

EL ODONTÓLOGO

Publicación Científica Oficial de la Asociación Odontológica Panameña

PATOLOGÍAS DE ORIGEN REACTIVO EN LA CAVIDAD BUCAL ANÁLISIS DE INCIDENCIA





CIENCIA, ÉTICA Y ARTE

La Asociación Odontológica Panameña es una Asociación sin fines de lucro que regula el ejercicio profesional institucional y privado mediante leyes de la República y representa los intereses de la Odontología organizada en el ámbito nacional. Fue fundada el 10 de noviembre de 1936 por ilustres Odontólogos, algunos extranjeros y es a través de su gestión que se logra la creación de la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá.

Editorial

90 AÑOS CONSTRUYENDO SONRISAS:

La Odontología Panameña conmemora 90 años de desarrollo científico, ético y gremial como resultado de un proceso sostenido de organización profesional y de fortaleza académica.

Durante estas nueve décadas, la profesión odontológica ha experimentado una evolución continua, ha transitado desde prácticas tradicionales hacia una odontología científica, basada en la evidencia, la formación académica y la investigación.

A lo largo de su historia, la Asociación Odontológica Panameña ha alcanzado importantes logros gremiales orientados a la defensa del ejercicio profesional, el fortalecimiento institucional, la educación continua y la representación del odontólogo ante la sociedad, con lo cual hemos contribuido de manera significativa a la consolidación de la profesión a nivel nacional.

Este aniversario constituye una oportunidad para reafirmar nuestro compromiso con la ciencia, la academia y la producción de conocimiento. La investigación alcanza su mayor impacto cuando sus resultados son difundidos. Por ello, la publicación científica representa un eje esencial del desarrollo académico, profesional y gremial.

Es fundamental promover la participación activa de las nuevas generaciones de odontólogos en todas las facetas de la Asociación Odontológica Panameña, especialmente en el ámbito de producción científica y de investigación, lo cual es indispensable para la renovación del liderazgo profesional *per se*.

La Asociación Odontológica Panameña ratifica su responsabilidad de fortalecer la formación académica, estimular la cultura de la publicación y nuestro compromiso permanente con la salud de la población.

Dr. Wendell G. González M.
Presidente de la Asociación Odontológica Panameña
2026-2028



ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA
PANAMEÑA
REVISTA EL ODONTÓLOGO
CONSEJO EDITORIAL

Dr. Eduardo E. Arosemena Doss
arosemenadoss@yahoo.com

Dr. Andrés Alvarado
drandresalvaradojulio@gmail.com

Dr. José Blanco
agendadoctorblanco@gmail.com

Dr. Wendell González
wendellgonzalezm@gmail.com

Dr. Manuel Gordón
gordonnunez162531@gmail.com

Fernando Jaén
consultas@doctorjaen.com

Dra. Lorena Jerez
lorenajerez14@gmail.com

Dra. Luzkarin Molina
luzkarinmolinaucv@gmail.com

Dr. Reinaldo Rodríguez
reinaldorodriguez@med.ulatina.edu.pa

Asesor Externo

Dr. Manuel Gordón
Universidad Estatal de Paraiba
gordonnunez162531@gmail.com

Diseño, retoque de color,
prerensa y producción gráfica.

Live
Graphics
STUDIO

www.livegraphicstudio.com

CONTENIDO

INCISIVO SUPERIOR RETENIDO POR MESIODENS Y SUPERNUMERARIO

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ORTODÓNTICO INTEGRAL REPORTE DE CASO CLÍNICO

04

Impacted Maxillary Incisor Associated with Mesiodens and Supernumerary Tooth: Diagnosis and Comprehensive Orthodontic Treatment.

— A Case Report —

Incisivo Superior Impactado Asociado a Mesiodente e Dente Supranumerário: Diagnóstico e Tratamento Ortodôntico Integral.
— Relato de Caso Clínico —

ECTRODACTILIA CON AGENESIA DE INCISIVOS LATERALES SUPERIORES, HIPOPLASIA DE ESMALTE Y RETENCIÓN DEL CANINO SUPERIOR IZQUIERDO

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO ORTODÓNTICO

17

Ectrodactyly Associated with Agenesis of Maxillary Lateral Incisors, Enamel Hypoplasia, and Impaction of the Maxillary Left Canine: Differential Diagnosis and Orthodontic Management.

Ectrodactilia Associada à Agenesia de Incisivos Laterais Superiores, Hipoplasia de Esmalte e Retenção do Canino Superior Esquerdo: Diagnóstico Diferencial e Manejo Ortodôntico

DISPLASIA DENTINARIA RADICULAR (TIPO I):

REPORTE DE UN CASO

28

Radicular Dentin Dysplasia (Type I):
— Case Report —

Displasia Dentinária Radicular (Tipo I):
— Relato de Caso —

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO CON COMPLICACIÓN SÚBITA DE PATOLOGÍA PERIAPICAL

**EN UN CASO DE DOLOR BUCOFACIAL
SEVERO Y DE LARGA DATA.
PRESENTACIÓN DE CASO.**

*Multidisciplinary management with
a sudden periapical pathology
complication in a case of severe and
long-term orofacial pain.*

— Case Presentation. —

*Manejo multidisciplinar com
omplicação súbita de patologia
periapical em um caso de dor orofacial
intensa y de longa data.*

— Apresentação do Caso. —

38

PATOLOGÍAS DE ORIGEN REACTIVO EN LA CAVIDAD BUCAL

ANÁLISIS DE INCIDENCIA.

Reactive Pathologies In The Oral Cavity:

— Incidence Analysis. —

Patologias Reativas Na Cavidade Oral:

— Análise De Incidência. —

56

Se prohíbe la reproducción total o parcial de esta publicación bajo cualquier forma o sistema, sin previa autorización de la Asociación Odontológica Panameña. El contenido de esta revista cumple un objetivo de información, ilustración y conocimiento, que no pretende reemplazar el asesoramiento médico, odontológico o las indicaciones del profesional en salud. Los temas tratados sólo comprometen a sus autores y eximen de responsabilidad a Asociación Odontológica Panameña.

INCISIVO SUPERIOR RETENIDO POR MESIODENS Y SUPERNUMERARIO:

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO ORTODÓNTICO INTEGRAL REPORTE DE CASO CLÍNICO

Impacted Maxillary Incisor Associated with Mesiodens and Supernumerary Tooth: Diagnosis and Comprehensive Orthodontic Treatment. — A Case Report —

Incisivo Superior Impactado Asociado a Mesiodente e Dente Supranumerário: Diagnóstico e Tratamento Ortodôntico Integral. — Relato de Caso Clínico —

Dr. Jhonattan Castrejón, Dra. Zahilyn Bonvini

Resumen

Los dientes supernumerarios son alteraciones de número del desarrollo dental que pueden producir alteración en el proceso eruptivo de dientes permanentes. Se presenta un reporte de caso de paciente masculino de 10 años de edad, referido por odontólogo tratante, quien acude a consulta del servicio de Ortodoncia de la Universidad Interamericana de Panamá acompañado por su padre. Al examen clínico, se evidencia diente supernumerario suplementario en el lugar correspondiente al incisivo central derecho, mientras a la evaluación radiográfica y tomográfica se observa mesiodens y UD#11 retenida. Se planifica tratamiento en tres fases: I: educación al paciente y profilaxis dental; II: cirugía de extracción de supernumerarios (suplementario y mesiodens) y de colgajo para exposición del diente retenido / tracción con

aparato de anclaje con barra transpalatina, brazos de apoyo en primeros molares deciduos y arco vestibular con poste; III: tracción al arco maxilar/alineación de la UD#11 con técnica 2x4. A un año de iniciado el tratamiento, se había obtenido excelente respuesta biológica del paciente, previéndose la futura realización de torque negativo en la raíz de la UD#11 (técnica torque spring), probable reposición de bracket en la UD#11, verificación del paralelismo radicular e indicación de retenedor fijo. Este caso aborda la exposición quirúrgica, tracción y alineación como opción terapéutica óptima para tratar pacientes en fase de dentición mixta con incisivos permanentes maxilares retenidos asociados a dientes supernumerarios.

Palabras clave: *incisivo retenido, dientes supernumerarios, tratamiento ortodóntico integral; ortodoncia fija.*

Abstract

Supernumerary teeth are numerical abnormalities in dental development that can alter the eruption of permanent teeth. A case report is presented of a 10-year-old male patient, referred by his treating dentist, who attended the Orthodontics Service of the Interamerican University of Panama accompanied by his father. Clinical examination revealed a supplementary supernumerary tooth in the place corresponding to the right central incisor, while radiographic and tomographic evaluation revealed mesiodens and retained UD#11. Treatment was planned in three phases: I: patient education and dental prophylaxis; II: surgical extraction of supernumerary teeth (supplementary and mesiodens) and flap for exposure of the retained tooth / traction with an anchorage appliance with a transpalatal bar, support arms on the first deciduous molars and a vestibular arch with a post; III: traction to the maxillary arch / alignment of UD#11 with the 2x4 technique. One year after starting treatment, the patient had achieved an excellent biological response. Negative torque on the root of Unit #11 (torque spring technique) was anticipated, along with possible bracket replacement on Unit #11, verification of root parallelism, and indication for a fixed retainer.

This case addresses surgical exposure, traction, and alignment as the optimal therapeutic option for treating patients in the mixed dentition phase with impacted maxillary permanent incisors associated with supernumerary teeth.

Keywords: *impacted incisor, supernumerary teeth, comprehensive orthodontic treatment; fixed orthodontics.*

Introducción

La retención de los órganos dentales en general, y sobre todo si estos se encuentran en la zona maxilar anterior en pacientes jóvenes es poco frecuente, llegando a afectar significativamente no solo la estética de la sonrisa, sino la fonación y la autoestima, además de la alta posibilidad de generar a mediano o largo plazo alteraciones de la oclusión (1). Ciertamente, la ausencia de un incisivo central superior una vez transcurrido el período de tiempo esperado para su erupción, o la identificación de su retención como hallazgo casual, son motivo de preocupación para los padres y el odontopediatra, en razón de las potenciales consecuencias psicológicas y funcionales asociadas (2).

Aunque la retención de incisivos maxilares es poco frecuente -la incidencia varía entre 0,06-1% (3)- se sabe que su etiología es multifactorial y puede variar ampliamente, incluyendo desde herencia o causa sindrómica hasta factores locales: predecesor deciduo retenido, odontoma, presencia de uno o más supernumerarios, ruta inusual de erupción y espacio insuficiente en el arco dental (4).

Ahora bien, independientemente de su causa, lo cierto es que la tracción ortodóntica es el tratamiento de elección para llevar al incisivo retenido a su posición anatómica correcta, precedida o no por otra u otras intervenciones terapéuticas, según el caso (5); así por ejemplo, si bien en muchos casos la presencia de supernumerarios no siempre tiene resultados patológicos, cuando es causal de retención dental u otras complicaciones como quistes y resorción radicular requieren ser extraídos (6).

Sobre tal temática gira el estudio que aquí se presenta, cuyo objetivo es informar

los procedimientos de diagnóstico y tratamiento ortodóntico integral de caso clínico de incisivo superior retenido por mesiodens y supernumerario suplementario.

Reporte de Caso

Datos del paciente

Masculino de 9 años de edad, sistémica y clínicamente sano, quien acude acompañado por su padre a la consulta de Ortodoncia por referencia de su odontólogo general; el padre refiere como motivo de la visita *“tratar el diente anterior, que tiene retenido”*.

Evaluación clínica inicial

Al interrogatorio no se refieren hábitos parafuncionales, y al examen clínico se aprecia biotipo dolicofacial, simetría facial, perfil convexo, crecimiento vertical, clase II esquelética y maloclusión clase I; en la evaluación intraoral (figura 1), se observa dentición mixta tardía, deficiencia transversal superior con análisis de Penn (2,4mm) buena salud bucal sin patología aparente, excepto la presencia de órgano dental morfológicamente consistente con incisivo lateral derecho (S12) en el lugar anatómico correspondiente a la UD#11, observable en la sonrisa con exposición dental (figura 2).

Posteriormente, en la evaluación radiológica, tanto en la radiografía panorámica (figura 3) como en la lateral de cráneo (figura 4) se observa la UD#11 retenida horizontalmente a nivel de espina nasal anterior, debajo de la misma un mesiodens y más abajo el supernumerario 12S.

Asimismo, el estudio tomográfico inicial confirma la impresión diagnóstica ofrecida

por las radiografías convencionales, en los diferentes cortes (figura 5), y detectable con mayor claridad en la reconstrucción 3D (renderizado tomográfico, figura 6), en la cual se identifican con sus respectivas nomenclaturas los órganos dentales de interés: incisivo retenido, 11; mesiodens, M; supernumerario, #12S.

Objetivos del tratamiento

Atendiendo a la evaluación diagnóstica, los objetivos del plan de tratamiento contemplaron:

- ✓ Profilaxis dental y educación al paciente
- ✓ Extracción de supernumerario 12S y mesiodens (Cirugía: exodoncia de mesiodens y de #S12; exposición de UD#11, con colocación de botón y cadeneta elástica de segunda generación y ligadura metálica).
- ✓ Tracción ortodóntica de la UD#11 (Protocolo de tracción de UD#11 con cadenas de segunda generación al aparato de anclaje y uso de técnica 2 x 4).

Inicio de tratamiento

28 de junio de 2024: inicia la fase II, correspondiente al primer protocolo de tracción de la UD#11; se procede a la cementación del aparato para anclaje máximo (bandas en #55 y #65, con barra transpalatina, y brazos de apoyo en primeros molares deciduos y arco vestibular con poste para traccionar por medio de la cadeneta de segunda generación y ligadura metálica (figura 7):

Una vez realizada la extracción de supernumerarios, se iniciará el protocolo de tracción cada visita de control, a razón de un eslabón cada mes, acortando la ligadura metálica mientras se aplica la tracción, hasta exponer la corona clínica de la UD#11,

14 de julio de 2024: cirugía, amarre de cadeneta y ligadura para tracción. Se proce-

de a la exodoncia de #S12 y de mesiodens (figura 8). Seguidamente, se procede a realizar colgajo para la exposición de la corona clínica del incisivo central superior derecho retenido (figura 9-a), para luego colocar botón, cadeneta de segunda generación y ligadura metálica para la tracción la UD#11 (figura 9-b) y, finalmente, efectuar sutura con nylon 4.0 de colgajo (figura 9-c). Únicamente se ajustaron la cadeneta y la ligadura al arco vestibular del aparato de anclaje de manera pasiva (sin ejercer fuerza).

Agosto 2024 / Enero 2025. Tracción con aparato de anclaje palatino

10 de agosto 2024. Inicia la activación de la cadeneta de segunda generación y de la ligadura metálica del aparato de anclaje (figura 10); se programan visitas para control y activación, a razón de un eslabón por mes.

10 de octubre 2024. En esta visita se aprecia que restan pocos eslabones de la cadeneta, indicativo del descenso de la UD#11; por tal motivo, se corta la ligadura metálica (figura 11).

9 de diciembre 2024. En esta visita, se expone el botón colocado en la pieza retenida, lo que indica que se está dando el movimiento dental esperado (figura 12).

10 de enero de 2025. En este control, se puede observar gran parte de la corona clínica de la UD#11 (figura 13).

15 de enero de 2025. En esta visita se procede a retirar el aparato de anclaje, botón y sistema de tracción, para luego proceder a iniciar con la técnica 2x4, la cual consiste en colocar brackets en cada uno de los incisivos superiores y tubos en los primeros molares permanentes maxilares (figura 14).

Cabe destacar que en esta cita sólo fueron cementados los brackets en todos los incisivos, excepto en el #11, quedando para

la próxima cita dicha colocación para continuar su tracción con otro aparato de anclaje, específicamente una barra transpalatina con brazo de poder a posición de la UD#11, a fin de traccionarlo con dirección vertical de la fuerza.

17 de febrero de 2025. En esta consulta se instala el aparato de anclaje para continuar la tracción de la pieza #11 (figura 15), con dirección vertical hacia el plano oclusal; asimismo, se coloca arco Ni-Ti 0,14 superior y se activa la cadeneta de segunda generación (figura 16). Se prevé activar un eslabón por mes para hacer descender más el diente retenido.

22 de abril de 2025. En esta tercera visita de control y activación para tracción de la

UD#11, se procede a sustituir el arco Ni-Ti 0,14 por un arco Ni-Ti 0,16 (figura 17).

19 de mayo de 2025. En esta visita se procede al retiro del aparato de anclaje; se instala arco principal 16x22 de acero inoxidable, open coil (resorte) entre las UD #12 y #21, así como arco secundario Ni-Ti 0,12 al bracket de la UD#11 (figura 18).

20 de junio 2025. En este control, se coloca arco de acero inoxidable 0.16, con dobles de extrusión en la UD#11 para darle mayor espacio y permitir que mejore la erupción; se mantiene arco Ni-Ti 0,12 (figura 19).

21 de julio 2025. Último control, a la fecha. Se añade la UD#11 al arco principal 16x22 de acero inoxidable (figura 20).



Figura 1. Examen intraoral inicial



Figura 2. Sonrisa con exposición dental inicial

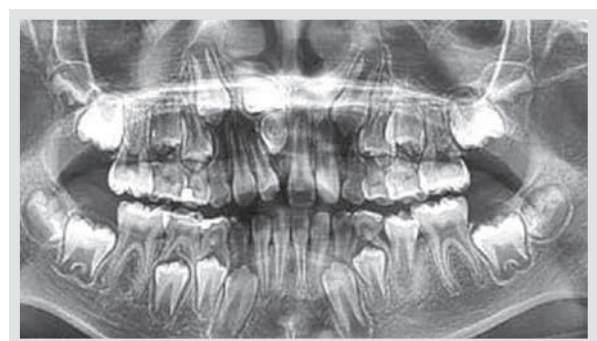


Figura 3. Rx, panorámica inicial



Figura 4. Rx lateral craneal inicial

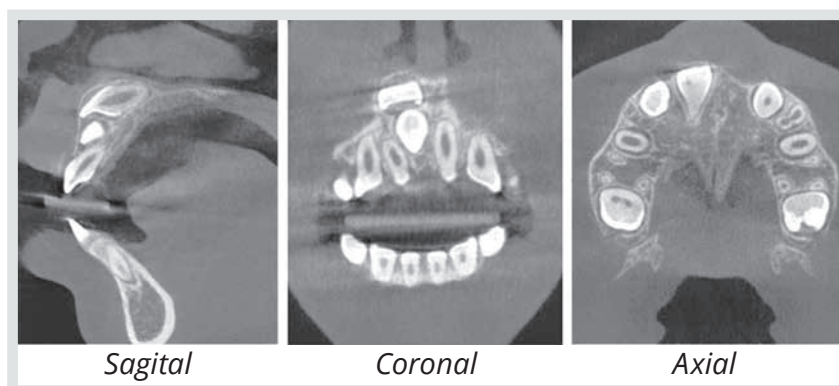


Figura 5. Cortes tomográficos

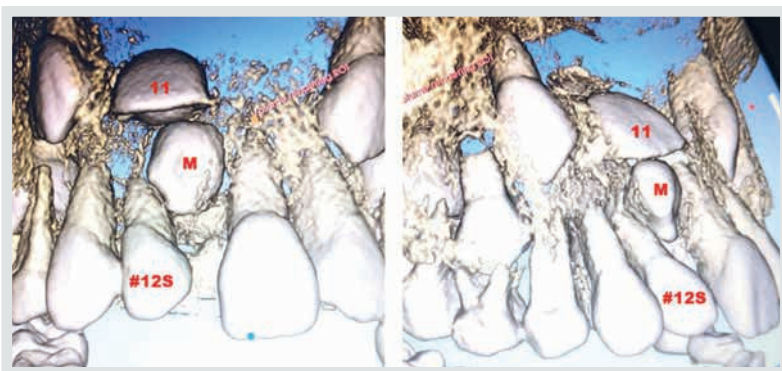


Figura 6. Reconstrucciones 3D



Figura 7. Aparato de anclaje para la tracción UD#11



Figura 8. S12 y mesiodens extraídos



Figura 9. a) Colgajo de exposición de US#11; b) Colocación de cadeneta y ligadura; c) Sutura



