción intracoronal pre-eruptiva va a depender de la extensión y localización en el momento de la detección de esta lesión, según McEntire y col⁴ si esta aun es pequeña se puede monitorizar radiológicamente hasta la erupción dental y luego realizar un procedimiento conservador, si es más extensa diversos autores como Manan¹ y Seow⁸

recomiendan la exposición quirúrgica, curetaje y la colocación de hidróxido de calcio en la pieza en consulta, y en caso llegara a comprometer el tejido pulpar se recomienda la evaluación por parte del especialista para un tratamiento óptimo. También hay que tener en cuenta la vulnerabilidad a una fractura por la presencia del esmalte socavado que produce esta lesión por lo cual se procederá un tratamiento radical como lo menciona Wong et al.³ y Yaqoob et al.⁶, en sus estudios realizados.

En el presente caso la resorción intracoronal pre-eruptiva era extensa que comprometía la totalidad de la corona, por tal motivo se planteó inicialmente un tratamiento conservador como la apexificación con MTA, sin embargo el presupuesto para el tratamiento era elevado, y por la condición socioeconómica de los padres no se continuó con el tratamiento propuesto, optándose por la extracción de la pieza dentaria.

Conclusión

© Este tipo de patología deben abordarse con un enfoque multidisciplinario tanto en el diagnóstico como su tratamiento.

© Realizar un análisis minucioso de las radiografías para detectar a tiempo los casos inusuales de esta lesión con el fin de dar un diagnóstico precoz.

© La demora en el diagnóstico de esta condición impactaría negativamente en el tratamiento de la pieza dental afectando su pronóstico.

Por lo tanto, se requiere una mayor investigación en este campo para profundizar en su etiología y en el proceso patológico.

Referencias

1. Manan NM, Mallineni SK, King NM. Case report: idiopathic pre-eruptive coronal resorption of a maxillary permanent canine. *Eur Arch Paediatr Dent.* 2012; 13(2):98-101.
2. Kjær I, Steiniche K, Kortegaard U, Pallisgaard C, Bille ML, Seirup T, et al. Preeruptive intracoronal resorption observed in 13 patients. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2012;142(1):129-32.
3. Wong L, Khan S. Occult caries or preeruptive intracoronal resorption? A chance finding on a radiograph. *Pediatr Dent.*2014; 36(5):429-32.
4. McEntire JF, Hermes CB, Wall BS, Leonard DL. Case Report—Pre-Eruptive Intracoronal Resorption. *Operative Dentistry.*2005;30(4), 553-556.
5. Seow WK .Multiple pre-eruptive intracoronal radiolucent lesions in the permanent dentition:case report. *Pediatr Dent.*1998; 20(3), 195-8.
6. Yaqoob O, DiBiase AT, Kane R, Fleming PS. Pre eruptive coronal resorption of a maxillary canine: a case report. *Orthodontics.* 2011; 12(2):148-51.
7. Holan G, Eidelman E, Mass E. Pre-eruptive coronal resorption of permanent teeth: report of three cases and their treatments. *Pediatr Dent.* 1994; 16(5):373.
8. Seow WK. Pre-eruptive intracoronal resorption as an entity of occult caries. *Pediatr Dent.*2000; 22(5):370-376.
9. Seow WK, Hackley FD. Pre eruptive resorption of dentin in the primary and permanent dentitions: case reports and literature review.*Pediatr Dent.* 1996; 18(1).
- 10.Seow WK, Lu PC, McAllan L. Prevalence of pre-eruptive intracoronal dentin defects from panoramic radiographs. *Pediatr Dent.* 1999; 21:332-339.
- 11.Kupietzky A. Treatment of an undiagnosed pre-eruptive intra-coronal Radiolucency. *Pediatr Dent.*1999; 21:369-372.

Recibido: 08 de Abril 2017

Aceptado: 16 de Junio 2017

Correspondencia: Deysi Qqueccaño Camilo,Deysi.qqueccano@upch.pe