

Fecha de recepción:

08 de noviembre de 2023

Fecha de aprobación:

15 de enero de 2024

Fecha de publicación:

28 de junio de 2024

Cómo citar:

López-Garnica OM, Trujillo-Torres EH, Torres-García GA. Manejo endodóntico de cúspide en garra vestibular en un incisivo central superior izquierdo: Reporte de un caso. Rev la Fac Odontol la Univ Cuenca. 2024;2(1):6-17.

Autor de correspondencia:

Oliver Mauricio López Garnica

Correo electrónico:

oliver.lopez@umich.mx

e-ISSN: 2960-8325

ISSN: 1390-0889

[Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License.](#)

Manejo endodóntico de cúspide en garra vestibular en un incisivo central superior izquierdo: reporte de un caso

Endodontic management of vestibular claw cusp in a left upper central incisor: A case report.

DOI: <https://doi.org/10.18537/fouc.v02.n01.a01>

Oliver Mauricio López-Garnica¹ <https://orcid.org/0009-0005-1274-0609>

Edgar Hugo Trujillo-Torres¹ <https://orcid.org/0009-0000-3221-4044>

Gloria Angélica Torres-García² <https://orcid.org/0000-0003-3886-3402>

1. Especialista en Endodoncia, Centro Universitario de Estudios de Posgrado e Investigación de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), México
2. Cirujano dentista, Egresado de la Facultad de Odontología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), México

Resumen

La cúspide de talón o diente en garra es una variante de dens evaginatus, esto es una alteración anatómica que se proyecta como una cúspide adicional, comúnmente asociada al cíngulo de los dientes anteriores. Se presenta en dentición temporal y permanente, varía su tamaño, forma, longitud y la manera en la que se une a la corona, su presencia es mayor en la dentición permanente en el maxilar, en la superficie palatina de los incisivos laterales superiores. Su etiología no es clara, suele asociarse a factores genéticos y a algunas patologías. Los exámenes radiológicos y tomográficos son determinantes para su diagnóstico. El tratamiento está indicado en casos en donde existe interferencia oclusal, compromiso estético, caries, problemas periodontales, enfermedad pulpar y apical, dificultades en el habla y la masticación.

Presentación del caso clínico: este caso es, en extremo, inusual. Se trata de un paciente de 21 años que acudió con dolor posterior a un traumatismo en un incisivo central superior izquierdo. La exploración intraoral, pruebas radiográficas y pulpares, demostraron un diagnóstico de pulpitis irreversible, con periodonto normal y talón cuspeado; se procedió a realizar tratamiento de conductos radiculares y retiro de la protuberancia en la cara vestibular.

Discusión: el desarrollo dental es un proceso complejo y cualquier alteración puede ser factor de desarrollo de anomalías morfológicas como el Talón Cuspeado. La resolución de este caso es un ejemplo de las variaciones que existen en cuanto a métodos de diagnóstico y tratamiento, ya que dependen de la sintomatología, severidad del caso y maduración apical.

Palabras clave: anomalía dental, dens evaginatus, talón cuspeo, cúspide en garra.

Abstract

The talon cusp or claw tooth is a variant of dens evaginatus, this is an anatomical alteration that projects as an additional cusp, commonly associated with the cingulum of the anterior teeth. It occurs in temporary and permanent dentition, varies in size, shape, length and way in which it is attached to the crown, it can be located on the palatine or vestibular, however it is mostly related to the permanent dentition in the maxilla and on the palatal surface of the maxillary lateral incisors. Its etiology is not clear, it is usually associated with genetic factors and some pathologies. Radiological and topographical examinations are decisive to know the amount of pulp tissue inside the tubercle. The treatment is indicated in cases where there is occlusal interference, aesthetic compromise, caries, periodontal problems, irritation of the tongue during speech and chewing.

Presentation of the case: this clinical case is unusual, it is a 21-year-old patient who comes with pain after a trauma in an upper left central incisor, intraoral exploration and radiographic tests, the diagnosis was Cuspid Heel; a root canal treatment was carried out due to the disturbance and later the grinding of the protuberance.

Discussion: dental development is a complex process and any alteration can be a factor in the development of morphological anomalies such as Dens Evaginatus or Heel Cusp. The resolution of this case is an example of the variations of the treatment being dependent on the symptomatology, severity of the case and apical maturation.

Key words: dental anomaly, dens evaginatus, talon cusp, claw cusp.