Figura 10. Inicio de activación de tracción con anclaje



Figura 11. Tercer control y activación



Figura 12. Cuarto control y activación

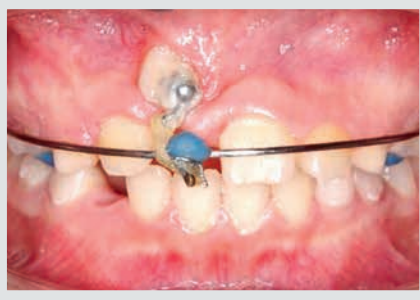


Figura 13.
Quinto control y activación



Figura 14.
Inicio de la técnica 2x4

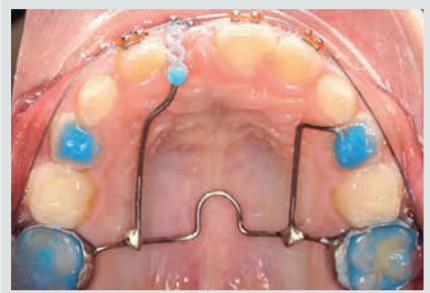


Figura 15. Instalación de aparato de anclaje para técnica 2x4



Figura 16. Colocación de bracket en UD#11, de arco Ni-Ti 0,14 y activación de la cadeneta



Figura 17. Sustitución de arco Ni-Ti

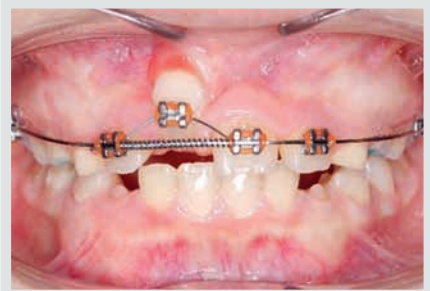


Figura 18. Instalación de nuevos dispositivos

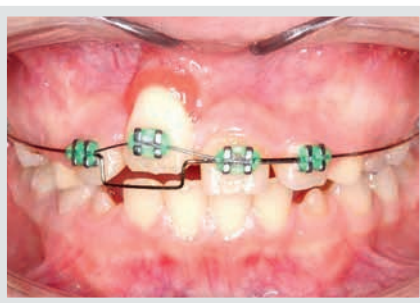


Figura 19. Arco de acero inoxidable 0.16 con dobles de extrusión

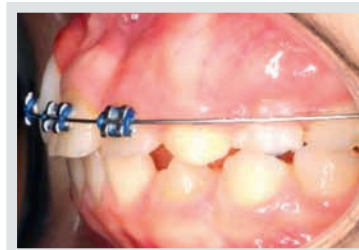
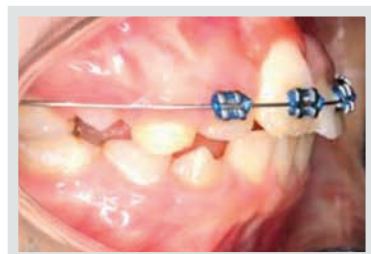
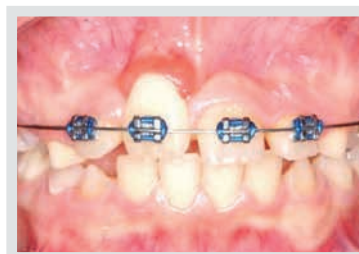


Figura 20. UD#11 añadida al arco principal
a) Vista frontal; b) Vista lateral derecha;
c) Vista lateral izquierda; d) Vista oclusal superior

Discusión

De acuerdo a la literatura consultada, las probabilidades de erupción exitosa de un incisivo maxilar impactado después de la extracción de un supernumerario son más favorables si el procedimiento se realiza precozmente, es decir, durante la fase de dentición decidua (7). No obstante, a la luz de los resultados del caso, la rápida y positiva evolución del paciente superó las expectativas iniciales del tratante, dada la respuesta biológica al tratamiento instaurado, tanto más teniendo en cuenta su estadio de desarrollo dental (dentición mixta tardía).

Respecto a la retención de incisivos permanentes, independientemente de su etiología, existe consenso en la necesidad de intervenir lo más tempranamente posible, atendiendo a los clásicos signos patognómicos: ausencia de abultamiento en el surco bucal hasta un año y medio antes del momento previsto de su erupción, generalmente entre los 6-8 años de edad, y/o la presencia en la arcada del incisivo lateral homolateral, claro indicativo de una anomalía eruptiva (5,8).

Ahora bien, en este caso de estudio, la etiología de la retención fue hiperdoncia: en el examen clínico inicial, en el espacio anatómico correspondiente a la UD#11 se observó un incisivo lateral derecho suplementario; radiológicamente fue identificado un mesiodens, supernumerario que típicamente se desarrolla entre los dos incisivos centrales superiores.

A pesar de que la retención de los incisivos maxilares no es usual, las características del caso de estudio coinciden con los datos reportados en la literatura especia-

lizada: como factor causal de un trastorno eruptivo, la presencia de uno o más supernumerarios se presenta en el 7,05% de los pacientes, con localización preferente en la región maxilar anterior, en el orden de 81% (9) y hasta 93,2% de las veces (10).

De otra parte, se sabe que la hiperdoncia es una alteración de número asociada comúnmente a la fisura labiopalatina y a trastornos genéticos, como displasia cleidocraneal y una variedad de síndromes (de Down, de Crouzon, de Ehler-Danlos, de Apert, de Gardner, entre otros); sin embargo, los dientes supernumerarios no sindrómicos aparecen aisladamente, o como un rasgo hereditario (11). Se infiere que el caso aquí presentado se inscriba en una de estas últimas denominaciones y, de hecho, a juicio del investigador es recomendable incluir en la historia clínica de Ortodoncia de la Universidad Interamericana de Panamá una pregunta adicional en la sección "Antecedentes Médicos / Odontológicos", a fin de registrar los precedentes familiares de hiperdoncia, aislada o múltiple.

En tal sentido, es conveniente señalar que en otros estudios se ha realizado la misma proposición, con base en la pertinencia de precisar el factor hereditario como causal de la dentición supernumeraria, no sólo a efectos de evaluación radiológica precoz y toma de decisiones clínicas en pacientes pediátricos con antecedente familiar, sino de actualizar datos epidemiológicos sobre el comportamiento de la hiperdoncia no sindrómica (12,13).

Para continuar, se recuerda que en el paciente caso de estudio se planificó un tratamiento odontológico integral: por un lado, la extracción de los supernumerarios, actuación obligada cuando obstaculizan la

erupción dental (2,14,15) que fue precisamente el origen de la retención de la UD#11; de hecho, se recomienda su exodoncia profiláctica, aunque no hayan ejercido efecto patológico en los tejidos duros y/o blandos adyacentes (6,16).

En relación a la terapia de ortodoncia en otros casos, es una decisión clínica que va de la mano con la evaluación del caso, sobre todo de la posición o etapa de desarrollo de dicho diente, y del juicio del operador; no obstante, la experiencia acumulada indica que la implementación de medidas ortodóncicas tras la extracción de dientes supernumerarios se asocia a una mayor probabilidad de erupción exitosa de incisivos retenidos que la sola exodoncia de los supernumerarios involucrados (7).

Es de general reconocimiento la positiva predictibilidad de la exposición quirúrgica de incisivos retenidos seguida de su tracción ortodóncica (6), terapéutica validada en casos clínicos cercanos al que aquí reportamos; un ejemplo de ello el publicado por Cabascango et al. (18), de femenina de 11 años que cursaba apiñamiento e incisivo central superior retenido, quienes implementaron tratamiento de tracción y alineación para el que, previa exodoncia de canino deciduo maxilar, colocaron en secuencia: open coil, botones bondeables con ligadura 0.012 y cadena elastomérica anclada al arco principal, by pass (arco principal de acero inoxidable 0.020), arco accesorio Ni-Ti 0.012 y elásticos triangulares;. Al término de 22 meses, se obtuvo incorporación del incisivo central superior al arco dental maxilar, clase I canina/molar derecha, mejoría general en la alineación y nivelación dental.

De otra parte, en estudios directa o indirectamente relacionados con el caso que

aquí presentamos se han usado diferentes modalidades terapéuticas, atendiendo a las características del paciente y su estadio de desarrollo dental, todos siguiendo la premisa según la cual la tracción ortodóntica de un diente retenido se considera cuando este no podrá erupcionar por sí solo, y si está causando problemas o podría generarlos (19).

Así, en el caso relatado por Sánchez-Achio (20) referente a femenina con 6 años de edad, se evidenció clínicamente retraso en la exfoliación de las piezas dentales 51 y 52, en tanto la radiografía panorámica reveló la presencia de un odontoma compuesto y el estudio tomográfico mostró la UD11 en posición ectópica y horizontal en el plano sagital. Inicialmente se movió el odontoma al mismo tiempo que se expuso el diente impactado; debido a que la paciente se encontraba en fase de dentición mixta temprana y la consecuente contraindicación de aparatología fija de brackets, para la tracción del diente impactado se instaló aparato removible tipo Hawley modificado con una torre. Se informa exitoso resultado en ocho meses, considerado un tiempo realmente corto según la literatura.

En paralelo, se encuentra el reporte de caso publicado por Izquierdo (21), quien exhibía apiñamiento y erupción incompleta del incisivo central izquierdo, sometida a tratamiento de ortodoncia, que específicamente en el arco maxilar, incluyó la siguiente secuencia: aparato de anclaje superior con barra transpalatina y distractor lingual; cirugía con técnica de tunelización para tracción de la UD21 e instalación de aparatología fija Tip Edge plus 0,022 6x2, arco NiTi 0,014 entorchado con ligadura metálica y open coil de ID11 a UD 22; arco NiTi 0,016 , arco NiTi 16x22 con ganchos quirúrgicos para elásti-

cos clase II; aditamento de torque individual en UD21; arco NiTi continuo 21x25; cadena elastomérica de UD16 a UD26; arco de acero inoxidable 21x25. Al término de 24 meses se constata el éxito del tratamiento, se retira la aparatología fija y se indica retenedor removible.

Ahora bien, los sistemas de ortodoncia fija utilizados en nuestro paciente permiten establecer un muy buen pronóstico de la terapéutica planificada, según las experiencias relatadas en casos similares. Así, en cuanto al dispositivo de anclaje con barra transpalatina fue indicado para dar inicio a la erupción forzada en dentición permanente en casos clínicos muy semejantes al nuestro: en masculino de 10 años para traccionar ambos incisivos centrales retenidos a causa de tres supernumerarios tuberculados en masculino de 10 años (5); incisivo central maxilar derecho impactado debido a un diente supernumerario (suplementario) en masculino de 10 años (22); incisivo central superior derecho impactado asociados a mesiodens y supernumerario tuberculado en masculino de 10 años.

Dicho uso generalizado se explica porque dicho aparato, además de la tracción de órganos dentales retenidos o impactados, permite el control transversal del maxilar y la estabilidad del anclaje, así como la posibilidad de crear espacio para el diente traccionado mediante la distalización de molares (24).

En relación a la técnica 2x4, consiste en la colocación de brackets en los incisivos centrales y laterales maxilares, acompañados de bandas o tubos en los primeros molares y un arco continuo para dar forma al arco, incorporando de ser necesario otros accesorios como resortes de NiTi entre bandas o tubos y los brackets y/o protector de arco (25).

Dentro de los principales usos de esta técnica, además de desarmonías dento-maxilares que necesitan manejo del espacio en el maxilar o mandíbula (26), se emplea para corregir dientes rotados, diastema central, mordida cruzada e invertida, dientes desplazados hacia palatino, caninos ectópicos por vestibular e impactación de incisivos (27). Asimismo, la técnica ha mostrado su eficacia para mover y alinear dientes retenidos en dentición mixta, pues permite la aplicación de fuerzas para guiarlos hacia su posición correcta en la arcada, razón por la cual ha sido la medida ortodóncica utilizada en casos semejantes.

En la publicación de Truque et al. (28) se informan los exitosos resultados de la técnica 2x4 en la segunda fase del tratamiento indicado a femenina de 9 años para la alineación de incisivos centrales retenidos previamente traccionados. Igualmente, Isha et al. (29) informan exitosos resultados de la técnica en dos pacientes masculinos, ambos con 10 años de edad: en el primero, se trató retención de ambos incisivos centrales maxilares asociada a un supernumerario, y en el segundo, impactación del incisivo central izquierdo por causa no identificada.

En caso de incisivos el pactados es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos. A menudo, la apertura del espacio ortodóncico se realiza antes de la exposición quirúrgica, como se realizó en el caso 2 de nuestra serie. Esto se realizó para crear un espacio que favorezca la erupción natural de los dientes.

EVOLUCIÓN DEL CASO

Los progresos observados atendiendo a la respuesta biológica del paciente, orientan a suponer que el tratamiento de ortodoncia podría culminarse en aproximadamente seis meses, contando a partir de julio 2025. En todo caso, para próximas citas se prevé realizar torques negativo radicular de UD#11 mediante la técnica torque spring, a fin de lograr el correcto posicionamiento de su raíz, así como la corrección en la posición del bracket de la UD#11; al término de la terapéutica se realizará verificación del paralelismo radicular y, una vez retirada la aparatología, la colocación de retenedor fijo.

Tanto el paciente como sus padres se han mostrado complacidos con los resultados obtenidos a la fecha (julio 2025). Se realizará interconsulta con especialista en periodoncia en razón de la disarmonía en los márgenes gingivales del frente estético, así

como evaluar la probabilidad de una futura corrección de dicho defecto mediante cirugía de injerto gingival.

Conclusión

La excelente respuesta biológica de nuestro paciente a las medidas ortodónticas implementadas y la positiva predictibilidad de éxito en el futuro, esto aunado a los hallazgos informados en la literatura, conducen a inferir que la exposición quirúrgica, tracción y alineación es una óptima combinación terapéutica para tratar pacientes en fase de dentición mixta con incisivos permanentes maxilares retenidos o impactados, asociados o no a dientes supernumerarios.

Sin embargo, los resultados presentados en este informe no son concluyentes debido a que la tercera fase de la intervención ortodóncica se encuentra en desarrollo.

REFERENCIAS

- 1) Becker A Early treatment for impacted maxillary incisors. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2002;121:586-587. doi: 10.1067/mod.2002.124171
- 2) Barham M, Okada S, Hisatomi M, Khasawneh A, Tekiki N, Takeshita Y, Kawazu T, Fujita M, Yanagi Y, Asaumi J. Influence of mesiodens on adjacent teeth and the timing of its safe removal. *Imaging Sci Dent.* 2022;52(1):67-74. doi: 10.5624/isd.20210218
- 3) Sánchez-Achío T. Tracción de un incisivo central superior en posición ectópica con un aparato de hawley modificado: reporte de un caso clínico. *Rev Cient Odontol (Lima).* 2022;10(1):e101. doi: 10.21142/2523-2754-1001-2022-101
- 4) Shi X, Tan X, Wang N, Li Y, Zhao Y, Xiao T. Surgical resection after orthodontic eruption: A case report of compound odontoma-induced impacted maxillary right central incisor. *Heliyon.* 2022;12;8(8):e10197. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e10197
- 5) Acosta Ramses, Gamez Adriana, Salazar Oliangel, Von Einem Müller Bernhard. Erupción forzada de incisivos centrales superiores permanentes retenidos como consecuencia de dientes supernumerarios. *Rev Cient CMDLT.* 2023;17(1): e-234433. doi: 10.55361/cmdlt.v17i1.433

- 6) Ata-Ali F, Ata-Ali J, Peñarrocha-Oltra D, Peñarrocha-Diago M. Prevalence, etiology, diagnosis, treatment and complications of supernumerary teeth. *J Clin Exp Dent*. 2014;6(4):e414-8. doi: 10.4317/jced.51499
- 7) Seehra J, Mortaja K, Wazwaz F, Papageorgiou SN, Newton JT, Cobourne MT. Interventions to facilitate the successful eruption of impacted maxillary incisor teeth due to the presence of a supernumerary: A systematic review and meta-analysis. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2023;163(5):594-608. doi: 10.1016/j.ajodo.2023.01.004
- 8) Nahas MS. Odontopediatría en la primera infancia: una visión multidisciplinaria. Cap. 12. *Amolca*. 2022; 154-179
- 9) Ishiyama M, Namaki S, Tamura H, Ozawa S, Kikuri T. Maxillary central incisor eruption failure due to supernumerary teeth and pericoronal hamartoma: A report of a rare case. *Cureus*. 2024;16(7):e64620. doi: 10.7759/cureus.64620
- 10) Dmytrenko MI, Gurzhiy OV. Treatment algorithms of patients with impaction of maxillary central incisors caused by supernumerary teeth. *Wiad Lek*. 2018;71(4):922-932. PMID: 30099436
- 11) Alarcón J, Guzmán J, Masuko TS, Cáceres PN, Fuentes R. Non-Syndromic familial mesiodens: Presentation of three cases. *Diagnostics (Basel)*. 2022 Aug 2;12(8):1869. doi: 10.3390/diagnostics12081869
- 12) Palikaraki G, Vardas E, Mitsea A. Two rare cases of non-syndromic paramolars with family occurrence and a review of literature. *Dent J (Basel)*. 2019;7(2):38. doi: 10.3390/dj7020038
- 13) Singh AK, Soni S, Jaiswal D, Pani P, Sidhartha R, Nishant. Prevalence of supernumerary teeth and its associated complications among school-going children between the ages of 6 and 15 years of Jamshedpur, Jharkhand, India. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2022;15(5):504-508. doi: 10.5005/jp-journals-10005-2442
- 14) Bereket C, Çakır-Özkan N, Şener İ, Bulut E, Baştan Aİ. Analyses of 1100 supernumerary teeth in a nonsyndromic Turkish population: A retrospective multicenter study. *Niger J Clin Pract*. 2015 Nov-Dec;18(6):731-8. doi: 10.4103/1119-3077.154213
- 15) Lykousis A, Pouliezou I, Christoloukas N, Rontogianni A, Mitsea A, Angelopoulos C. Supernumerary teeth in the anterior maxilla of non-syndromic children and adolescents: A retrospective study based on cone-beam computed tomography scans. *Pediatr Rep*. 2025 Apr 30;17(3):52. doi: 10.3390/pediatric17030052
- 16) Barham M, Okada S, Hisatomi M, Khasawneh A, Tekiki N, Takeshita Y, Kawazu T, Fujita M, Yanagi Y, Asaumi J. Influence of mesiodens on adjacent teeth and the timing of its safe removal. *Imaging Sci Dent*. 2022 Mar;52(1):67-74. doi: 10.5624/isd.20210218
- 17) Thomas J, Harris A, Hedge S, Morgan G, Prabha EA, Rinu. Alternative management of impacted permanent central incisor. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2018;11(6):529-531. doi: 10.5005/jp-journals-10005-1570

- 18) Cabascango A, Gurrola B, Casasa A. Alternativa de tratamiento para incisivo central impactado. *Rev Lat Ortod Odontoped*. 2019, 4. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2019/art-4/html>
- 19) Ayers E, Kennedy D, Wiebe C. Clinical recommendations for management of mesiodens and unerupted permanent maxillary central incisors. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2014;15(6):421-8. doi: 10.1007/s40368-014-0132-1
- 20) Sánchez-Achio T. Tracción de un incisivo central superior en posición ectópica con un aparato de Hawley modificado: reporte de un caso clínico. *Rev Cient Odontol (Lima)* 2022; 10(1): e101. doi: 10.21142/2523-2754-1001-2022-101
- 21) Izquierdo AJ. Erupción asistida, en un caso de retención de incisivo central superior [internet]. Universidad Autónoma de México. <https://ru.dgb.unam.mx/bitstream/20.500.14330/TES01000756815/3/0756815.pdf>
- 22) Cosme-Silva L, Costa E Silva LL, Junqueira MA, de Oliveira Dias NN, da Silveira Moretti AB, Sakai VT. Combined Surgical Removal of a Supernumerary Tooth and Orthodontic Traction of an Impacted Maxillary Central Incisor. *J Dent Child (Chic)*. 2016;83(3):167-172. PMID: 28327268.
- 23) Silva PCS, Cosme-Silva L, Araújo LB, Costa E Silva LL, Sakai VT. Multidisciplinary management of an impacted maxillary central incisor associated with supernumerary teeth: a case report. *Gen Dent*. 2018 Jul-Aug;66(4):46-50. PMID: 29964248
- 24) Nanda R. *Estética y biomecânica en Ortodoncia*. Amolca; 2017.
- 25) Véjar N, Zuleta C, Cabezas S. Tratamiento ortodóncico temprano en paciente con severa rotación de incisivos superiores usando aparatología fija 2x4. *Rev Lat Ortod Odontoped*. 2022. 53. <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2022/art-53/>
- 26) Uribe GA. *Ortodoncia. Teoría y clínica*. Fondo Editorial Corporación para Investigaciones Biológicas; 2017
- 27) Sockalingam SNMP, Zakaria ASI, Khan KAM, Azmi FM, Noor NM. Simple orthodontic correction of rotated malpositioned teeth using sectional wire and 2 × 4 orthodontic appliances in mixed-dentition: A report of two cases. *Case Rep Dent*. 2020;2020:6972196. doi: 10.1155/2020/6972196
- 28) Truque OG, Longlax MC, Bendahan ZC, Ramírez K. Manejo quirúrgico y ortodóncico del incisivos centrales permanentes impactados en posición ectópica: reporte de un caso. *Univ Odontol*. 2014;33(70): 175-185. doi: 10.11144/Javeriana.UO33-70.mqois
- 29) Isha S, Gupta S, Gumro M. Orthodontic Marvel: 2x4 appliance for impacted incisor traction – A case series. *Int J Med Res Rev*. 2023;11(5):123-129 doi: 10.17511/ijmrr.2023.i05.04

ECTRODACTILIA CON AGENESIA DE INCISIVOS LATERALES SUPERIORES, HIPOPLASIA DE ESMALTE Y RETENCIÓN DEL CANINO SUPERIOR IZQUIERDO:

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Y MANEJO ORTODÓNCICO

*Ectrodactyly Associated with Agenesia of Maxillary
Lateral Incisors, Enamel Hypoplasia, and
Impaction of the Maxillary Left Canine: Differential
Diagnosis and Orthodontic Management*

*Ectrodactilia Associada à Agenesia de Incisivos
Laterais Superiores, Hipoplasia de Esmalte
e Retenção do Canino Superior Esquerdo:
Diagnóstico Diferencial e Manejo Ortodôntico*

Dra. Eunice Carolina Delpino Castriziano

Resumen

Se presenta el caso clínico de un paciente masculino de 23 años que acude a consulta ortodóncica con el objetivo de mejorar la posición de sus dientes. Durante la anamnesis refirió la persistencia de piezas deciduas. Al examen clínico se evidenció la ausencia de los incisivos laterales superiores y del canino superior izquierdo (pieza 23), así como la presencia de dientes temporales 52, 62 y 63. Se observaron además lesiones hipoplásicas del esmalte, caracterizadas por manchas blancas opacas e irregulares en superficies vestibulares de dientes permanentes superiores e inferiores, compatibles con hipoplasia leve. Al examen extraoral se detectó ectrodactilia en la mano izquierda, sin otras anomalías ectodérmicas visibles. Los estudios radiográficos confirmaron la agenesia de los laterales superiores y la retención del 23. Ante estos hallazgos se consideró la posibilidad de una forma sindrómica, por lo que se recomendó evaluación genética para descartar una forma leve del síndrome EEC3, probablemente asociado a mutaciones en el gen TP63, sin diagnóstico molecular confirmado hasta la fecha. Se planteó un tratamiento multidisciplinario que incluyó ortodoncia con brackets de autoligado interactivo, extracción de piezas deciduas, exposición quirúrgica y tracción del 23, cierre de espacios y ajuste de línea media superior. Se contempla el remodelado estético de caninos y premolares con tallado selectivo y resinas estéticas. Este caso resalta la importancia de un enfoque ortodóncico individualizado en el manejo de manifestaciones compatibles con el espectro del síndrome EEC3.

Palabras clave: *agenesia dental, displasia ectodérmica, ectrodactilia, ortodoncia, síndrome EEC3.*

Abstract

This case report describes a 23-year-old male patient who presented for orthodontic consultation to improve dental alignment. During anamnesis, he reported the persistence of primary teeth. Clinical examination revealed the absence of upper lateral incisors and the upper left canine (tooth 23), as well as the presence of retained primary teeth 52, 62, and 63. Hypoplastic enamel lesions were also observed, characterized by irregular opaque white spots on the buccal surfaces of upper and lower permanent teeth, consistent with mild enamel hypoplasia. Extraoral examination revealed ectrodactyly of the left hand, with no other visible ectodermal anomalies. Radiographic studies confirmed agenesis of the upper lateral incisors and impaction of tooth 23. These findings raised the possibility of a syndromic condition, and a genetic evaluation was recommended to rule out a mild form of EEC3 syndrome (Ectrodactyly-Ectodermal

Dysplasia–Cleft lip/palate), likely associated with TP63 gene mutations, although no molecular diagnosis has been confirmed to date. A multidisciplinary treatment plan was proposed, including orthodontics with interactive self-ligating brackets, extraction of deciduous teeth, surgical exposure and traction of tooth 23, space closure, and adjustment of the upper midline. Esthetic reshaping of canines and premolars with selective grinding and composite resins was also considered. This case highlights the importance of an individualized orthodontic approach in the management of manifestations consistent with the EEC3 syndrome spectrum.

Keywords: *dental agenesis, ectodermal dysplasia, ectrodactyly, orthodontics, EEC syndrome.*

Introducción

La presencia de anomalías congénitas dentales acompañadas de malformaciones en extremidades representa un desafío clínico complejo que requiere un enfoque interdisciplinario. La ectrodactilia y la agenesia dental pueden coexistir como manifestaciones de un mismo cuadro genético, como ocurre en el síndrome EEC3 (Ectrodactilia, Displasia Ectodérmica y Labio/Paladar Hendido) Este síndrome es una enfermedad genética rara, de herencia autosómica dominante, causada por mutaciones en el gen TP63, ubicado en el cromosoma 3q27-29, este codifica la proteína de transcripción p63, miembro de la familia del p53. Esta proteína cumple un papel importante en la proliferación, diferenciación y mantenimiento epitelial durante la embriogénesis. [1]

El síndrome tiene una incidencia de alrededor de 90.000 en la población mundial. Los síntomas relacionados con TP63 se caracterizan por displasia ectodérmica, malformaciones distales de las extremidades y hendiduras orofaciales.[2]

Sin embargo, la expresión fenotípica es altamente variable, incluso entre miembros

de la misma familia, lo que puede dificultar el diagnóstico clínico, especialmente en las formas leves o incompletas. Algunos pacientes pueden presentar únicamente una o dos de las características principales, lo cual plantea un desafío diagnóstico importante.

En odontología, los pacientes con síndrome EEC3 pueden presentar hipodoncia o agenesia múltiple, hipoplasia del esmalte, malformaciones dentales y dientes retenidos, lo que requiere un enfoque terapéutico individualizado que contemple consideraciones estéticas, funcionales y psicológicas. El manejo ortodóncico en estos casos debe planificarse cuidadosamente, considerando las limitaciones anatómicas como los objetivos a largo plazo.

Este artículo presenta un caso clínico de un paciente con manifestaciones leves del síndrome EEC que acude a tratamiento ortodóncico y se discute el abordaje clínico realizado, así como la diferenciación con otros síndromes relacionados con mutaciones en el gen TP63.



Figura 1. Fotografía de sonrisa del paciente, quien acude a consulta ortodóntica con el objetivo de mejorar la posición de sus dientes.



Figura 2. Fotografías intraorales donde se observa ausencia de piezas 12, 22 y 23 con presencia de 52, 62 y 63. Presencia de múltiples manchas blancas opacas de forma irregular localizadas en caras vestibulares de los dientes.

2. Evaluación clínica

Paciente masculino de 23 años, acude a consulta ortodóntica manifestando inquietud por la posición de sus dientes superiores (Figura 1).

El paciente refiere en la anamnesis antecedentes relevantes como malformación congénita en su mano izquierda (ectrodactilia), historia familiar con posibles casos de malformaciones digitales, dentales y de fisura labio palatina, sin otros antecedentes médicos sistémicos relevantes, no refiere antecedentes de fisura labial y palatina.

Al examen intraoral, se evidencia la ausencia de ambos incisivos laterales superiores, y de la pieza 23, presencia de dientes deciduos remanentes 52, 62 y 63. Además, se observan múltiples manchas blancas opacas moteadas, de forma irregulares localizadas en el esmalte de los dientes superiores e inferiores, con bordes difusos y superficie lisa, sin pérdida evidente de estructura dentaria, compatibles con hipoplasia del esmalte de grado leve, posiblemente asociada a una displasia ectodérmica leve (Figura 2).

En la exploración física general, se identifica en la extremidad superior izquierda con presencia de ectrodactilia. Se observa las falanges distales de los dedos segundo, tercero, cuarto y quinto con ausencia de las falanges medias y proximales de los mismos, con conservación de las falanges del pulgar, el cual presenta forma y tamaño aparentemente normal. La mano muestra una configuración en 'pinza' o 'garra de langosta', con un surco profundo central que divide la mano en dos segmentos digitales. La piel que recubre la zona presenta aspecto normal, sin signos de inflamación, ulceración ni malformaciones cutáneas. No se evidencian uñas accesorias ni sindactilias. Funciona-

lidad preservada parcialmente, con posibilidad de oposición del pulgar, sin otras alteraciones visibles en piel, cabello, uñas o mucosas. (Figura 3)

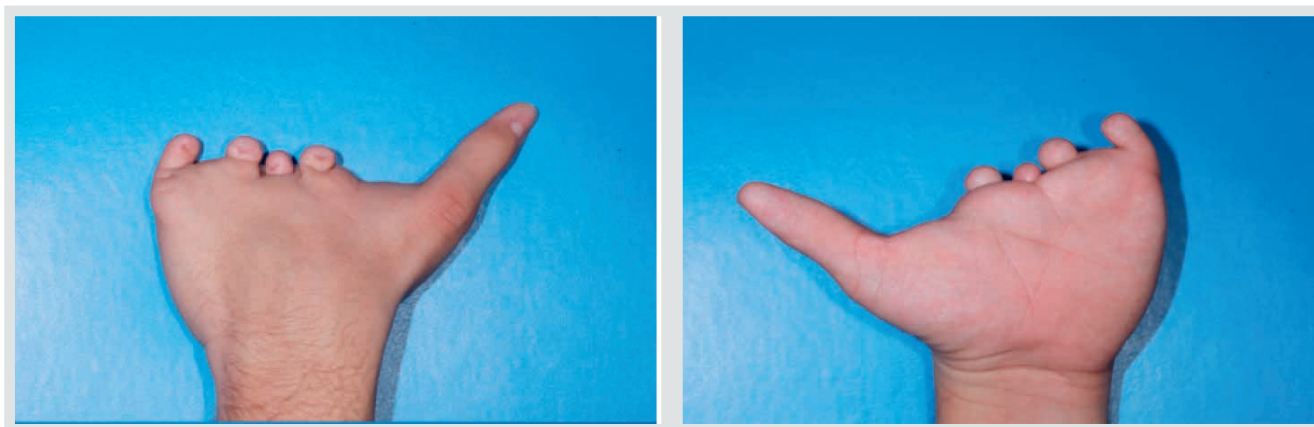


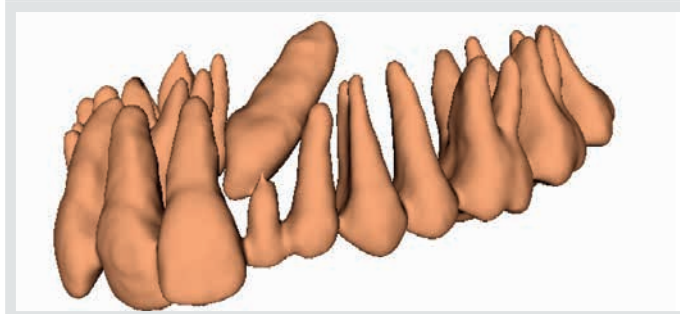
Figura 3. Figura 3. Vista dorsal y palmar de la extremidad superior izquierda con presencia de ectrodactilia.

Los estudios radiográficos panorámicos, complementados con una tomografía de haz cónico (CBCT), confirmaron la ausencia congénita de los incisivos laterales superiores permanentes. Asimismo, se evidenció la presencia del canino superior izquierdo (pieza 23) en posición retenida. “Figuras 4 y 5”

Figura 4. Radiografía Panorámica



Figura 5. Figura 5. Imagen de renderizado digital de la arcada superior, obtenida mediante tomografía de haz cónico (CBCT)



Discusión

El síndrome de Ectrodactilia–Displasia Ectodérmica–Labio/paladar hendido (EEC) es un trastorno genético raro de herencia autosómica dominante, aunque también puede presentarse de forma esporádica. Generalmente es causado por mutaciones tipo missense en el gen TP63, ubicado en el brazo largo del cromosoma 3 (3q27). La asociación de ectrodactilia, displasia ectodérmica anhidrótica atípica, labio hendido y paladar hendido fue descrita por primera vez por Rüdiger et al. en 1970. Esta combinación de defectos representa un síndrome específico de anomalías congénitas, que se denomina según sus principales manifestaciones.[3]

La extremidad afectada, conocida como mano o pie hendidos, también se denomina mano/pie en pinza de langosta, ya que presenta una hendidura central en las extremidades superiores e inferiores debido a la ausencia de los radios digitales centrales, lo que le da a las extremidades una apariencia similar a la de las pinzas de una langosta. Las únicas mutaciones confirmadas como causa del síndrome EEC en humanos se han encontrado en el gen TP63 [4]

Existe variabilidad clínica entre individuos con diferentes mutaciones en TP63, incluso entre pacientes de una misma familia. Este trastorno genético puede manifestarse con combinaciones parciales de sus tres componentes clásicos: ectrodactilia, displasia ectodérmica y labio/paladar hendido; algunos pacientes presentan sólo dos de los signos, como en este caso.

Dentro de las manifestaciones dentales, se describen hipoplasias del esmalte, que conllevan una mayor aparición de lesiones

cariosas, así como microdoncia, anomalías de forma dental y oligodoncia, llegando incluso a la anodoncia en algunos casos [8]. Los pacientes con síndrome EEC son más susceptibles a caries y gingivitis. La ectrodactilia y las limitaciones en el uso de las manos dificultan el mantenimiento de una adecuada higiene oral, incluyendo el cepillado y el uso de hilo dental. [5]

La prevalencia estimada del síndrome EEC es de aproximadamente 1.5 por cada 100 millones de nacimientos vivos, aunque su incidencia real en la población general sigue siendo desconocida [3].

La penetrancia incompleta puede conducir a portadores asintomáticos, lo que dificulta el diagnóstico familiar [6].

El hallazgo conjunto de ectrodactilia, agenesia dental e hipoplasia del esmalte en el paciente plantea la sospecha clínica de una variante incompleta del síndrome EEC3.

La confirmación del diagnóstico mediante estudio molecular del gen TP63 es relevante no sólo para establecer un diagnóstico preciso, sino también para asesorar al paciente sobre el pronóstico, anticipar posibles manifestaciones sistémicas, y evaluar el riesgo de transmisión hereditaria a su descendencia.

Los trastornos relacionados con el gen TP63 incluyen cinco fenotipos superpuestos, parece que las mutaciones en este gen tienen efectos altamente pleiotrópicos [2]. como se detalla en la tabla 1, abajo; así como casos de labio y/o paladar hendido aislado [7]

TABLA 1. SÍNDROMES ASOCIADOS AL GEN TP63

Síndrome	TP63	Ectrodactilia	Displasia ectodérmica	Fisura labial / palatal	características distintivas
EEC3	✓	✓	✓	✓	triada clásica
AEC (Hay-Wells)	✓	X	✓ Severa	✓	anquilobléfaron, piel erosiva
ADULT	✓	Leve	✓	X/leve	Uñas, dientes y lagrimales
LMS	✓	✓	X	X	hipoplasia mamaria / genital
SHF4	✓	✓	X	X	Solo extremidades afectadas

La ausencia de fisura palatina y la presencia de ectrodactilia, agenesias dentales e hipoplasia de esmalte orientan a un diagnóstico diferencial entre EEC3 leve y síndrome ADULT. Sin embargo, las características dentales, cutáneas y craneofaciales del paciente apoyan una expresión fenotípica del espectro EEC3, debido a que en ADULT puede haber alteraciones dentales pero la hipoplasia de esmalte no es un rasgo tan prominente como en EEC3 y suele incluir alteraciones lagrimales, ungueales o cutáneas de forma más evidente.

En el EEC3 la fisura labial o palatina es uno de los criterios clásicos, pero no es obli-

gatoria. Muchos casos descritos EEC3 no presentan fisura, especialmente en expresiones leves o en familiares con penetrancia incompleta.

En cuanto al plan de tratamiento dental, se decidió realizar ortodoncia de brackets autoligados interactivos (sistema CCO) hasta segundos molares, con secuencia de arcos indicadas (0.014 NiTi → 0.018 NiTi → 0.020 x 0.020 Bioforce → 0.019x 0.025 SS) "Figura 4", cirugía para extracción de dientes deciduos 52, 62 y 63 al alcanzar el arco rectangular con exposición del canino 23 y colocación de botón con cadeneta elástica de segunda generación para tracción ortodon-

tica "Figura 5", el cual se fue traccionando en un total de 5 controles hasta posicionarlo en la arcada y en el sexto control se cambió el boton por el brackets correspondiente a la pieza, también se colocó botones de linguales del 23 y 24 con una cadeneta elástica, para acelerar la mesio- rotación de la pieza 23. "Figura 6".

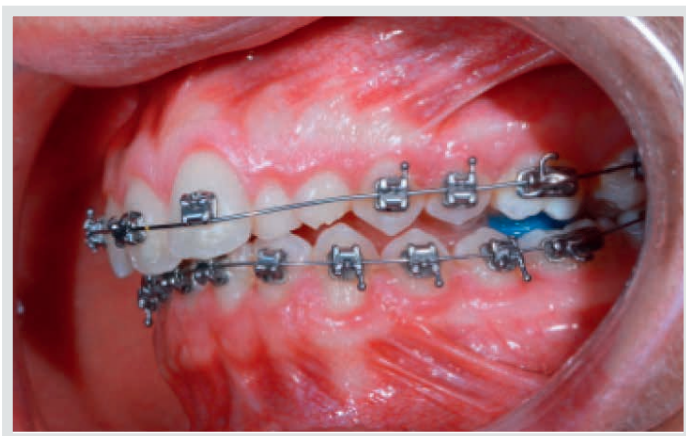
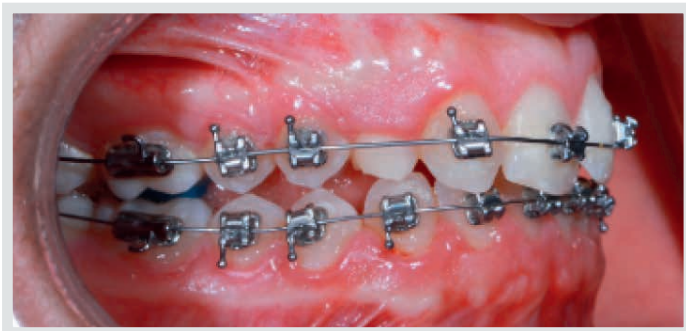
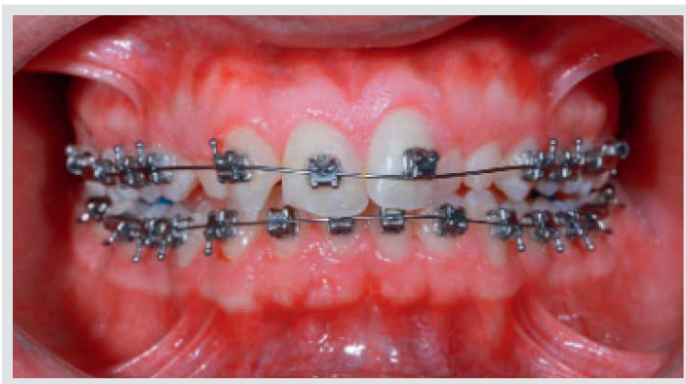


Figura 4. Brackets Autoligados CCO , arco 0.018 NiTi



Figura 5. Cirugía de exposición de pieza 23 y colocación de botón con cadeneta elástica de segunda generación.