Introducción

La cúspide de talón o diente en garra es una variante de dens evaginatus, esto es un desarrollo anatómico anormal que se proyecta como una cúspide accesoria comúnmente en el área del cíngulo de los dientes anteriores, presenta apariencia de forma de talón de águila¹. Fue descrito por primera

vez en 1892 por Mitchell; en 1970 Mellor y Ripa lo denominaron talón cuspeo. Gorlin y Goldman lo definieron como una cúspide accesoria que puede unirse al borde incisal y producir forma de T o Y²⁻³, se presenta tanto en dentición temporal como permanente, varía su forma, tamaño, longitud y la manera en la que se une a la corona⁴; presenta una porción de esmalte, dentina y tejido pulpar dentina⁵. Es conocido también como cúspide intersticial, odontoma evaginado⁶⁻⁷, cíngulo hiperplásico, cíngulo cuspeo, diente en forma de T, cúspide en garra labial, diente evaginado anterior o talón cuspeo facial⁴. Su etiología no es clara y se ha propuesto como principal causa a la genética, sin embargo, también involucra factores como traumatismos en el germen dentario durante su formación, la proliferación anormal de las células del epitelio interno del esmalte, retículo estrellado del órgano del esmalte durante el periodo de morfogénesis o morfodiferenciación⁸. En 1925 Leigh también informó sobre dientes con cúspides adicionales⁹.

La prevalencia global de la cúspide en garra reportada en la literatura en dientes anteriores, principalmente incisivos laterales maxilares es de 7.7 % en niños de la India, 0.06 % en mexicanos y 5.22 % en malayos⁶; Afecta frecuentemente al género masculino¹. Puede variar de tamaño, forma, estructura y localización; también puede presentarse en mandíbula y maxilar, en dentición permanente y temporal, estar localizado por palatino o vestibular; sin embargo, está relacionado mayormente con la dentición permanente en el maxilar, por la superficie palatina de los incisivos laterales superiores². El 67 % de los casos reportados afecta a los incisivos laterales del maxilar, seguido por los incisivos centrales en un 24 % y un 9 % en caninos, especialmente por palatino, muy pocos casos se han informado en donde la cúspide de talón se encuentra en la superficie labial y algunos otros en donde se encuentra tanto en la superficie labial como lingual del mismo diente¹⁰.

Existen varias clasificaciones, Hattab, en 1996, describió tres tipos según el grado de extensión y forma de la anomalía. Tipo I talón: cúspide adicional bien delimitada en la superficie palatina de dientes anteriores temporales y/o permanentes, la cual se extiende desde la unión amelocementaria hasta el borde incisal. Tipo II semitalón: cúspide adicional

de un milímetro o más que se extiende menos de la distancia desde la unión amelocementaria hasta el borde incisal, puede estar separada o mezclada con la superficie palatina de la corona. Tipo III vestigio de talón: es un cingulo prominente y sus variaciones son cónica, bífida o similar a un tubérculo¹⁻¹¹⁻¹².

Mayes, en 2007 refirió que la clasificación propuesta por Hattab et al., es útil cuando el talón se localiza en palatino, pero no es válida cuando este se localiza en vestibular. Por ello propuso la siguiente clasificación: Estadio I, es la forma más leve, consiste en un talón ligeramente elevado de un incisivo que se extiende a lo largo de la corona, pero no llega a la unión cemento esmalte y tampoco al borde incisal; Estadio II, forma moderada, se extiende por toda la corona pero no llega a la unión amelocementaria aunque si alcanza el borde incisal; Estadio III, es la forma más extrema, se extiende desde la unión amelocementaria hasta el borde incisal²⁻¹³.

Los exámenes radiológico y tomográfico son determinantes para conocer el desarrollo radicular, así como la cantidad de tejido de esmalte, dentina y pulpa en el tubérculo, con base en ello se elige el tratamiento; el 70 % de los casos contiene pulpa, llega a medir hasta 3.5 mm de ancho y 6 mm de alto⁸. Radiográficamente se observa una figura radiopaca en forma de V sobrepuesta en la corona¹. La cúspide en garra está asociada a patologías por síndromes como Rubistein-Taybi, Mohr, Strurge-Weber, Ellis-Van Creveld, Bloch-Sultzberger, Berardinelli-Seip; asociada también a la incontinencia pigmenti achromians, hipermelanosis y labio paladar hendido⁷⁻⁴⁻¹⁴. Pueden existir complicaciones provocadas por esta anomalía tales como necrosis pulpar, patología apical, la cúspide adicional es propensa a fracturas dependiendo de la localización, alteraciones oclusales, predisposición a caries, daño en la articulación temporomandibular y compromiso estético²⁻⁸.