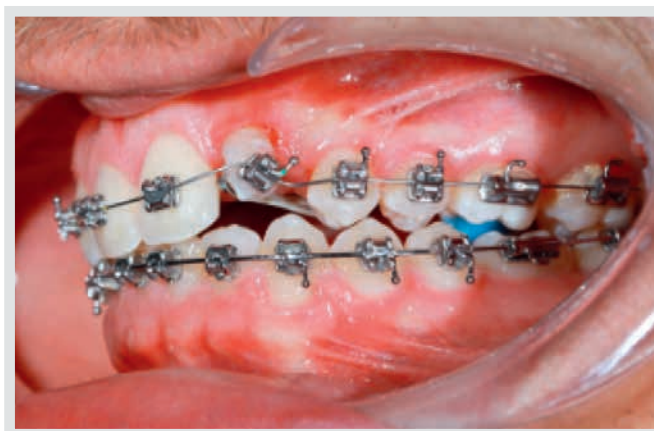
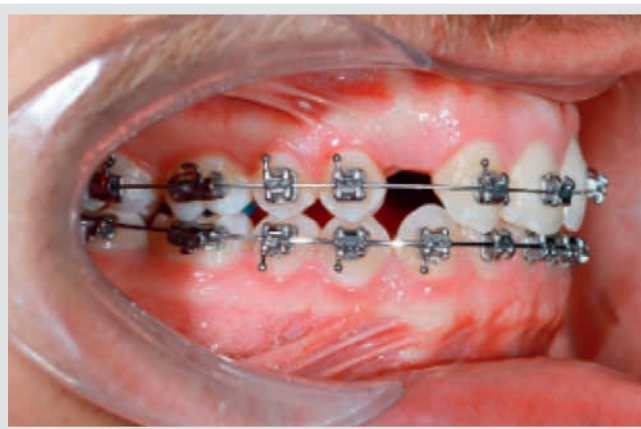


Figura 6. Control #6 se procedió a colocación de brackets del 23 y botón lingual en 23 y 24 con cadeneta elástica.

Para el siguiente control el 23 ya se encontraba en mejor posición por lo que se retiró el botón lingual y se hizo reposición de brackets "Figura 7".

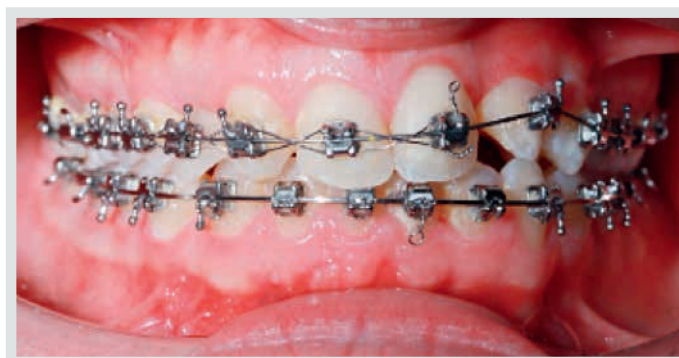


Figura 7. Control #7 se hace reposición de brackets 23.

Se procedió a la colocación de un microtornillo interradicular en distal del 13 "Figura 8".

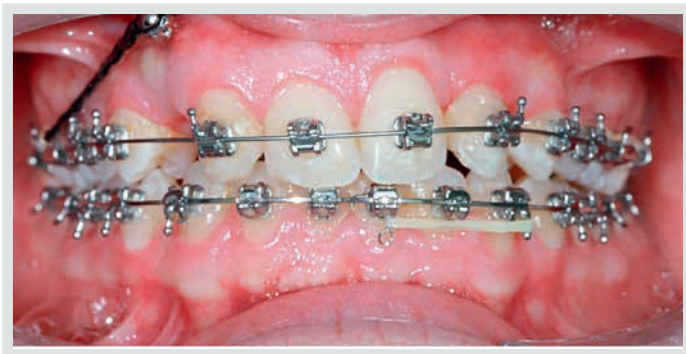


Figura 8. Microtornillo Interradicular en distal del 13 para mesialización del sector posterior en el cuadrante I

Se procederá al cierre de espacios del cuadrante I mesializando el sector posterior y ajustando la línea media superior 2.5 mm a la derecha. Posteriormente, se llevará a cabo el remodelado de caninos y premolares con apoyo de un especialista en rehabilitación oral, utilizando tallado selectivo y restauraciones estéticas en resina para lograr una armonía funcional y estética en el sector anterior.

4. Evolución clínica

El tratamiento se encuentra actualmente en etapa de cierre de espacio y centrado de línea media superior. El canino 23 ha erupcionado con éxito y se ha integrado en la arcada. Se ha iniciado la remodelación de los caninos superiores y el plan contempla finalizar con resinas estéticas para armonizar el sector anterior.

Conclusión

El presente caso clínico indica una forma leve del síndrome EEC3, caracterizado por la presencia de ectrodactilia, agenesias dentales múltiples, hipoplasia del esmalte y un canino retenido. Aunque no se cuenta con una prueba genética confirmatoria, la agrupación de estos signos clínicos apoya una fuerte sospecha diagnóstica dentro del espectro del síndrome EEC3.

Este caso resalta la importancia de considerar expresiones fenotípicas atenuadas en síndromes genéticos como EEC3, especialmente cuando los hallazgos orales son predominantes. Además, demuestra cómo un enfoque ortodóncico planificado y personalizado que incluya la tracción de dientes retenidos, cierre de espacios con microtornillos y remodelación estética de coronas puede ofrecer resultados funcionales y estéticos satisfactorios, sin necesidad de restauraciones protésicas tempranas.

El trabajo interdisciplinario entre ortodoncista, genetista, cirujano y especialistas en estética dental es clave para lograr una rehabilitación integral en pacientes con este tipo de alteraciones.

Este estudio de caso fue realizado conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. El paciente otorgó su consentimiento informado por escrito para la evaluación, tratamiento y publicación del caso clínico, incluyendo las imágenes clínicas pertinentes, garantizando su anonimato y confidencialidad.

REFERENCIAS

- [1] Jiang, L., Jiang, C., Song, T., Wang, Y., Si, N., Li, H., & Yin, N. (2025). Identification of a novel TP63 variant in a Chinese patient with orofacial clefts and ectrodactyly: Case report and literature review. *Cleft Palate Craniofacial Journal*, 62(7), 1263–1267. <https://doi.org/10.1177/10556656241241132>
- [2] Valles-Román, C., Reyes-Sepúlveda, J. E., Moreno-Treviño, S. A., & Guzmán-de Hoyos, A. I. (2022). Manejo odontológico del paciente con síndrome EEC (ectrodactilia, displasia ectodérmica y labio/paladar hendido). Reporte de caso clínico. *Revista AMOP*, 34(2), 71–76.
- [3] Török, G., Saláta, J., Ábrám, E., Nemes, B., Hermann, P., Rózsa, N., & Kispélyi, B. (2024). Prosthetic rehabilitation of a patient with ectrodactyly-ectodermal dysplasia-cleft lip/palate syndrome through a hybrid workflow: A case report with 2-year follow-up. *Special Care in Dentistry*, 44(1), 96–102. <https://doi.org/10.1111/scd.12826>
- [4] Wu, Y., Hu, W., Wang, L., Wang, X., Liu, Q., & Li, J. (2017). Prenatal diagnosis of EEC syndrome in a Chinese woman with a TP63 mutation: A case report. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 213, 409–411. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28420484/>
- [5] BigomTaheri, J., Azimi, S., Mortazavi, H., Babaee, S., & Tarahhomi, M. R. (2013). Ectrodactyly-Ectodermal Dysplasia-Clefting Syndrome: Report of a Case with Oral Manifestations. *Journal of Dental School, Shahid Beheshti University of Medical Sciences*, 31(2), 113–117.
- [6] Zhang, W., Wang, C., Hu, Z., Zhang, L., Zhang, T., Feng, Z., & He, H. (2019). Clinical and genetic analysis in Chinese families with TP63-related syndromes: EEC and AEC syndromes expanding the phenotypic spectrum of TP63-related disorders. *Molecular Genetics & Genomic Medicine*, 7(7), e704. <https://doi.org/10.1002/mgg3.704>
- [7] Rinne, T., Brunner, H. G., & van Bokhoven, H. (2007). TP63-related disorders. In M. P. Adam et al. (Eds.), *GeneReviews®*. University of Washington. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK43797/>
- [8] Hanisch, M., Ziegler, J. B., Fotschki, C., Suwelack, D., Vinayahalingam, S., & Kleinheinz, J. (2022). Implantatprothetische Rehabilitation von Betroffenen mit EEC-Syndrom: Eine Fallserie. *Implantologie*, 1, 93–100.

DISPLASIA DENTINARIA RADICULAR (TIPO I): REPORTE DE UN CASO

*Radicular Dentin Dysplasia (Type I):
— Case Report —
Displasia Dentinária Radicular (Tipo I):
— Relato de Caso —*

Dra. Hannah M. SanjurSabán

Dra. Natalie Pantet

Dra. Marisol Vasconez

Resumen

La displasia dentinaria es un desorden del desarrollo de la estructura de los dientes, descrita por primera vez en 1920 por Ballschmiede. Se describe como una condición hereditaria con patrón autosómico dominante, que compromete únicamente la dentina, y que se clasifica en dos tipos: displasia dentinaria radicular (tipo I) y displasia dentinaria coronal (tipo II). Ambas afectan tanto la dentición primaria como la permanente, siendo la radicular (tipo I) la más común. El presente estudio presenta un caso clínico de una paciente femenina de 25 años, la cual acude a la consulta por una revisión y deseos de mejorar su aspecto dental. Al examen intraoral presenta coronas opalescentes con un aspecto de forma bulbosa, movilidad dental, diastemas generalizados, malposiciones dentales y facetas de desgastes incisales, lesiones compatibles con caries dental ICDAS 3 y edentulismo parcial, al examen radiográfico se observan raíces dentales cortas, relación corona-raíz de 2:1, radiodensidades similares entre esmalte y dentina, áreas radiolúcidas a nivel apical de tres piezas, espacio de la cámara pulpar y los conductos radiculares reducidos. Se establece un plan de tratamiento conservador y preventivo, que busca prolongar el mayor tiempo posible los dientes de la

paciente en boca. El presente estudio busca evaluar cuales son las características clínicas y radiográficas de la displasia dentinaria radicular en pacientes adultos e interpretar cómo influye esta condición en la planificación del tratamiento odontológico.

Palabras clave: *Displasia dentinal radicular, plan de tratamiento, caries dental.*

Abstract

Dentin dysplasia is a developmental disorder of tooth structure, first described in 1920 by Ballschmiede. It is characterized as a hereditary condition with an autosomal dominant pattern, affecting only the dentin, and is classified into two types: radicular dentin dysplasia (Type I) and coronal dentin dysplasia (Type II). Both types affect primary and permanent dentition, with the radicular type (Type I) being the most common. This study presents a clinical case of a 25-year-old female patient who visits the dental clinic for a routine check-up and expresses a desire to improve the appearance of her teeth. Intraoral examination reveals opalescent crowns with a bulbous shape, tooth mobility, generalized diastemas, dental malpositions, incisal wear facets, lesions compatible with ICDAS 3 dental caries, and partial edentulism. Radiographic examination shows short dental roots, a crown-to-root ratio of 2:1, similar radiodensities between enamel and dentin, radiolucent areas at the apices of three teeth, and reduced pulp chamber and root canal spaces. A conservative and preventive treatment plan is established, aiming to retain the patient's teeth in the mouth for as long as possible. This study aims to evaluate the clinical and radiographic characteristics of radicular dentin dysplasia in adult patients and to interpret how this condition influences dental treatment planning.

Keywords: *Radicular dentin dysplasia, treatment plan, dental caries.*

Resumo

A displasia dentinária é um distúrbio do desenvolvimento da estrutura dos dentes, descrita pela primeira vez em 1920 por Ballschmiede. É caracterizada como uma condição hereditária com padrão autossômico dominante, que afeta apenas a dentina, sendo classificada em dois tipos: displasia dentinária radicular (tipo I) e displasia dentinária coronal (tipo II). Ambos os tipos afetam a dentição decídua e a permanente, sendo a forma radicular (tipo I) a mais comum. O presente estudo apresenta um caso clínico de uma paciente do sexo feminino, de 25 anos de idade, que compareceu à consulta para uma avaliação de rotina e com o desejo

de mejorar la estética dental. Ao exame intraoral, observam-se coroas opalescentes com aspecto bulboso, mobilidade dentária, diastemas generalizados, malposições dentárias, facetas de desgaste incisal, lesões compatíveis com cárie dentária ICDAS 3 e edentulismo parcial. No exame radiográfico, observam-se raízes dentárias curtas, relação coroa-raiz de 2:1, radiodensidades semelhantes entre esmalte e dentina, áreas radiolúcidas na região apical de três dentes, além de espaços reduzidos da câmara pulpar e dos canais radiculares. Foi estabelecido um plano de tratamento conservador e preventivo, com o objetivo de manter os dentes da paciente na cavidade bucal pelo maior tempo possível. Este estudo busca avaliar as características clínicas e radiográficas da displasia dentinária radicular em pacientes adultos e interpretar como essa condição influencia no planejamento do tratamento odontológico.

Palavras-chave: *Displasia dentinária radicular, plano de tratamento, cárie dentária.*

Introducción

La displasia dentinaria (DD) es un desorden del desarrollo de la estructura de los dientes descrito por primera vez en 1920 por Ballschmiede, quien la llamó “rootless teeth” (Gopalakrishnan et al., 2021; Logan et al., 1962). Según Witkop, se estima que la incidencia a nivel mundial es de 1 caso por cada 100,000 personas y afecta con igual frecuencia a ambos sexos (Kobus et al., 2019; Chen et al., 2019). Se trata de una condición hereditaria con patrón autosómico dominante, que compromete únicamente la dentina. Mientras el esmalte conserva su aspecto normal, la dentina presenta alteraciones estructurales que derivan en una morfología anormal de la pulpa (Sivapathasundharam, 2024; Kobus et al., 2019). La displasia dentinaria se clasifica en dos tipos: displasia dentinaria radicular (tipo I) y displasia dentinaria coronal (tipo II). Ambas afectan tanto la dentición primaria como la permanente, siendo la radicular (tipo I) la más común (Sivapathasundharam, 2024; Odell, 2024).

En la displasia dentinaria radicular (tipo I), los dientes conservan una apariencia clínicamente normal. Algunas veces presentan opalescencia de las coronas clínicas y, generalmente, los dientes presentan movilidad debido a que las raíces son anormalmente cortas. Clínicamente, se pueden encontrar dientes con extrema movilidad acompañada de antecedentes de exfoliación prematura o espontánea, que puede estar asociada a traumas menores (Soto-Donoso et al., 2024). Radiográficamente, se observan raíces cortas y cónicas, obliteración pulpar pre-eruptiva con un aspecto de media luna paralela a la unión cemento-esmalte en la dentición permanente, y obliteración pulpar total en dientes temporales. A menudo se observan múltiples imágenes radiolúcidas en la zona periapical en dientes no cariados. Histológicamente, la porción coronal de la dentina se observa normal, pero hacia la

zona apical aparece dentina tubular calcificada, osteodentina y dentículos fusionados, lo cual se describe como una apariencia de “lava fluyendo alrededor de rocas” (Sivapathasundharam, 2024; Odell, 2024; Barron et al., 2008).

En el caso de la displasia dentinaria coronal tipo II, las coronas clínicas también pueden presentar opalescencia, pero solo en la dentición temporal (Sivapathasundharam, 2024). Radiográficamente, en dentición decidua se observan cámaras pulpares obliteradas. Histológicamente, en dentición decidua, la dentina radicular se muestra amorfa y tubular, mientras que la dentina coronal es normal, aunque con calcificaciones intrapulpares. En contraste, en dentición permanente, se observa radiográficamente que las cámaras pulpares están ensanchadas en la porción coronal, adquiriendo un aspecto conocido como “thistle-tube” o tubo de cardo (Sivapathasundharam, 2024; Barron et al., 2008; Brenneise & Conway, 1999).

Usualmente, el diagnóstico diferencial se establece a partir de los hallazgos del historial médico, el examen clínico y las características radiográficas. Entre los principales diagnósticos diferenciales se incluyen la dentinogénesis imperfecta y la reabsorción radicular inducida por tratamiento de ortodoncia (Barron et al., 2008; Fuentes, 2023). Además, Soto-Donoso et al. (2024) describieron hallazgos radiográficos similares en pacientes pediátricos que han recibido quimioterapia o radioterapia en la región maxilofacial durante el período de formación y desarrollo radicular.

El presente estudio reporta el caso clínico en el cual se sospecha de una afección displásica. Por lo que nos surge la siguiente interrogante, ¿cuáles son las características

clínicas y radiográficas de la displasia dentinaria radicular en pacientes adultos y cómo influye en la planificación del tratamiento odontológico?

Reporte de Caso

Paciente femenina de 25 años acude a la consulta por el motivo principal: “Quisiera arreglarme los dientes”. La paciente refiere inconformidad respecto a la estética de sus dientes desde hace años. En consultas previas en clínicas privadas, buscó iniciar un tratamiento de ortodoncia. Después de la evaluación radiográfica, se le indicó realizarse un tratamiento de conducto y se le informó que presentaba raíces cortas, por lo que desestimaron realizar el tratamiento de ortodoncia. Al indagar acerca de los antecedentes familiares, la paciente refiere que su madre y hermano presentan la misma condición dental.

Al examen físico extraoral, la paciente presenta una forma de la cara mesocefálica, asimetría frontal y perfil recto. Al examen funcional la paciente presentó desplazamiento anterior del disco del lado derecho. La paciente refiere sentir que “aprieta los dientes” mientras duerme, a menudo despierta con dolor de cabeza en las mañanas.

Al examen clínico intrabucal se observa que las piezas dentales antero superiores e inferiores presentan coronas opalescentes, diastemas generalizados, malposiciones dentales y facetas de desgastes incisales, lesiones compatibles con caries dental ICDAS 3, según lo descrito por Pitts, Ekstrand y la ICDAS Foundation (2013). y edentulismo parcial, debido a exodoncias por caries dental.

Al examen periodontal la paciente presenta abundante biofilm, eritema localizado en encía marginal, máxima profundidad de sondaje de 4mm localizado, sangrado al sondaje, piezas con movilidad dental grado I, unión margen gingival en ambas arcadas en promedio de 5. Se diagnostica Gingivitis inducida por biopelícula y Periodontitis Estadio I Grado A localizada. También presenta pericoronaritis a nivel del opérculo distal de la pieza 48 con sintomatología dolorosa.

Al examen oclusal presentó lateralidad derecha a expensas de 12-42 e interferencias en piezas 27-37 y 28-38 y 25-36, mientras que la lateralidad izquierda se realiza a expensas de 22-32 y presenta interferencias en 27-37 y 17-48. En movimiento de protrusión, el mismo se da a expensas de 11-42 y 21-31 e interferencias en 17-48 y 28-38.



Figura 1. Fotografía intraoral frontal de la paciente

En el examen radiográfico se observan raíces dentales cortas, coronas con un aspecto de forma bulbosa, relación corona-raíz de 2:1, radiodensidades similares entre esmalte y dentina, se observa el espacio de la cámara pulpar y los conductos radiculares reducidos, el espacio del ligamento periodontal ensanchado a nivel de los incisivos laterales inferiores, mientras que a nivel del

incisivo central superior derecho e incisivos centrales inferiores se evidencian áreas radiolúcidas bien delimitadas con bordes definidos a nivel apical. A nivel de los segundos premolares superiores observamos imagen radiolúcida a nivel de la cámara y conducto pulpar compatible con aspecto descrito en la literatura como “thistle tube”. Tercera Molar inferior izquierda impactado, en posición mesioangulada según la clasificación de Winter (1926)

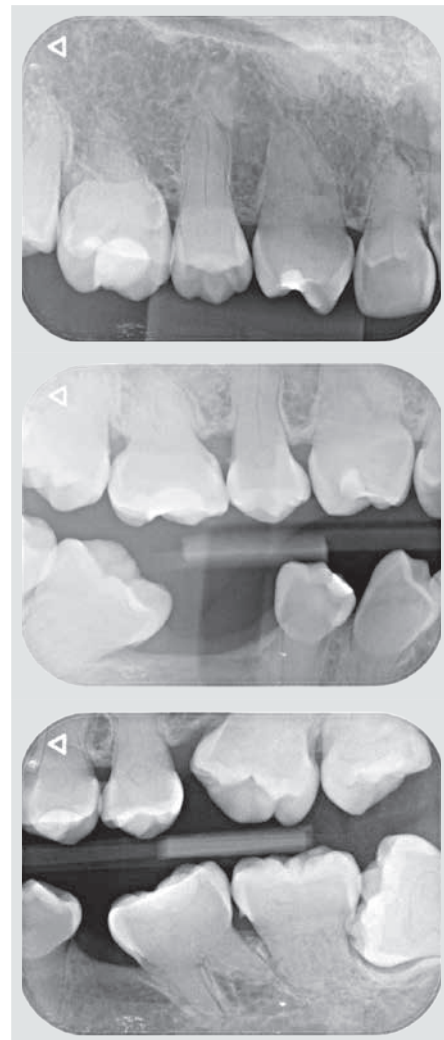


Figura 2. Radiografías periapicales y aleta de mordida, se aprecia aspecto radiográfico compatible con “Thistle Tube” en segundos premolares superiores.



Figura 3. áreas radiolúcidas bien delimitadas con bordes definidos a nivel apical de piezas 11, 21 y 31.



Figura 4. Radiografía panorámica

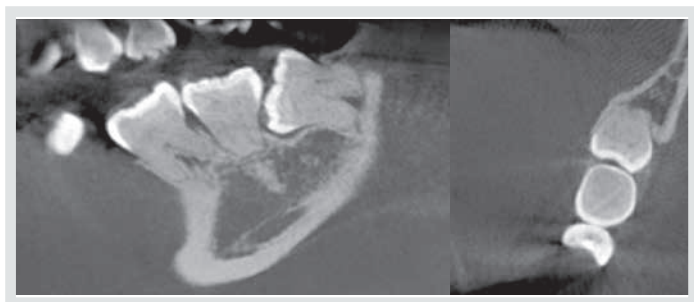


Figura 5. Tomografía axial computarizada, tercera molar mesioangulada impactada contra cara distal de segunda molar.

Al examen pulpar no se obtuvo respuesta a la prueba de frío en las piezas 11, 31 y 41, dando lugar a un resultado negativo a dicha prueba. También se obtienen resultados negativos a pruebas de presión, palpación y percusión. Se corrobora con aspecto de radiografías periapicales y tomografía computarizada de dichas piezas (figura 6) y se diagnostica: Necrosis pulpar y Periodontitis apical asintomática.

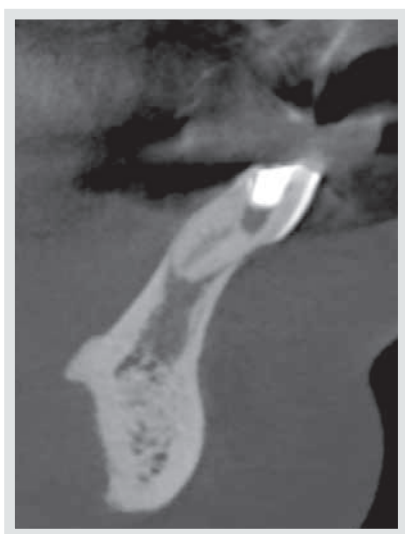


Figura 6. Tomografía axial computarizada, plano sagital de Pieza 41.

El objetivo del tratamiento es prolongar el mayor tiempo posible los dientes de la paciente en boca mediante maniobras terapéuticas preventivas y conservadoras. Primeramente, se inicia con la fase de defocación, en la cual contemplamos realizar una profilaxis dental inicial, seguida de un raspado y alisado radicular localizado en las piezas que así lo requieran. Este tratamiento será acompañado de enseñanzas de técnicas de higiene oral y aplicación de flúor cada 6 meses. Este último como parte del plan de prevención debido al riesgo cariogénico moderado que presenta la paciente, el cual fue evaluado durante la etapa de recolección de registros. Se buscará enfocar la enseñanza de técnicas de higiene para facilitar y garantizar la eficacia en la higiene oral por malposición dental y forma característica de sus co-

ronas clínicas “bulbosas”. Para el tratamiento de las piezas 11, 31 y 41 que presentan necrosis pulpar y periodontitis apical asintomática se planifica tratamiento de conducto. Se realizará la exodoncia de la tercera molar impactada, restauraciones dentales con resina compuesta en piezas que presentan lesiones cariosas y se indica el uso de férula miorelajante para el control del bruxismo.

Discusión

La displasia dentinaria radicular es un trastorno del desarrollo dental de origen genético que afecta principalmente la estructura de la dentina y, secundariamente, la morfología de la raíz. Clínicamente, se caracteriza por la presencia de coronas con aspecto opalescente, raíces cortas y cónicas, y obliteración de la cámara pulpar. En el análisis histológico, es común observar dentina tubular calcificada, osteodentina y dentículos fusionados. Múltiples autores coinciden en que la displasia dentinaria radicular no cuenta con un tratamiento específico. Por ello, el enfoque clínico se orienta hacia el diagnóstico precoz y la prevención de complicaciones secundarias, con el objetivo de evitar procedimientos invasivos innecesarios (Gopalakrishnan et al., 2021; Sivapathasundharam, 2024; Odell, 2024; Barron et al., 2008; Soto-Donoso et al., 2024; Jose et al., 2019; Patnana et al., 2020).

Este estudio presenta reportes similares al caso evidenciado por Patnana, Chugh y Chugh (2020), en el cual las zonas radiolúcidas periapicales se presentaron solamente en dientes anteriores tanto del maxilar superior como de la mandíbula. En contraste, el caso presentado por Van Dis y Allen (1989) menciona que en la DD radicular los dientes posteriores se ven afectados con mayor fre-

cuencia que los anteriores, con la presencia de múltiples imágenes de radiolucidez a nivel periapical.

Estudios previos a la investigación de Tidwell y Cunningham (1979) reportaban procedimientos invasivos como exodoncias para el tratamiento de afecciones pulpares, dada la frecuencia con la que se encontraban con dificultades técnicas derivadas de la obliteración pulpar y anatomía radicular desfavorable. En este caso clínico se planteó realizar tratamientos endodónticos en las piezas que presentan necrosis pulpar y periodontitis apical. Para optar por dicho plan se tomaron en consideración factores como la edad e imágenes de tomografía que, al ser estudiadas, no revelaron limitaciones anatómicas significativas que contraindicaran el tratamiento. Para el mismo se planificó establecer un abordaje clínico meticuloso, además de proponer un protocolo de seguimiento clínico y radiográfico de controles de tratamiento. Este abordaje se asemeja a reportes previos, como el de Krug et al. (2020), en el que se optó por realizar endodoncias utilizando guías diseñadas virtualmente e impresas en 3D para afrontar las dificultades anatómicas que se presentaban en las piezas a tratar.

Como se mencionó anteriormente, el enfoque clínico es conservador, dirigido a mantener la mayor cantidad de piezas en boca el mayor tiempo posible. Sin embargo, en el presente caso se indicó la exodoncia de la pieza 38, motivada por la sintomatología dolorosa reportada por la paciente y la posición impactada del diente contra la cara distal de la pieza 37. Esta situación genera un acúmulo significativo de biopelícula, incrementando el riesgo de caries en dicha superficie. Dado el contexto anatómico propio de la displasia dentinaria radicular,

se advirtió a la paciente sobre el riesgo de avulsión de la pieza 37 durante la maniobra quirúrgica, debido a la reducida longitud radicular. Como parte del manejo integral, se indicó el uso de una férula miorelajante nocturna para el control del bruxismo. Esta intervención busca redistribuir las fuerzas oclusales, reducir la carga funcional excesiva sobre piezas dentales específicas y proteger la dentición remanente, lo cual es avalado por una extensa data de estudios sobre tratamiento del bruxismo (Gopalakrishnan et al., 2021; Oyarzo et al., 2021; Mayoral Sanz et al., 2023; Alencastro & Rockenbach, 2023; Valdez-Pérez et al., s.f.).

En el tratamiento del edentulismo parcial y las malposiciones dentales, se valoraron tanto opciones protésicas como ortodónticas. Sin embargo, la alternativa protésica fue descartada debido a una relación corona-raíz desfavorable y a la inadecuación de los pilares dentales para brindar soporte adecuado. Por otro lado, si bien se consideraron tratamientos ortodónticos, estudios como el de Jose, Palathingal, Baby y Thachil (2019) advierten sobre el riesgo de que las fuerzas ortodónticas puedan causar una mayor reabsorción radicular y movilidad dentaria, especialmente en casos con raíces cortas, lo que podría conducir a una exfoliación prematura.

Ante este contexto, se realizó una interconsulta con el servicio de Ortodoncia, donde se contempló la posibilidad de utilizar alineadores con fuerzas mínimas. Esta opción ha demostrado, según investigaciones recientes, una menor tasa de reabsorción radicular en comparación con la ortodoncia convencional. No obstante, considerando la edad de la paciente (mayor de 18 años) y las características del caso, se optó por sugerir la colocación de un implante unitario como

una alternativa más adecuada, recomendación que también es respaldada por autores como Khandelwal, Gupta y Likhyani (2014) y Jose et al. (2019).

Conclusión

Las características principales de la displasia dentinaria radicular incluyen opalescencia de las coronas clínicas y un aspecto bulboso en la anatomía de las mismas y movilidad dental. Radiográficamente se observan raíces cortas y cónicas, obliteración pulpar, y a menudo se observan numerosas imágenes radiolúcidas en la zona periapical en dientes no cariados. La displasia dentinaria radicular, al ser un desorden del desarrollo de la estructura de los dientes que es de origen genético no es una condición que conlleve un tratamiento específico, lo ideal es enfocarse en el diagnóstico temprano de la condición y la prevención del desarrollo de otras patologías para tratar de evitar la necesidad de tratamientos más invasivos y orientar los planes de tratamiento en prolongar el mayor tiempo posible los dientes de la paciente en boca mediante maniobras terapéuticas preventivas y conservadoras. Se recomienda ante un diagnóstico de este desorden hereditario evaluar a los familiares de estos pacientes para dar la atención oportuna.

Referencias

- Alencastro, S. A. M., & Rockenbach, M. C. (2023). *Complicaciones en la extracción de terceros molares mandibulares incluídos, retenido e impactados. Revision de la Literatura.*[Versión Original en Español]. *Odontología Vital*, 1(38), 17-25.
- Barron, M. J., McDonnell, S. T., MacKie, I., & Dixon, M. J. (2008). *Hereditary dentine disorders: dentinogenesis imperfecta and dentine dysplasia. Orphanet journal of rare diseases*, 3, 1-10.
- Brenneise, C. V., & Conway, K. R. (1999). *Dentin dysplasia, type II Report of 2 new families and review of the literature. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology*, 87(6), 752-755.
- Chen, D., Li, X., Lu, F., Wang, Y., Xiong, F., & Li, Q. (2019). *Dentin dysplasia type I—A dental disease with genetic heterogeneity. Oral diseases*, 25(2), 439-446.
- Ciola, B., Bahn, S. L., & Goviea, G. L. (1978). *Radiographic manifestations of an unusual combination type I and type II dentin dysplasia. Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 45(2), 317-322.
- Fuentes, S. V. (2023). *Reabsorción radicular en los tratamientos de ortodoncia con brackets de autoligado y alineadores (Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México).*
- Gopalakrishnan, S., Balasubramaniam, N., Ramamoorthi, R., & Vedachalam, R. (2021). *A case of multiple rootless teeth: A case report and review. Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, 25(3), 559.
- Jose, E. A., Palathingal, P., Baby, D., & Thachil, J. M. (2019). *Dentin dysplasia type I: a rare case report. Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, 23(2), 309.
- Khandelwal, S., Gupta, D., & Likhyani, L. (2014). *A case of dentin dysplasia with full mouth rehabilitation: a 3-year longitudinal study. International Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 7(2), 119.
- Kobus, A., Świśłocka, M., Kierklo, A., Borys, J., Domel, E., Różycki, J., ... & Bagińska, J. (2019). *Dentin dysplasia type I. Folia Morphologica*, 78(3), 637-642.
- Krug, R., Volland, J., Reich, S., Soliman, S., Connert, T., & Krastl, G. (2020). *Guided endodontic treatment of multiple teeth with dentin dysplasia: a case report. Head & face medicine*, 16, 1-8.
- Logan, J., Becks, H., Silverman Jr, S., & Pindborg, J. J. (1962). *Dentinal dysplasia. Oral Surgery Oral Medicine and Oral Pathology*, 15(3), 317-333.
- Lozano-Chourio, M. A., & Rojas, A. L. R. (2009). *Reabsorción radicular en ortodoncia: revisión de la literatura. Universitas Odontológica*, 28(60), 45-51.
- Mayoral Sanz, P., Lagravere Vich, M., & Correa, L. (2023). *Sleep bruxism and obstructive sleep apnea. Prescription of a mandibular advancement device from a dental perspective. Universitas Odontológica*, 42.
- Odell, E. W. (2024). *Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine-E-Book: Cawson's Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine-E-Book. Elsevier Health Sciences.*

Oyarzo, J. F., Valdés, C., & Bravo, R. (2021). *Etiología, diagnóstico y manejo de bruxismo de sueño*. *Revista médica clínica las condes*, 32(5), 603-610.

Patnana, A. K., Chugh, V. K., & Chugh, A. (2020). *An unusual variation of radicular dentin dysplasia: A rare case report with review of literature*. *Indian Journal of Dental Research*, 31(5), 807-812.

Pitts, N. B., Ekstrand, K. R., & ICDAS Foundation. (2013). *International Caries Detection and Assessment System (ICDAS) and its International Caries Classification and Management System (ICCMS)–methods for staging of the caries process and enabling dentists to manage caries*. *Community dentistry and oral epidemiology*, 41(1), e41-e52.

Sivapathasundharam, B. (2024). *Shafer's Textbook of Oral pathology-E-Book*. Elsevier Health Sciences.

Soto-Donoso, F., Alarcón, Á., Fariña-Sirandoni, R., & Martínez-Rondanelli, B. (2024). *Displasia dentinaria tipo I: Manejo clínico y estudio histológico a propósito de dos casos*. *International journal of interdisciplinary dentistry*, 17(1), 45-47.

Tidwell, E., & Cunningham, C. J. (1979). *Dentinal dysplasia: endodontic treatment, with case report*. *Journal of endodontics*, 5(12), 372-376.

Van Dis, M. L., & Allen, C. M. (1989). *Dentinal dysplasia type I: a report of four cases*. *Dentomaxillofacial Radiology*, 18(3), 128-131.

VALDEZ-PÉREZ, Z. A., LUCAS-RINCÓN, S. E., ALEJANDRA, M., ISLAS-GRANILLO, H. O. R. A. C. I. O., NAVARRETE-HERNÁNDEZ, J. D. J., & EDUARDO, C. (n.d.). *Daño a segundo molar por tercer molar impactado en posición mesioangular: Reporte de un caso clínico*. *RED DE INVESTIGACION EN ESTOMATOLOGÍA*, 53.

Winter, G. B. (1926). *Impacted mandibular third molars* (p. 79). St. Louis, MO: American Medical Book Co.

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO CON COMPLICACIÓN SÚBITA DE PATOLOGÍA PERIAPICAL

**EN UN CASO DE DOLOR BUCOFACIAL SEVERO
Y DE LARGA DATA.
PRESENTACIÓN DE CASO.**

*Multidisciplinary management with
a sudden periapical pathology complication
in a case of severe and long-term orofacial pain.
— Case Presentation. —*

*Manejo multidisciplinar com omplicação
súbita de patolgia periapical em um caso de dor
orofacial intensa y de longa data.
— Apresentação do Caso. —*

**Dra. Laura Cristina Vargas Ambriz, Dr. Jesús Enrique Ruiz Nájera,
Dr. Fernando Gracia, Dr. Fernando R. Jaén**

Resumen

El Sistema Masticatorio, es un sistema ortopédico encargado, según Goodacre, (2019) de 25 funciones, incluyendo las vitales de hablar, tragar, respirar, dormir y masticar. Es el único del cual la vida depende y a diferencia de los demás, tiene 3 componentes anatómicos complejos; las 2 articulaciones temporomandibulares (ATM), el neuromuscular, la relación interdental, dientes y tejidos de soporte. Sus enfermedades son de origen congénito o hereditario, tumoral, sistémico o disfuncional (traumático repetitivo o súbito), ser muy sintomáticas, incapacitantes, comorbides o confundirse con otras patologías de cabeza, cuello y boca. Breve descripción del cuadro clínico:

Asistente de gerencia de 35 años que acudió al Neurólogo para segunda opinión con historia de “migrañas” desde los 19 años, que según Lipton et al (2018) solo el 39% son reales, con múltiples visitas médicas, hospitalizaciones, exámenes y tratamientos sin resultado. Ahora además le dolía el cuello, la cara, dientes, encías, los oídos, la espalda. Usar la boca dolía, postergando la atención e higiene dental, tenía mal sueño y cambios de ánimo. Indico trauma anteroposterior en premaxila con aparente manejo conservador a los 17 años. Según Addel-Fattah (2014), los traumas indirectos o directos en la cara o maxilar superior, pueden tener un efecto de onda expansiva hasta las ATM, musculo masticatorios o dientes, con efecto inmediato o mediato. Se diagnostico presuntivamente disfunción temporomandibular (DTM) refiriendo al Odontólogo, con resolución de cuadro doloroso luego de tratamiento conservador. Durante el manejo Odontológico y de forma repentina, inicio una inflamación del surco bucal anterior superior y dolor severo espontaneo en ambos incisivos centrales. Se diagnostico presuntivamente patología pulpar y referida al Endodoncista con tratamiento exitoso.

La intención de esta presentación es mostrar como diagnosticarlas, posibles complicaciones y describir una alternativa de manejo multidisciplinario de dolor bucofacial que impedía el funcionamiento bucal, perdida del bienestar y causaba dolores severos.

Palabras clave: inflamación periapical, dolor bucofacial, co-contracción muscular, migraña.

Abstract

The Masticatory System, an orthopedic system responsible, according to Goodacre, (2019) for 25 functions, including the vital functions of speaking, swallowing, breathing, sleeping and chewing. It is the only one on which life depends and unlike the others, has 3 complex anatomical components; 2 temporomandibular

joints (TMJ), neuromuscular, interdental relationship, teeth and supporting tissues. Can sick like the whole body with congenital or hereditary, tumoral, systemic or dysfunctional (traumatic, repetitive or sudden) causes, very symptomatic, disabling, comorbid or confused with other pathologies of the head, neck and mouth. Brief description of the clinical picture:

35-year-old assistant manager sought the Neurologist for a second opinion with a history of "migraines" since the age of 19, which according to Lipton al (2018) only 39% are real, with multiple medical consultations, hospitalizations, exams and treatments without results. Now his neck, face, teeth, gums, ears, and back also hurt. Because her mouth hurt, procrastinated her care, and neglected her dental hygiene, slept poorly and had mood changes. Anteroposterior trauma in the premaxilla was indicated, with apparent conservative treatment, at 17 years of age. According to Addel-Fattah (2014), indirect or direct trauma to the face or upper jaw can have a shockwave effect to the TMJ, masticatory muscles or teeth, with mediate or immediate effects. Temporomandibular disorder (TMD) was diagnosed with referral to the Dentist, with resolution of the painful condition after conservative treatment. During the dental treatment, an unexpected onset of inflammation of the superior anterior oral sulcus and severe spontaneous pain in both central incisors. Pulp pathology was diagnosed and referred to the Endodontist with successful treatment.

The intention of this presentation is to show how to diagnose them, possible complications, and describe an alternative multidisciplinary management of oral and facial pain that impeded oral function, loss of well-being and caused severe pain.