El tratamiento de cúspide en talón, está indicado en casos donde existe interferencia oclusal, compromiso estético, caries, problemas periodontales, compromiso pulpar, (desarrollo de pulpitis y/o necrosis pulpar con o sin periodontitis apical), irritación de la lengua durante el habla y la masticación. El objetivo del tratamiento debe incluir prevención de patología pulpar y periapical, desarrollo de

caries, eliminar la irritación de la lengua, mantener la vitalidad de la pulpa, mantener el órgano dentario en boca cuando hay patología pulpar o periapical, restablecer la estética y oclusión¹⁻².

El tratamiento dependerá de la severidad del caso, estado pulpar y etapa de desarrollo radicular del diente afectado, así como el tipo de complicación que esté provocando⁸, puede ser desde tallado gradual, terapia pulpar, tratamiento de conductos radiculares, cirugía apical, reimplante intencional o exodoncia¹⁵. Puede ser conservador o radical dependiendo del tamaño y la forma del diente afectado, y realizarse con una restauración estética o una corona completa⁶. Como tratamiento conservador se considera el tallado gradual del tubérculo antes que cualquier tratamiento pulpar; la protección con resina compuesta, la pulpotomía coronal y la apexificación pueden ser tratamientos con ápice inmaduro. El tallado gradual del tubérculo se realiza para estimular la formación de dentina terciaria. Cuando los tubérculos accesorios interfieren en la oclusión normal pueden ocasionar trastornos endo-periodontales, por lo que se recomiendan pruebas de diagnóstico completas que incluyen la toma radiográfica como medida inicial y pruebas pulpares en el diente afectado. El tratamiento puede ser: a) con tejido pulpar en el tubérculo: se debe realizar tratamiento de conductos y la posterior rehabilitación del diente; b) sin tejido pulpar en el tubérculo: se debe realizar un tallado gradual selectivo o en su defecto, un desgaste del diente antagonista para evitar la interferencia oclusal y posterior desarrollo de pulpitis¹⁶.

En los dientes que presentan una pulpa normal y ápice maduro tipo I, se debe reducir la superficie para eliminar la oclusión traumática, seguida de una aplicación de fluoruro tópico para aumentar la resistencia del esmalte, posteriormente se aplica una capa incrementada de resina fluida sobre el tubérculo de la superficie circundante, se aconseja una reevaluación a intervalos de seis meses para comprobar la oclusión. En el diente que tiene pulpa normal tipo II, el tratamiento debe proceder como se describe en el tipo I excepto en los intervalos de control, estos deben de ser cada tres o cuatro meses. En el caso de una exposición pulpar en un diente con el ápice maduro, la invasión bacteriana dará lugar a una pulpa inflamada tipo III y normalmente se desarrollarán síntomas de pulpitis irreversible,

una vez confirmado el diagnóstico debe realizarse un tratamiento de conductos convencionales seguido de la colocación de una restauración final adecuada. La complejidad del tratamiento aumenta cuando la inflamación pulpar se desarrolla debido a la contaminación de la cavidad oral y ápice inmaduro tipo IV, en estos casos se realiza una biopulpectomía parcial superficial o pulpotomía utilizando una capa de agregado de trióxido mineral aplicada a la superficie pulpar expuesta. Se requiere una terapia endodóntica y debe considerarse la creación de una barrera radicular una vez que se presenta síntomas de pulpitis de un diente con raíz madura tipo V, con o sin involucramiento periapical, si un diente con el ápice radicular en forma de trabuco se necrosa. Tipo VI con o sin componente periapical¹⁷.

Al existir una fisura sobreviene la invasión bacteriana que a futuro provoca caries y posteriormente pulpitis y más tarde necrosis pulpar. Se indica la terapia endodóntica y a menudo puede ir acompañada de una restauración estética o de cobertura completa de la corona¹⁸.

Objetivo

El reporte del presente caso clínico permite conocer una situación clínica inusual, como es esta anomalía de forma de la corona en el órgano dentario 2.1. También permite conocer la metodología para el diagnóstico de esta patología, así como el abordaje clínico para esta situación en particular. La terapia endodóntica es solo un escalón en el plan de tratamiento, es necesaria la intervención del especialista en ortodoncia y prótesis, para poder devolver la forma, función y estética, que finalmente tendrá una repercusión positiva en el aspecto psicosocial para el paciente.