Key words: *periapical inflammation, orofacial pain, muscular co-contraction, migraine.*

Resumo

O Sistema Mastigatório é um sistema ortopédico responsável, segundo Goodacre, (2019) por 25 funções, incluindo as funções vitais de falar, engolir, respirar, dormir e mastigar. É o único do qual depende a vida e, ao contrário dos outros, possui 3 componentes anatômicos complexos; 2 articulações temporomandibulares (ATM), neuromuscular, relação interdental, dentes e tecidos de suporte. Adoecem como todo o corpo com origem congênita ou hereditária, tumor, sistêmica ou disfuncional (tipo traumático repetitivo ou súbito), são sintomáticas, incapacitantes, comórbidas ou se confundem com outras patologias da cabeça, pescoço e boca. Breve descrição do quadro clínico:

Gerente asistente de 35 años que procuró al Neurologista para una segunda opinión con historial de “enxaquecas” desde los 19 años, que según Lipton al (2018) apenas 39% son reales, con múltiples consultas médicas, internaciones, exámenes y tratamientos sin resultado. Ahora su cuello, rostro, dientes, encías, oídos y espalda también dolían. Usando la boca dolida, procrastinando sus cuidados y negligenciando su higiene dental, dormía mal y cambiaba de humor. Indicó trauma anteroposterior en la premaxila con aparente tratamiento conservador a los 17 años de edad. De acuerdo con Addel-Fattah (2014), el trauma indirecto en la cara o en la mandíbula superior puede tener un efecto de onda de choque hasta la ATM, músculos masticatorios y los dientes con daños inmediatos o mediatos. La disfunción temporomandibular (DTM) fue presumiblemente diagnosticada por derivación al dentista, con resolución del cuadro doloroso después de tratamiento conservador. Durante el tratamiento odontológico, inicio repentino de inflamación del surco bucal anterior superior y dolor espontáneo intenso en ambos incisivos centrales. La patología pulpar fue presumiblemente diagnosticada y derivada al endodentista con éxito en el tratamiento.

La intención de esta presentación es mostrar cómo diagnosticarlas, posibles complicaciones y describir un manejo multidisciplinario alternativo del dolor oral y facial que impidió la función oral, la pérdida de bienestar y causó dolor intenso.

Palabras-clave: *inflamación periapical, dolor bucofacial, co-contracción muscular, enxaqueca.*

La evaluación y manejo Neurológico en visita inicial consistió en:

Paciente de 35 años quien presenta dolor hemicráneo izquierdo de 10 días de evolución, severo que aumentaba con los movimientos del cuello, sensación de pesadez en la región del oído y región retro mastoidea. El dolor era tipo opresivo punzante y en ocasiones sensación de electricidad en la región temporomandibular, persistente y sin alivio. Refería, además, cervicalgia izquierda. Había acudido al cuarto de urgencia en dos ocasiones como posible migraña, tratada con analgésicos donde obtenía alivio parcial y transitorio. Le realizaron una tomografía axial computarizada del cerebro que fue normal. Consultó a otorrinolaringología ya que había sido diagnosticada y tratada por otitis media hacia un mes y medio, la cual estaba resuelta. El dolor se exacerbaba al masticar alimentos sólidos.

1. Antecedentes de importancia: Migraña episódica desde los 19 años que mejoraba con antiinflamatorios no esteroideos. Hipertensión arterial controlada con candersartan 16 mg al día. Colectomía. Resto no contributivos.
2. Examen físico: Presión arterial 140/80. Frecuencia cardíaca 82 x minuto. Examen físico general y neurológico normal, excepto por dolor a la palpación de la articulación temporo mandibular, músculo temporal y esplenio izquierdo.
3. Manejo: es referida para evaluación Odontológica y posible disfunción temporo mandibular.

La evaluación y manejo Odontológica y respondiendo a consulta del Neurólogo fue el 5 de agosto de 2024 y siguiendo las normas del American Academy of Craniomandibular Disorders (AACP) (1990), consistió en:

1. La queja principal es "dolores por todo el cuerpo, mal sueño y dificultad para usar la boca y me refirió el Neurólogo".
2. El examen físico según Burnside (1981), era con una fascia dolorosa, ojeras y las áreas maseterinas inflamadas (figura 1). La presión arterial era de 132/84. La paciente refería, al momento de la cita, estar con mucho dolor de cabeza, espalda y cara.
3. La historia medica indicaba hipertensión arterial manejada con Candesartan 16 mg qd y diagnósticos y medicamentos por migraña y neuralgia del trigémino. Ningún medicamento le funcionaba y en el momento no quería tomar más nada para el dolor.
4. El cuestionario por Apnea del Sueño y la escala Epworth del sueño, validado al español por Baldwin, et al (2012) y mandatorio para los miembros del American

Dental Association (2019), mostraba varias respuestas positivas (figura 2).

5. El cuestionario de condición anímica de Spitzer (1994), PHQ 9, (figura 3) también era positivo.
6. La historia dental e interdental reveló que siente que juega con los dientes, los aprieta y se muerde los labios. La mandíbula siempre le duele, no puede comer alimentos duros o grandes, y no puede abrir o apretar la boca por dolor (figura 4 y 5). No podía cepillarse o usar el hilo bien y no se atrevía ir al Odontólogo por temor al dolor causado al abrir la boca. Indico trauma anteroposterior a los 17 años en premaxila y que aparentemente, porque no lo recuerda bien, fue manejado conservadoramente. Nunca tuvo dolor dental.
7. La historia articulo/muscular indicaba dolores de cabeza diagnosticados como migraña y con poca resolución desde los 19 años, con aumento en frecuencia, intensidad y duración, ahora también en cuellos, boca y espalda y que los medicamentos para el dolor no le servían. Las cefaleas, los dolores de cuello, espalda y cara eran del lado izquierdo, de inicio súbito, todos los días, de tipo opresivo, constantes y al momento de la visita los tenía. En ocasiones amanecía con cefalea y apretando los dientes. No escuchaba ruidos articulares y presentaba dolor de oídos y mareos.
8. La historia de la condición anímica reveló episodios de ansiedad, tristeza o ira y despertares frecuentes por su constante dolor.
9. El examen muscular mostraba leve aumento de la cara derecha, (figura 1) pero a la palpación de los maseteros bilateralmente, sentía dolor severo (hi-

peralgiesia) localizado y referido a toda la cara y cuello y se palpaban fascículos inflamados. Los músculos trapecios y esternocleidomastoideos también estaban inflamados y adoloridos a la presión y palpación suave.

10. El examen articular con ultrasonido Doppler™ se escuchó crepitación en abertura en ATM derecha, signo y síntoma de la osteoartritis según Bates, et al (1994) y traqueo bilateral en lateralización.
11. El examen de rango de movimiento mandibular mostro abertura máxima dolorosa de 30 mm Inter incisal (figura 6), siendo lo normal de 45 a 55 mm en mujeres. Según Tas et al (2024) se alteran con los DTM.
12. El examen de postura, descrito por Solow y Tallgren (1967 y 1971) revelo línea omicron desviada levemente a su izquierda y postura anterior de la cabeza, que según Dieguez-Perez (2024) la puede alterar la posición de la mandíbula (figuras 7 y 8).
13. En el examen intrabucal se encontró la lengua con posición de reposo invertida, levemente festoneada (figuras 9) pero con espacio por una curva de Wilson de 40 mm.
14. El examen dental e interdental y según lo recopilado en su libro por Lundeen, Gibbs y Lee (1982) revelo, aunque con dificultad por el dolor en los movimientos de circunducción; guías caninas e incisivas, pero con contactos prematuros, curva incisal convexa leve, que según Meleu et al (2024), puede tener relación con los DTM (figura 5).
15. El examen de imágenes inicial mostraba, (figuras 10 y 11), inicial mostraba, de acuerdo con Abdel-Fattah (1995), Tawepong et al (2020) y el reporte de la Dra.

Brown; asimetría morfológica de los cóndilos, reabsorción osea horizontal generalizada leve, discrepancia leve en longitud de las ramas mandibulares y pérdida de los espacios de discos. No se observó patología radicular y se anotaron la ausencia de los premolares inferiores, presencia de las molares desiguales y la condición de las terceras molares.

Los diagnósticos de DTM, según el AACP (1990), fueron;

1. Osteoartritis primaria bilateral de las ATM.
2. Co-contracción muscular y mialgia severa de los músculos masticatorios y accesorios del cuello
3. Bruxismo despierto o en vigilia, que según el Glossary of Prosthodontic Terms (2023) significa; 1. el rechinar para funcional de los dientes; 2. Un hábito oral que consiste en cruji involuntariamente rítmico o espasmódico no funcional de los dientes o movimientos distintos de la masticación de la mandíbula, que puede conducir a un traumatismo oclusal.
4. Descartar alguna enfermedad respiratoria o de movimiento del sueño como el bruxismo del sueño, que según el American Academy of Sleep Medicine (2014), son movimientos para funcionales, nocivos y protectivos que intentan contrarrestar los efectos de la AOS, del reflujo gastroesofágico, múltiples medicamentos, enfermedades cerebrales, etc. y donde el diagnóstico puede ser clínico.

Tratamiento realizado;

El manejo Odontológico en fases y según el AACP (1990) y Manfredini, D. et al (2024) fue:

La Fase I consistió en;

1. Debido a que en el momento del examen estaba con dolor severo de cabeza, cara y espalda, refería que los analgésicos y otros medicamentos no funcionaban y además tener un diagnóstico por tratamiento, se receto de inmediato y con la aprobación de la paciente, a la aplicación en el nervio trigémino del TENS de Bioresearch™. Luego de la sesión, los dolores disminuyeron a leve. Para mantener la disminución de la contracción muscular y la resultante separación de la relación interdental, se le receto un aparato temporal, autoajustable, de cobertura parcial, Aqualizer TM (figura 12) diseñado por Lerman M. (2011) y evaluado por Buchbender M. et al (2021 Parte 1 y 2), con indicaciones de uso 24 horas al día hasta iniciar el tratamiento indicado. A la paciente se le dio seguimiento telefonico y refirió estar asintomática, no haber tomado ningún medicamento y poder dormir mejor, confirmando los diagnósticos. Se volvió a citar para la receta de un aparato ortopédico de larga duración.
2. El 12 de agosto se colocó y dieron instrucciones de cuidado de un aparato ortopédico mandibular según Tanner (1980) y modificado según Bono y Learreta, (2022) (figura 13), con la aplicación previa de una sesión de TENS de Bioresearch™, eficaz de acuerdo con Fertout et al (2019). Se le dio seguimiento telefónico y la paciente estaba asintomática. El protocolo usual de ajuste del aparato es de una sesión cada 2 semanas y aproximadamente 3, pero el día 20 de agosto la paciente llamo de urgencia por inflamación facial superior izquierda (figura 14), limitación de abertura nuevamente y dolor severo espontaneo, pun-

zante y empeorado al morder con esos dientes. Inicialmente se pensó en una recaída o mal diagnóstico por lo que se citó de inmediato. Luego de la evaluación se observó el aumento de volumen en el surco bucal, de la cara y labio izquierdo, enrojecimiento de la cara y dolor severo a la presión y palpación leve de los incisivos centrales izquierdo y derecho superior. Era el área con el trauma anteroposterior según su historia, por lo que refirió de urgencia al Endodoncista, para evaluación y eventual tratamiento exitoso de la condición pulpar.

Se siguió al mismo tiempo con el manejo de los DTM, completándose la Fase I el 2 de octubre. Con esta modalidad de tratamiento del dolor, se lograron las metas de disminución de la actividad muscular, el bruxismo despierto, según Ispergil et al, (2020), disminución de la presión intracapsular para una eventual formación de un tejido de cicatrización articular, según descrito por Cáceres et al, (2014), reestablecer el buen sueño y mejoramiento de su postura (figuras 15, 16, 17 y 18).

La Fase II consistía en;

La rehabilitación de la relación interdental, (figura 19) resultante o dañina. La posición mandibular después del tratamiento musculo-articular o relación céntrica postural adaptada, como le denominó Dawson (1995), mostraba contactos prematuros en cierre izquierdos y derechos (figuras 20 y 21). Tenía función de grupo izquierda, guía canina derecha y guía incisiva, pero todas con contactos prematuros en trabajo o balance (figuras 22 y 23), posibles causantes de hiperactividad muscular según Kerstein y Radke, (2012). A la paciente se le propuso el plan de tratamiento y acepto iniciando el 9 de octubre de 2024:

- a. Los contactos prematuros posteriores en cierre, lateralidad y protrusiva fueron manejados con un ajuste oclusal completo, descrito por Solow (2018), con 3 citas de seguimiento y remoción escalonada del aparato ortopédico hasta discontinuar su uso.
- b. Indicaciones para el cuidado del aparato y llamarnos para su posible uso nuevamente en caso de recaída o pérdida de la estabilidad interdental.

La evaluación y manejo Endodónico y respondiendo a consulta del Odontólogo consistió en:

1. A la exploración física: Se observó aumento de volumen en el tercio medio de la cara, correspondiente a la región anterosuperior de la boca, específicamente entre los incisivos centrales y lateral superior Izquierdo.
2. Examen radiográfico: Área radioclucida bien circunscrita involucrando los incisivos central y lateral superior Izquierdo de aproximadamente de 8mm2.
3. Pruebas de vitalidad: Se realizó prueba de vitalidad térmica al frío obteniendo una respuesta negativa de los incisivos centrales superiores (#21 y #11) y una respuesta positiva en los incisivos laterales superiores Izquierdo y derecho (#22 y #12).
4. Pruebas de palpación y percusión: Se encontró palpación y percusión acentuada en el incisivo central superior izquierdo (#21)

Diagnóstico: Absceso Periapical Agudo en el Incisivo Central Superior Izquierdo (#21).

Tratamiento:

1ª Cita: Drenaje del absceso, realizando el acceso del incisivo central superior izquierdo

(#21), se instrumentó hasta una lima 25 y está pasándola a través del foramen y con ello conseguir el drenaje a través del conducto. Se medicó a la paciente con Amoxicilina y ácido clavulánico de 875mg/125 ml. cada 12 horas por 7 días. Manejando analgésico y antiinflamatorio.

2ª Cita: Verificar las pruebas de Vitalidad de los dientes adyacentes, confirmando necrosis pulpar del incisivo central superior derecho (#11). Se realizó el abordaje de las piezas dentales en cuestión, realizando acceso a la cámara pulpar, abundante irrigación con NaOCl y colocando CaOH2 y colocando una obturación temporal con IRM (figura 25).

3ª Cita: Después de 10 días de la segunda cita, se abrieron las piezas nuevamente para volver a hacer irrigación y la instrumentación completa hasta la región apical y a los calibres completos de acuerdo al promedio del tamaño del diámetro de esos ápices. Se llevó a cabo el protocolo completo de irrigación con NaOCl, EDTA y solución salina, Obturando los conductos radiculares con Cemento Biocerámico bioactivo, (figura 26) por considerar que la paciente mostraba sintomatología en cero.

4ª Cita: Control: radiográfico a los 5 meses, (figura 27) para corroborar la recuperación ósea a nivel periapical del Incisivo Central Superior Izquierdo. También se realizó Blanqueamiento Interno de ambos Incisivos Centrales Superiores (figuras 28 y 29) y obtener un aclaramiento dental solicitado por la paciente.

Conclusión desde el punto de vista Endodóntico:

El absceso periapical agudo es una infección bacteriana grave que se produce por la afectación de tipo irreversible de la pulpa

dental, que al progresar en el tiempo y tornarse necrótica, permite que las bacterias migren a través de los conductos radiculares acumulándose en el área apical evolucionando a la destrucción del hueso y la tunelización rompiendo la cortical de la tabla ósea estableciéndose en el tejido blando. El diagnóstico definitivo es de suma importancia al momento de realizar cualquier tipo de procedimiento, ya que por un instante podemos confundirnos con el mismo, como por ejemplo (figura 24), pareciera estar involucrado otro órgano dentario (#22), pero al momento de hacer las pruebas de vitalidad se corrobora que no hay patología en este. El manejo de esta patología debe ser cautelosa para evitar exacerbación bacteriana. Es indispensable el manejo interdisciplinario adecuado y completo de estos casos.

Conclusión

Los DTM pueden ser dolorosos, de etiología traumática súbita o repetitiva, causar incapacidad, mover, fracturar, traumatizar o desgastar los dientes, desordenar el sueño, alterar el ánimo o el bienestar general, imitar a otras enfermedades, ser comórbidos y prolongarse por largo tiempo. Pocas veces son autolimitantes y las alternativas de tratamiento conservador alivian los síntomas y signos o Fase I y además facilitan la determinación de una posición mandibular de trabajo para el manejo de la Fase II o restauración de la tabla oclusal. Lamentablemente en muchas ocasiones no son diagnosticados, los pacientes son sometidos a múltiples diagnósticos o medicaciones y carecen de poca evaluación o atención dental. Este caso es de referencia para su detección y manejo temprano, eficaz, conservador, multidisciplinario, eficiente y a largo plazo, según Steed, (2004) y Pinzón y Jaén, (2024).

El diagnóstico y un manejo de urgencia oportuno de esta condición, puede mejorar significativamente la calidad de vida de los pacientes afectados con estas patologías de origen disfuncional de tipo súbito o repetitivo, estando ambas presentes en este caso.

A la presentación para publicación de este caso en octubre de 2025, la paciente estaba funcional y asintomática.

MANEJO MULTIDISCIPLINARIO
CON COMPLICACIÓN SÚBITA
DE PATOLOGÍA PERIAPICAL

Bibliografía

Abdel-Fattah, R. (1996). *Intraoral Appliances in Management of Temporomandibular Disorders, Revised*. CRANIO®, 14(4), 344–345. <https://doi.org/10.1080/08869634.1996.11745987>

Abdel-Fattah, R. (2014). Evaluating and managing temporomandibular injuries. CRANIO®, 32(2), 95–96. <https://doi.org/10.1179/0886963414Z.00000000035>

Abdel-Fattah, R. (1995) *Simplified Approach in Interpretation of the Temporomandibular Joint Tomography*, CRANIO®, 13:2, 121-127, DOI: 10.1080/08869634.1995.11678055

American Dental Association (2019), descargable en:

https://www.ada.org/-/media/project/ada-organization/ada/ada-org/files/resources/library/oral-health-topics/ada_2019_policy_role_of_dentistry_sleep_related_breathing_disorders.pdf?rev=a6b7d4ff667c4325bd1cc402882e0235&hash=E95FE7655548C32764C7F5EE170A6A5A

American Academy of Craniofacial Pain (AACP) (1990). Robert L. Talley, Gerald J. Murphy, Stephen D. Smith, Michael A. Baylin & Jack L. Haden (1990) *Standards for the History, Examination, Diagnosis, and Treatment of Temporomandibular Disorders (TMD): A Position Paper*, CRANIO®, 8:1, 60-77, DOI: 10.1080/08869634.1990.11678302

American Academy of Sleep Medicine (2014). *International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3)*, ed. 3 Darien, IL.

Buchbender, M., Keplinger, L., Kesting, M. R., Adler, W., & Schmitt, C. M. (2021). A clinical trial: Aqualizer TM therapy and its effects on myopathies or temporomandibular dysfunctions. Part I: Objective parameters. CRANIO®, 42(1), 1–9. <https://doi.org/10.1080/08869634.2021.1885886>

Buchbender, M., Keplinger, L., Kesting, M. R., Adler, W., & Schmitt, C. M. (2021). A clinical trial: Aqualizer TM therapy and its effects on myopathies or temporomandibular dysfunctions. Part II: Subjective parameters. CRANIO®, 41(6), 479–485. <https://doi.org/10.1080/08869634.2021.1885887>

Baldwin C, Choi M, McClain D, Celaya A, Quan S. (2012) Spanish translation and cross-language validation of a sleep habits questionnaire for use in clinical and research settings. *Journal Of Clinical Sleep Medicine*. 2012, Apr 15), 8(2):137.

Bates, Robert E. Jr., Henry A. Gremillion & Carol M. Stewart (1994) *Degenerative Joint Disease. Part II: Symptoms and Examination Findings*, CRANIO®, 12:2, 88-92, DOI: 10.1080/08869634.1994.11678000

Bono, Andrea & Jorge Learreta (2022) *Effects of an intraoral device (IOD) on electromyographic activity on the masseter and temporal muscles in Class III patients*, CRANIO®, DOI: 10.1080/08869634.2022.2106709

Burnside, JW. (1981) *Physical Diagnosis*, 16th Edition, Baltimore, MD. The Williams and Wilkins Co, 1981.

Casares, Guillermo, Alejandro Thomas, Joaquin Carmona, Julio Acero & Carlos Navarro Vila (2014) Influence of oral stabilization appliances in intra-articular pressure of the temporomandibular joint, CRANIO®, 32:3, 219-223, DOI: 10.1179/0886963413Z.00000000030

Dawson, PE. (1995) New definition for relating occlusion to varying conditions of the temporomandibular joint. The Journal of Prosthetic Dentistry, December 1995. Vol. 74 No. 6 p. 619-627.

Diéguez-Pérez, Montserrat, Aurora Fernández-Molina & Laura Burgueño Torres (2024) Influence of the mandibular position on various postural anatomical segments, CRANIO®, 42:2, 223-231, DOI: 10.1080/08869634.2021.1934276

Fertout, Aurélie. Armelle Manière-Ezvan, Laurence Lupi & Elodie Ehrmann. (2019) Management of temporomandibular disorders with transcutaneous electrical nerve stimulation: A systematic review, CRANIO®, DOI: 10.1080/08869634.2019.1687986

Glossary of Prosthodontic Terms 10th edition, (2023) Journal of Prosthetic Dentistry, VOL 130, ISSUE 3. October 2023 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.prosdent.2023.03.003>

Goodacre, G. P. (2019), The Top 25 Biological Functions of the Mouth. Oral Health, March 12, 2019: <https://www.oralhealthgroup.com/features/the-top-25-biological-functions-of-the-mouth/>

İspirgil, Ebru, Sinem Burcu Erdoğan PhD, Ata Akin PhD & Olcay Şakar PhD (2020) The hemodynamic effects of occlusal splint therapy on the masseter muscle of patients with myofascial pain accompanied by bruxism, CRANIO®, 38:2, 99-108, DOI: 10.1080/08869634.2018.1491929

Kerstein, R. B., & Radke, J. (2012). Masseter and Temporalis Excursive Hyperactivity Decreased by Measured Anterior Guidance Development. CRANIO®, 30(4), 243–254. <https://doi.org/10.1179/crn.2012.038>

Lerman, Martin D. (2011) The Muscle Engram: The Reflex That Limits Conventional Occlusal Treatment. Journal Of Craniomandibular Practice, October 2011 Vol. 29, No. 4

Lipton RB, Fanning KM, Buse DC, Martin VT, Reed ML, Manack Adams A, Goadsby PJ. (2018) Identifying Natural Subgroups of Migraine Based on Comorbidity and Concomitant Condition Profiles: Results of the Chronic Migraine Epidemiology and Outcomes (CaMEO) Study. Headache. Jul;58(7):933-947. doi: 10.1111/head.13342. Epub 2018 Jul 19. PMID: 30024028.

Lundeen, HC., Lee, RL., y Gibbs, CH. (1982) Advances in Occlusion. Editor; John Wrigth. PSG Inc. Boston, MA. 1982

Manfredini, D., Häggman-Henrikson, B., Al Jaghsi, A., Baad-Hansen, L., Beecroft, E., Bijelic, T. (2024). Temporomandibular disorders: INfORM/IADR key points for good clinical practice based on standard of care. CRANIO®, 43(1), 1–5. <https://doi.org/10.1080/08869634.2024.2405298>

Mélou, Caroline, Lucie Leroux, Martin Bonnesoeur, Clément Le Padellec, Valérie Bertaud & Dominique Chauvel-Lebret (2024). Relationship between natural or iatrogenic malocclusions and temporomandibular disorders: A case control study, CRANIO®, 42:2, 206-214, DOI: 10.1080/08869634.2021.1933307

Pinzon, A. y Jaen, FR. (2024). Seguimiento a 12 años y manejo interdisciplinario de un caso de Desordenes Temporomandibulares. Reporte de caso. Revista El Odontologo, Volumen 2, numero 71, julio-diciembre 2024.

Solow B, Tallgren A. (1967) Head posture and craniofacial morphology. Am J Phys Anthropol 1967; 44:417-36.

Solow B, Tallgren A. (1971) Natural head position in standing subjects. Acta Odont Scand. 1971. 29(5): 591-607.

Solow, Roger A. (2018) Clinical protocol for occlusal adjustment: Rationale and application, CRANIO®, 36:3, 195-206, DOI: 10.1080/08869634.2017.1312199

Spitzer RL (1994). "Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care: The PRIME-MD 1000 Study". JAMA. 272 (22): 1749-1756. doi:10.1001/jama.1994.03520220043029. ISSN 0098-7484. PMID 7966923. S2CID 13836141.

Steed, P. A. (2004). The Longevity of Temporomandibular Disorder Improvements after Active Treatment Modalities. CRANIO®, 22(2), 110-114. <https://doi.org/10.1179/crn.2004.014>

Tanner H. (1980) The Tanner mandibular appliance. Continuum (NY). 1980: 23-34. PMID: 7002325

Taş, Serkan , Besime Ahu Kaynak , Yasemin Salkin , Zehra Betül Karakoç & Figen Dağ (2024) An investigation of the changes in mechanical properties of the orofacial and neck muscles between patients with myogenous and mixed temporomandibular disorders, CRANIO®, 42:2, 150-159, DOI: 10.1080/08869634.2021.1934795

Tawepong Arayapisit , Supak Ngamsom , Phondet Duangthip , Sarut Wongdit , Supanut Wattanachaisiri , Yotsayut Joonthongvirat & Somsak Mitirattanakul (2020): Understanding the mandibular condyle morphology on panoramic images: A conebeam computed tomography comparison study, CRANIO®, DOI: 10.1080/08869634.2020.185762



Figura 1. Aspecto facial frontal en la cita inicial con el Odontólogo el 5 de agosto de 2024

Dr. Fernando R. Jaén

INFORMACION DEL PACIENTE, parte 2

D. EXPLORACION POR APNEA DEL SUEÑO

La **Apnea Obstruktiva del Sueño** es un común y peligroso Desorden del Sueño, que se caracteriza por el colapso repetitivo de la vía aérea durante el sueño, causando una suspensión parcial de la respiración. Este y otros Desórdenes del Sueño están muy relacionados con los Desórdenes de la Masticación. Sus consecuencias incluyen las siguientes condiciones: **mal sueño, baja en la productividad laboral, somnolencia, accidentes automovilísticos, hipertensión arterial, arritmias cardíacas, diabetes, cánceres, infartos y derrames cerebrales.** La Asociación Dental Americana obliga a sus miembros a hacer esta evaluación.

Su respuesta veraz y minuciosa a las siguientes preguntas, nos dará una idea si Usted padece de este problema y PODRIAMOS AYUDARLE. Por favor resalte, subraye o en negrita y escriba lo solicitado en donde aplique y al final del documento, la fecha de hoy y su firma.

1. RONQUIDO. Le han dicho que:

a.) Ronca muchas noches. (Más de 3 veces a la semana). SI NO

b.) Es su ronquido alto. (Se puede oír entre paredes o puertas). SI NO

2. SUSPENDE LA RESPIRACION O SE AHOGA AL DORMIR. SI NO

3. LA MEDIDA DE SU CUELLO:

Menos de 16 pulgadas (Small o Medium en camisa) SI NO

Más de 16 pulgadas (Large o más en camisa) SI NO

4. TRATAMIENTO POR PRESION ARTERIAL ALTA O DIABETES: SI NO

5. SE DUERME O ESTA ADORMECIDO DURANTE EL DIA: SI NO

a.) Inactivo o desocupado: SI NO

b.) Manejando, en transporte o en un semáforo o tranque SI NO

E. ESCALA EPWORTH DEL SUEÑO

6. SE SIENTE CON SUEÑO O SE DUERME DURANTE:

a.) Sentado o leyendo b.) Viendo la TV c.) Sentado en eventos d.) Como pasajero por una hora e.) Descansando una tarde cuando puede f.) Sentado o conversando g.) Sentado luego del almuerzo sin licores h.) Durante un tranque o semáforo.

7. DESDE CUANDO RONCA O LE HAN DICHO QUE LO HACE: 3 AÑOS

8. CUANTAS VECES SE DESPIERTA DURANTE LA NOCHE: 3 VECES

9. LE HAN DICHO QUE DEJA DE RESPIRAR: SI NO

10. TIENE DIFICULTAD PARA DORMIRSE: SI NO

11. SE DESPIERTA CANSADO: SI NO

12. SE DESPIERTA CON DOLOR DE CABEZA: SI NO

13. LE DA DOLOR DE CABEZA TOMAR UN POCO DE LICOR: SI NO

14. HA SIDO ATENDIDO O DIAGNOSTICADO POR APNEA DEL SUEÑO: SI NO

15. LE HAN HECHO UN ESTUDIO DEL SUEÑO: SI NO

16. LE DIFICULTA RESPIRAR POR LA NARIZ: SI NO

17. TIENE ALGUN PROBLEMA DEL CORAZON: SI NO

18. TIENE PRESION ALTA O DIABETES: SI NO COMO LE TRATAN CANDESARTAN 16 MG

19. TIENE PERDIDA DE LA MEMORIA: SI NO

20. SUPRE O ES TRATADO POR DEPRESION: SI NO COMO LE TRATAN

21. TIENE TURNOS DE TRABAJO Y SUEÑO: SI NO

22. A QUE HORA SE ACUESTA: 11-12 PM

23. A QUE HORA SE LEVANTA: 6 AM

24. DURANTE SU SUEÑO, LE HAN DICHO QUE:

a.) Ronca Fuertemente: Siempre Mucho Poco Nunca

b.) Se ahoga, le dificulta respirar o deja de respirar: Siempre Mucho Poco Nunca

c.) Se despierta por problemas respiratorios: Siempre Mucho Poco Nunca

d.) Se voltea frecuentemente: Siempre Mucho Poco Nunca

e.) Patea o mueve las piernas con frecuencia: Siempre Mucho Poco Nunca

25. CUANDO SE DESPIERTA DE SU SUEÑO REGULAR, CON QUE FRECUENCIA TIENE:

a.) Dificultad para abrir la boca: Siempre Mucho Poco Nunca

b.) Boca seca: Siempre Mucho Poco Nunca

26. DESPIERTO Y EN LO SIGUIENTE, SE SIENTE CON SUEÑO O SE DUERME:

a.) Después de comer: Siempre Mucho Poco Nunca

b.) Leyendo o viendo la TV: Siempre Mucho Poco Nunca

c.) En la escuela o su lugar de oración: Siempre Mucho Poco Nunca

d.) En su trabajo: Siempre Mucho Poco Nunca

e.) Manejando o como pasajero: Siempre Mucho Poco Nunca

27. SE LE DIFICULTA RESPIRAR POR LA NARIZ:

a.) Durante el día: Siempre Mucho Poco Nunca

b.) Durante el sueño: Siempre Mucho Poco Nunca

28. TOMA BEBIDAS ALCOHOLICAS, SEDANTES U ALGUN OTRO MEDICAMENTO

a.) Durante el día: Siempre Mucho Poco Nunca

b.) Para poder dormir: Siempre Mucho Poco Nunca

29. LE HAN EFECTUADO, HA HECHO O HA TENIDO LO SIGUIENTE:

Fractura nasal Alergias o fiebre de heno Fumar Cirugía Nasal Sinusitis Esprays nasales Cirugías de adenoides o amígdalas Antihistamínicos Cirugías u otros tratamientos por: Apnea del Sueño u otros desórdenes del sueño.

F. LA FECHA DE HOY 05/08/2024 SU FIRMA

Figura 2. Cuestionario de exploración de AOS y escala Epworth.

Dr. FERNANDO R. JAÉN, Odontólogo

INFORMACION DEL PACIENTE, parte 3

Debido a la relación de causa o de efecto del estado anímico y los desórdenes temporomandibulares y de sueño, necesitamos nos ayude con esta información:

Cuestionario de salud del paciente PHQ-9

Nombre: Fecha De Hoy: 05/08/2024

1. Durante las últimas 2 semanas, con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas:

	Nunca	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
	0	1	2	3
a. Tener poco interés o placer en hacer las cosas	☐	☐	☐	☒
b. Sentirse desanimado/a, deprimido/a, o sin esperanza	☐	☐	☐	☐
c. Con problemas en dormir o en mantenerse dormido/a, o en dormir demasiado	☐	☐	☐	☒
d. Sentirse cansado/a o tener poca energía	☐	☐	☐	☐
e. Tener poco apetito o comer en exceso	☐	☐	☐	☐
f. Sentir falta de amor propio – o que sea un fracaso o que decepcionara a si mismo/a su familia	☐	☐	☐	☐
g. Tener dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión	☐	☐	☐	☐
h. Se mueve o habla tan lentamente que otra gente se podría dar cuenta – o de lo contrario, esta tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo acostumbrado	☐	☐	☐	☐
i. Se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que haría daño de alguna manera*	☐	☐	☐	☐

2. Si usted se identificó con cualquier problema en este cuestionario, ¿cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?

☐ Nada en absoluto ☐ Algo difícil ☐ Muy difícil ☐ Extremadamente difícil

3. Si estos problemas le han causado dificultad, ¿le han causado dificultad por dos años o más?

☐ Si, he tenido dificultad con estos problemas por dos años o más.
☐ No, no he tenido dificultad con estos problemas por dos años o más.

*Si tiene pensamientos de que es mejor estar muerto/a o hacerse daño en alguna manera, favor de hablar con su médico, ir a una sala de emergencia o llamar al 911.

Numero de síntomas: Puntaje total:

PHQ-9 Copyright © Pfizer Inc. All rights reserved. Reproduced with permission. PRIME-ME ® is a trademark of Pfizer Inc May be photocopied for non-commercial use in physicians' offices.

Figura 3. Cuestionario de salud PHQ 9.



Figura 4. Apretando los dientes y con Máxima Intercuspidad dolorosa.



Figuras 5. Abertura limitada en comando con dolor y posición baja de la lengua.



Figura 6. Abertura máxima dolorosa y hacia la izquierda.



Figura 7. Registro frontal de la postura pre op.



Figura 8. Registro lateral de la postura pre op.



Figura 9. Lengua en posición baja.

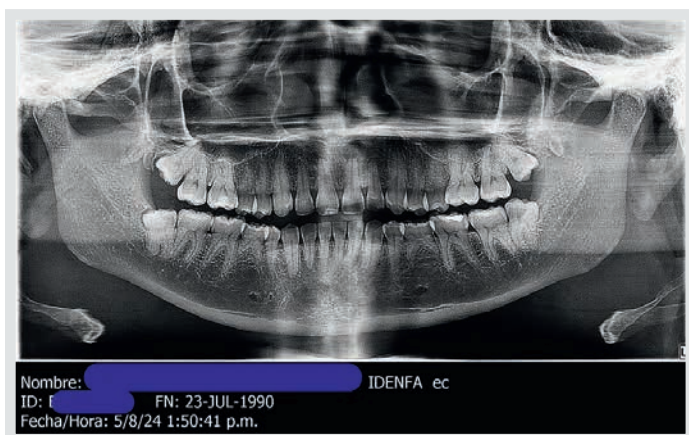


Figura 10. Radiografía Panorámica

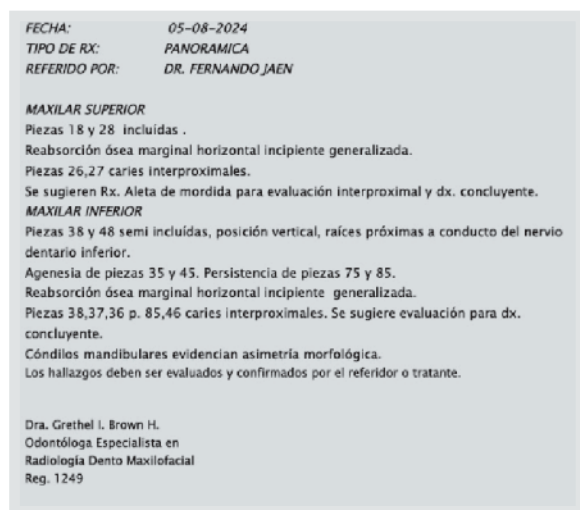


Figura 11. Resultado de la imagen panorámica.



Figura 12. Aparato Aqualizer con boca cerrada.



Figura 13. Aparato ortopédico inferior en cierre.

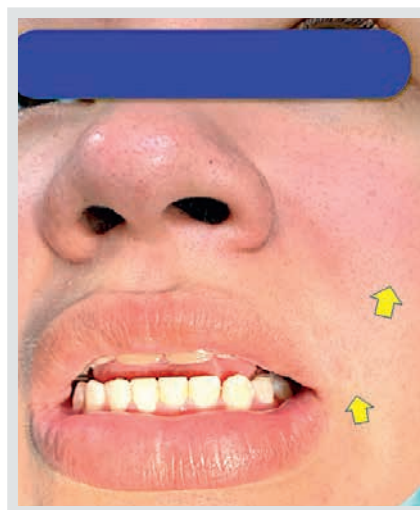


Figura 14. Inflamación labial superior derecha y dificultad y dolor en función.



Figura 15. Aspecto facial post op.



Figura 16. Abertura bucal normal y lingual alta post op y con el aparato.



Figura 17. Postura frontal post op.



Figura 18. Postura lateral post op.



Figura 19. Relación interdental en cierre resultante.



Figura 22. Función de grupo izquierda.



Figura 20. Contactos prematuros derechos en cierre con cinta articular BauschTM de 8 micras.



Figura 23. Guía canina derecha.

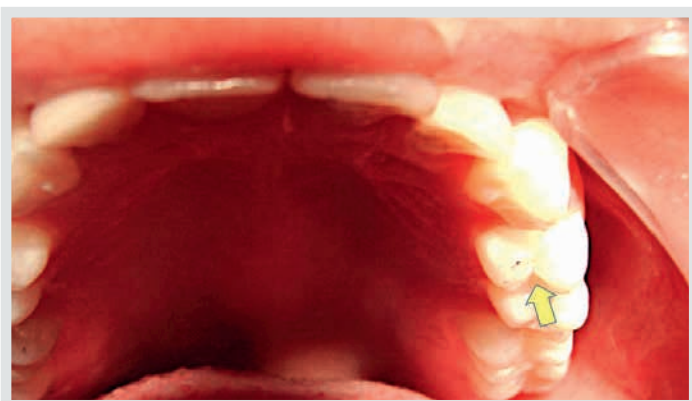


Figura 21. Contactos prematuros izquierdos en cierre con cinta articular BauschTM de 8 micras.



Figura 24. Radiografía preoperatoria del incisivo central superior izquierdo mostrando lesión apical extensa.

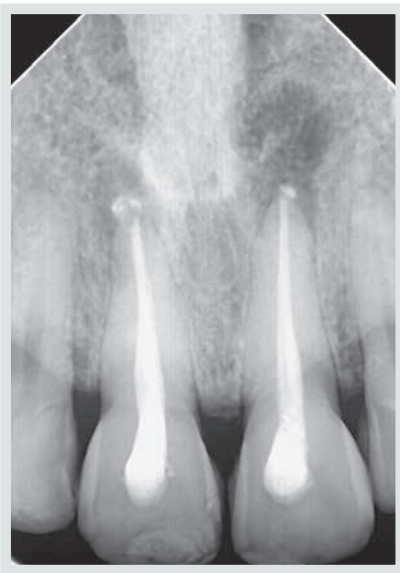


Figura 25. Radiografía transoperatoria en la cual se instrumentaron los conductos de ambos incisivos y se colocó medicación intraconducto con Hidróxido de Calcio.

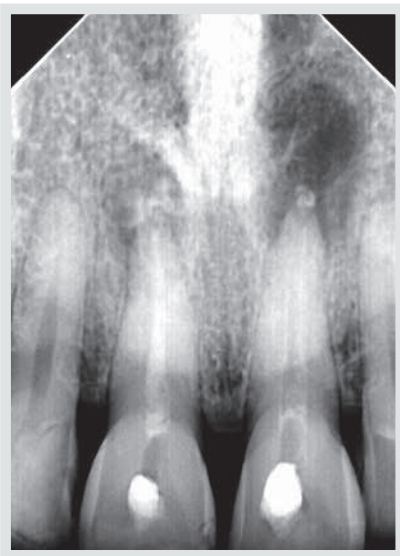


Figura 26. Radiografía postoperatoria inmediata de la obturación de ambos incisivos centrales con cemento Biocerámico de última generación.



Figura 27. Radiografía de control a 5 meses y vemos como el diámetro de la lesión periapical de incisivo central superior izquierdo ha disminuido considerablemente.



Figura 28. Foto preoperatoria al Blanqueamiento interno en ambos incisivos centrales superiores.



Figura 29. Foto postoperatoria al Blanqueamiento interno en ambos incisivos centrales superiores.

PATOLOGÍAS DE ORIGEN REACTIVO EN LA CAVIDAD BUCAL: ANÁLISIS DE INCIDENCIA.

*Reactive Pathologies In The Oral Cavity:
— Incidence Analysis. —*

*Patologias Reativas Na Cavidade Oral:
— Análise De Incidência. —*

**Dra. Lucia Kipping,
Dr. Andrés Alvarado**

Resumen

Las lesiones reactivas corresponden a un grupo de lesiones producidas como una respuesta exagerada de la mucosa bucal frente a irritantes crónicos de baja intensidad (1). Estas lesiones tienen una incidencia mayor en convertirse en una lesión potencialmente maligna y posteriormente en cáncer bucal si no se diagnostican y tratan a tiempo.

Se realizaron diagnósticos clínicos, toma de fotografías, y el registro de diagnóstico realizado.

Dentro de los resultados obtenidos se encontró diversidad de lesiones (reactivas, infecciosas, inflamatorias, pigmentarias y potencialmente malignas), indicando que las patologías orales son multifactoriales, las lesiones de origen reactivo y potencialmente malignas son especialmente relevantes, ya que requieren un seguimiento adecuado y una intervención oportuna.

Palabras claves: diagnóstico, cavidad oral, lesiones reactivas, patologías.

Abstract

Reactive lesions are a group of lesions produced by an exaggerated response of the oral mucosa to low-intensity chronic irritants (1). These lesions have a higher incidence of becoming potentially malignant lesions and subsequently oral cancer if they are not diagnosed and treated in time.

Clinical diagnoses were made, photographs were taken, and the diagnosis was recorded.

The results revealed a variety of lesions (reactive, infectious, inflammatory, pigmented, and potentially malignant), indicating that oral pathologies are multifactorial. Reactive and potentially malignant lesions are especially relevant, as they require adequate follow-up and timely intervention.

Keywords: *diagnosis, oral cavity, reactive lesions, pathologies.*

Resumo

Lesões reativas correspondem a um grupo de lesões produzidas como uma resposta exagerada da mucosa oral a irritantes crônicos de baixa intensidade (1). Essas lesões apresentam maior incidência de desenvolvimento em lesões potencialmente malignas e, posteriormente, câncer bucal, se não forem diagnosticadas e tratadas prontamente.

Foram realizados diagnósticos clínicos, fotografias e registros dos diagnósticos.

Os resultados obtidos revelaram uma variedade de lesões (reativas, infecciosas, inflamatórias, pigmentadas e potencialmente malignas), indicando que as patologias orais são multifatoriais e que as lesões de origem reativa e potencialmente maligna são especialmente relevantes, pois requerem acompanhamento adequado e intervenção oportuna.

Palavras-chave: *diagnóstico, cavidade oral, lesões reativas, patologias.*

Introducción

La cavidad oral es una región anatómica susceptible a una amplia variedad de patologías, algunas de las cuales pueden tener un origen reactivo, es decir, desencadenadas por estímulos externos e internos. En el contexto de la atención odontológica, es crucial comprender la incidencia de estas patologías para ofrecer un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado. Este estudio

tuvo lugar en el Hospital Nicolás A. Solano, ubicado en la provincia de Panamá Oeste, donde se atiende a una población diversa de adultos los cuales fueron sujetos de evaluación para determinar la incidencia de lesiones encontradas en las mucosas orales evaluadas exhaustivamente.

Las inflamaciones de la mucosa gingival y alveolar son muy comunes en la práctica habitual de la Patología Oral y comprenden una variedad de condiciones inflamatorias, reactivas, infecciosas y neoplásicas. Las lesiones hiperplásicas reactivas de la mucosa gingival/alveolar son uno del grupo de afecciones más comunes que afectan la cavidad bucal, representando del 3,6% al 10% de todos los diagnósticos realizados en los laboratorios de Patología Bucal. (2)

La mucosa bucal, tiene entre sus funciones la protección a los tejidos subyacentes de la cavidad bucal, la sensibilidad, la regulación de la temperatura, y la secreción de saliva, enzimas y anticuerpos. Presenta adaptaciones o variantes de la normalidad que son el resultado de cambios evolutivos, no heredados, y algunas son resultados de la función durante la vida del individuo.

Funciones de la mucosa bucal

- ✓ Protección: Principalmente, la mucosa bucal actúa como una barrera. Debido a que está expuesta a fuerzas mecánicas, de compresión y tensión (producidos por la masticación y mordeduras), sufre abrasiones por alimentos duros y aparatos protésicos. La integridad de la mucosa evita la invasión de microorganismos patógenos y no patógenos residentes en la cavidad bucal a tejidos subyacentes.
- ✓ Sensación: En la MB existen receptores que responden a la temperatura, al tacto, al dolor y al gusto. Los receptores del

gusto, exclusivos de la cavidad bucal, se localizan en las papilas circunvaladas, fungiformes y foliadas de la superficie lingual.

- ✓ Secreción: Esta función está asociada a la producción de saliva por las glándulas salivales mayores (parótidas, submaxilares y sublinguales) y la gran cantidad de glándulas menores distribuidas en la mucosa vestibular, labial, de la base de la lengua y el paladar.
- ✓ Regulación térmica: Esta función es mínima; sin embargo, la mucosa de la cavidad bucal refleja la temperatura corporal del individuo (3).

Las lesiones reactivas son aquellas que se deben a traumatismo mecánico accidental o irritación crónica. Se consideran los antecedentes clínicos, la relación causa-efecto es evidente. Presentan un aspecto variado que pueden ser lesiones reactivas de tipo ulcerativas, tipo placas hasta tipo neoplásicas benigno(4).

Las siguientes patologías de origen reactivo son las que se pueden encontrar de manera más frecuente en la cavidad oral:

- ✓ **Hiperplasia fibrosa inflamatoria o Épulis fisurado:** Es una hiperplasia tumoral del tejido conectivo fibroso que se desarrolla en asociación con el reborde de una prótesis completa o parcial que no se adapta de manera correcta. El épulis fisurado suele aparecer como uno o varios pliegues de tejido hiperplásico en el vestíbulo alveolar. En la mayoría de los casos, hay dos pliegues de tejido y el reborde de la prótesis asociada que encaja cómodamente en la fisura entre los pliegues. Figura 1.
- ✓ **Hemangioma lobular capilar o granuloma piógeno:** El granuloma piógeno

es un crecimiento común generalmente tumoral que tradicionalmente representa una respuesta tisular exuberante a la irritación o traumatismo local. A pesar de su nombre, no es un verdadero granuloma. Clínicamente es un tumor liso o lobulado que suele ser pediculado, aunque algunas lesiones son sésiles. La superficie es característicamente ulcerada y varía de rosa a rojo y violeta, según la edad de la lesión y sangrante.

Las lesiones son ligeramente más comunes en la encía maxilar que en la encía mandibular; Las áreas anteriores se ven afectadas con mayor frecuencia que las áreas posteriores. Figura 2 y 3.

- ✓ **Granuloma periférico de células gigantes:** Es un crecimiento generalmente tumoral relativamente común de la cavidad bucal. Causada por irritación o traumatismo local. En el pasado, a menudo se le llamaba granuloma reparativo periférico de células gigantes, pero la naturaleza reparativa es dudosa. Se presenta exclusivamente en la encía o en la cresta alveolar edéntula, presentándose como una masa nodular de color rojo o rojo-azul. La mayoría de las lesiones miden menos de 2 cm de diámetro, aunque ocasionalmente se observan otras más grandes. La lesión puede ser sésil o pediculada y puede estar ulcerada o no. La apariencia clínica es similar al granuloma piógeno, aunque el granuloma periférico de células gigantes a menudo es más azul violáceo en comparación con el rojo brillante de un granuloma piógeno típico.
- ✓ **Fibroma osificante periférico:** El fibroma osificante periférico es un crecimiento gingival relativamente común que se considera de naturaleza reactiva más que neoplásica. La patogénesis de esta



Figura 1. Paciente femenina, 84 años, lesión de meses de evolución, asociado a uso de prótesis monomaxilar. Suministrado por Dr. Giorgio C.



Figura 2. Paciente femenina, 26 años, lesión 6 meses de evolución. Suministrado por Dr. Andrés A.



Figura 3. Paciente masculino, 60 años, producto de mordida en lengua. Suministrado por Dr. Aragón A.

lesión es incierta. Debido a sus similitudes clínicas e histopatológicas, los investigadores creen que algunos fibromas osificantes periféricos se desarrollan inicialmente como granulomas piógenos que experimentan maduración fibrosa y posterior calcificación. Se produce exclusivamente en la encía. Aparece como una masa nodular, pedunculada o sésil, que suele emanar de la papila interdental. El color varía del rojo al rosa y la superficie suele estar ulcerada, aunque no siempre. Figura 4.



Figura 4. Paciente femenina, 30 años, lesión de 10 años de evolución.

- ✓ **Fibroma traumático:** Es el “tumor” benigno más común de la cavidad bucal, es una hiperplasia reactiva del tejido conectivo fibroso en respuesta a una irritación o traumatismo local. En algunos casos, la superficie puede aparecer blanca como resultado de la hiperqueratosis por la irritación continúa. La mayoría de los fibromas son sésiles, aunque algunos son pedunculados. La mayoría de los fibromas tienen 1,5 cm o menos de diámetro. La lesión generalmente no produce síntomas, a menos que se haya producido una ulceración

traumática secundaria de la superficie. Los fibromas de irritación son más comunes entre la cuarta y sexta décadas de la vida, y la proporción hombre-mujer es casi 1:2 en los casos sometidos a biopsia (5). Figura 5.



Figura 5. Paciente anónima del estudio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de enfoque cuantitativo, diseño descriptivo, observacional y de corte transversal prospectivo. La muestra del estudio estuvo conformada por 60 sujetos, adultos, que acudían por primera vez para atención odontológica en el Hospital Nicolás A. Solano durante el periodo de agosto – octubre 2024 y que cumplían con los criterios de exclusión.

A todos los sujetos se les diligenció consentimientos informados, formato anotaciones referentes a aspectos clínicos y de las lesiones encontradas las cuales se reflejan en los resultados de la investigación.

RESULTADOS

Con nuestro instrumento de recolección de datos y los pacientes seleccionados para este estudio, se obtuvo la siguiente información:

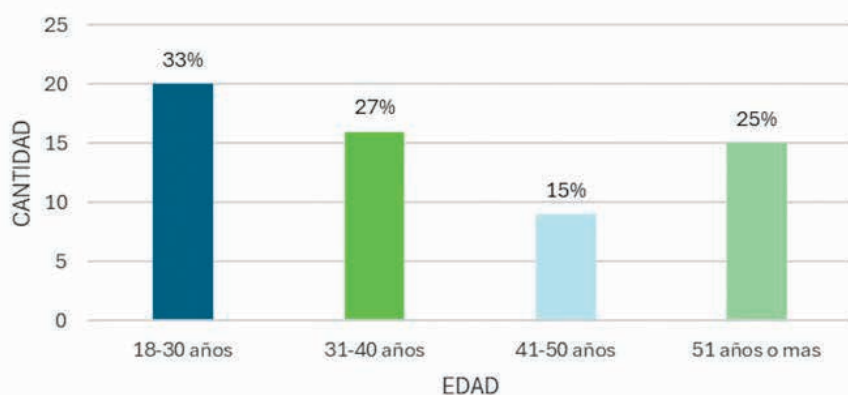
Gráfico 1: Datos demográficos: Sexo de pacientes participantes.



De los 60 pacientes observados, el 80% representa el sexo femenino.

Gráfico 1: Datos demográficos: Sexo de pacientes participantes.

Gráfica #2: Datos demográficos: Rango de edad



El rango de edad que presentó mayor porcentaje de participación en el estudio fue el rango de 18-30 años (33%).

Gráfica #2: Datos demográficos: Rango de edad

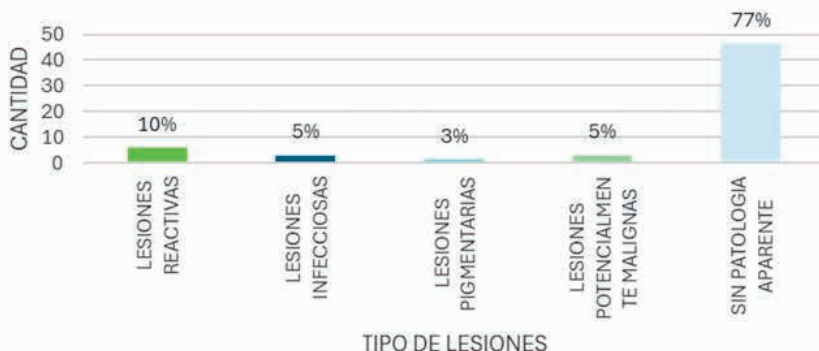
GRÁFICA #3: Presencia de lesiones benignas o potencialmente malignas en pacientes.



El porcentaje de diagnóstico de lesiones en la cavidad oral fue de 23%.

GRÁFICA #3: Presencia de lesiones benignas o potencialmente malignas en pacientes.

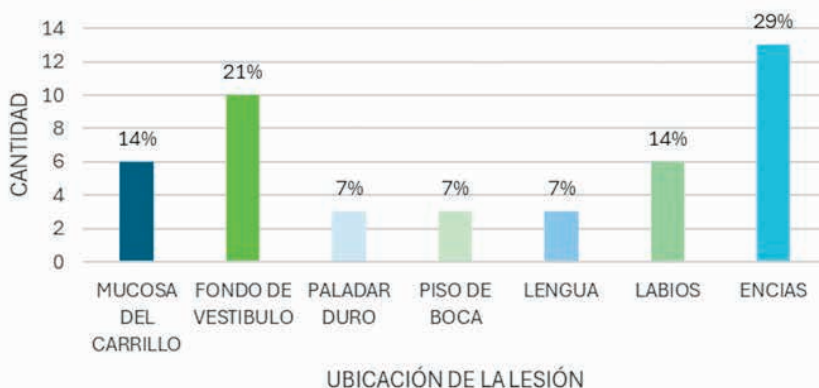
GRÁFICA #4: Tipo de lesión diagnosticada en pacientes según etiología.



Las lesiones que presentaron mayor porcentaje de diagnóstico en el estudio fueron lesiones reactivas con el 10%, lo cual corrobora nuestra hipótesis objeto de estudio.

GRÁFICA #4: Tipo de lesión diagnosticada en pacientes según etiología.

GRÁFICA #5: Ubicación de la lesión intraoralmente



La ubicación con mayor porcentaje fue en la encía con un 29% seguido por la mucosa del fondo de vestíbulo con el 21%, mucosa del carrillo y mucosa de labios con el 14%.

GRÁFICA #5: Ubicación de la lesión intraoralmente.

Discusión

Las lesiones reactivas son, desde el punto de vista clinicopatológico, benignas, reactivas, solitarias e inflamadas que se producen debido a lesiones tisulares crónicas y recurrentes que dan lugar a una respuesta tisular extrema o exuberante.

Estas lesiones muestran una prevalencia mayor en mujeres 3:1, y en un amplio rango de edad, lo que respalda la prevalencia encontrada en nuestro estudio. (4)

La inflamación crónica puede ser causada por diversas irritantes leves, como los bordes afilados de dientes fracturados, la placa bacteriana y cálculo dental, las prótesis dentales mal ajustadas, las restauraciones dentales defectuosas y la impactación de alimentos. Además de las irritaciones crónicas locales, estas lesiones se asocian etimológicamente a factores sistémicos, como los cambios hormonales lo cual favorece su crecimiento.

En la patogenia de estas lesiones reactivas, una característica esencial de la inflamación crónica es que los procesos de inflamación y reparación ocurren simultáneamente con la formación de tejido inflamatorio de granulación. Por consiguiente, la mayoría de estas lesiones representan una formación excesiva de tejido de granulación en las reacciones inflamatorias crónicas. (6)

Para un adecuado diagnóstico es importante una historia clínica detallada para poder identificar posibles causas, exploración clínica completa para poder caracterizar la lesión, es importante describir el tamaño y forma de la lesión, color, superficie, textura y localización.

Aunque las lesiones suelen ser benignas, el tratamiento de elección es eliminar el agente causal ya que tienden a desaparecer una vez se elimina el factor irritante y en algunos casos es necesario una biopsia excisional de la lesión según el tamaño de la misma, con el cuidado de retirar el tejido afectado por completo ya que muchas de estas lesiones tienen tendencia a la recidiva.

Conclusión

Los resultados de este estudio indican la necesidad de aumentar la conciencia sobre la salud oral, realizar diagnósticos tempranos y fortalecer los protocolos de atención en el grupo de población estudiado. Se sugiere que futuras investigaciones exploren factores de riesgo asociados y la implementación de programas de educación sobre salud oral para mejorar los resultados en esta población.

La diversidad de lesiones encontradas (reactivas, infecciosas, inflamatorias, pigmentarias y potencialmente malignas) indica que las patologías orales son multifactoriales. Las lesiones reactivas y potencialmente malignas son especialmente relevantes, ya que requieren un seguimiento adecuado y una intervención oportuna.

La ubicación de las lesiones en diferentes áreas de la cavidad oral resalta la necesidad de un examen clínico exhaustivo por parte de los dentistas, para detectar y diagnosticar estos problemas de manera temprana.

La realización de biopsias con sus resultados histopatológicos refuerza la importancia de un diagnóstico preciso y de monitorear lesiones que podrían tener implicaciones graves para la salud del paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lazarde Lunar, Janet. (2000). Lesiones reactivas de la Cavidad Bucal. *Acta Odontológica Venezolana*, 38(1), 78-79. Recuperado en 05 de enero de 2025, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652000000100015&lng=es&tlng=es.
2. Baesso RC, et al (2023). Gingival and alveolar mucosal reactive hyperplastic lesions: a retrospective clinical and histological study of 996 cases. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2023 jul 1;28(4): e347-e354. doi: 10.4317/medoral.25766. PMID: 36641745; PMCID: PMC10314349. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36641745/>
3. Anaya-Saavedra, Gabriela & Rosa-García, Estela. *Manual para la Detección de Alteraciones de la Mucosa Bucal Potencialmente Malignas*. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (2018). ISBN: 978-607-460-074-2. https://www.researchgate.net/publication/323596379_Manual_para_la_Deteccion_de_Alteraciones_de_la_Mucosa_Bucal_Potencialmente_Malignas.
4. Babu, B., y Hallikeri, K. (2017). Lesiones reactivas de la cavidad oral: estudio retrospectivo de 659 casos. *Revista de la Sociedad India de Periodoncia*, 21(4), 258-263. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5813338/>
5. Brad W. Neville et al, *Oral and maxillofacial pathology*, ISBN: 978-1-4557-7052-6, 4th Edition - May 4, 2015. <https://shop.elsevier.com/books/oral-and-maxillofacial-pathology/chi/978-1-4557-7052-6>
6. Hunasgi S, et al (2017). Assessment of reactive gingival lesions of oral cavity: A histopathological study. *J Oral Maxillofac Pathol* 2017; 21:180. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5406807/pdf/JOMFP-21-180.pdf>



SCAN ME

AOP

ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA PANAMEÑA

1936

scientia • efice

AOP

ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA PANAMEÑA

Objetivos de la AOP

Luchar por la superación de la odontología en todos sus aspectos.

Promover la salud bucodental de la comunidad.

Fomentar las relaciones profesionales y gremiales entre todos los odontólogos del país.



Teléfonos: (+507) 269-1603 / (+507) 263-2060

Celular: (+507) 6614-4710



www.aopan.org

LII CONGRESO ISTMEÑO

"90 AÑOS DE EVOLUCIÓN ODONTOLÓGICA"



**PANAMA
CONVENTION
CENTER**

**18, 19 Y 20
MARZO 2026**

EXPODENTAL

La mayor exposición comercial de productos y
equipos odontológicos en Panamá

CONFERENCISTAS

Dr. Ernesto Lee | Dr. Lorenzo Tavelli | Dr. Victor Clavijo | Dr. Jonathan Esquivel | Dr. Juan Carlos Ortiz
Dra. Mariana Villarroel | Dr. Juan Carlos Hernández | Dr. Paulo Mesquita De Carvalho
Dr. Luciano Retana | Dr. David Díaz Cabrera | Dr. Gerardo Chacón | Dr. Roberto Vásquez

EVENTO ORGANIZADO POR:

AOP
ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA PANAMEÑA



@CON_ISTMENO