Presentación del caso clínico

Paciente masculino, de 21 años de edad, estudiante mexicano, que acudió a la Facultad de Odontología de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, presentando síntomas de pulpitis irreversible en el órgano dentario incisivo central superior izquierdo permanente (OD 2.1), posterior a recibir traumatismo. Tanto en el historial clínico como en

el examen extraoral no presentó datos relevantes. Tras la exploración clínica intraoral se encontró la presencia de una protuberancia por la cara vestibular similar a un tubérculo de 9 mm de altura por 3.5 mm de ancho que se extendía desde la unión amelocementaria hasta cerca del borde incisal. Esta cúspide o tubérculo estaba separada del resto de la corona por un surco, no había presencia de caries (Figuras 1 y 2). El OD 2.1 presentó una ligera giroversión, no mostró alteración de color o discromía; el resto de los órganos dentarios no indicaban ninguna otra anomalía de forma (Figuras 3 y 4), tampoco presentaba cambios patológicos en encía ni mucosa masticatoria (Figuras 5 y 6).

Figura 1. Fotografía frontal. Presencia de una protuberancia por la cara vestibular del OD 21.



Figura 2. Fotografía de sobremordida lateral. Presencia de una protuberancia por la cara vestibular del OD 21.



Figura 3. Fotografía oclusal de arcada superior. Vista incisal del OD 21.



Figura 6. Fotografía lateral lado izquierdo. Sin cambios patológicos en encía y mucosa masticatoria.



Figura 4. Fotografía de sobremordida vertical. El OD 21 presentó una ligera giroversión sin discromía.



En el interrogatorio el paciente manifiesta dolor que, con los cambios térmicos, dura algunos minutos, un ligero dolor al masticar e incomodidad con el aspecto estético del diente.

Se realizaron pruebas de diagnóstico: resultó negativo a la palpación y positivo a la percusión vertical; en las pruebas de sensibilidad térmicas (aplicación de Endo Ice, Hygenic[®]) resultó positivo aumentado en comparación con los órganos dentarios vecinos. Se realizó la medición de la profundidad del surco gingival mediante sonda (Hu-Friedy PCPUN 15[®]), la cual aportó profundidad dentro de los límites fisiológicos normales y sangrado en mesial vestibular del tubérculo (Figura 7).

Figura 5. Fotografía lateral del lado derecho. Sin cambios patológicos en encía y mucosa masticatoria.



Figura 7a y 7b. Medición del surco gingival mediante sonda Hu-Friedy PCPUN 15[®]



La exposición radiográfica periapical digital mediante radiovisiógrafo (Carestream 6200®) reveló una estructura radiopaca en forma de "V" superpuesta a la imagen del incisivo lateral superior izquierdo, diferenciando la capa del esmalte con la dentina del tubérculo, un espacio pulpar que comienza en la unión del tercio incisal con el tercio medio del tubérculo y que continúa en dirección apical para unirse al espacio pulpar del conducto principal a nivel del tercio cervical de la raíz; mostró ensanchamiento del ligamento periodontal a nivel apical (Figura 8).

Figura 8. Exposición radiográfica periapical digital (Carestream 6200®) revelando una estructura radiopaca en forma de "V" superpuesta a la imagen del OD 2.1, y ensanchamiento del ligamento periodontal.

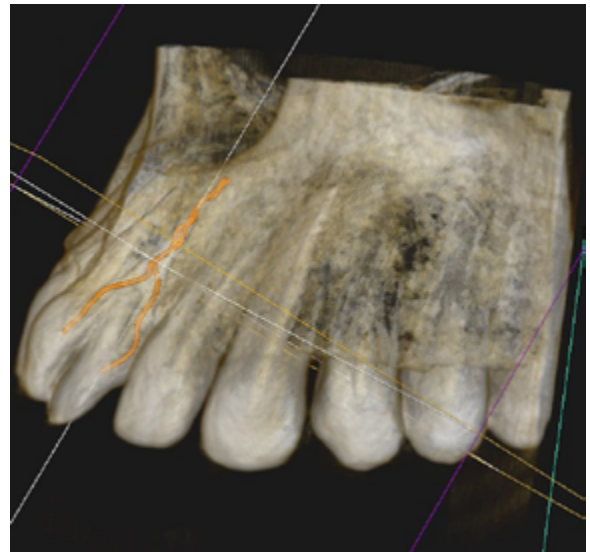


Se solicitó Cone Beam Computed Tomography (CBCT) para apoyar el diagnóstico presuntivo de diente con cúspide en talón o dens evaginatus. En el corte sagital se mostró un órgano dentario de aproximadamente 29 mm de alto, una curvatura apical en dirección palatina, unión entre el tubérculo y la corona anatómica del diente a nivel del cuello dentario; el corte sagital también reveló un espacio pulpar cameral, tanto en el tubérculo como en la corona dentaria y una tabla ósea disminuida en vestibular, a nivel del tercio cervical radicular (Figuras 9-12).

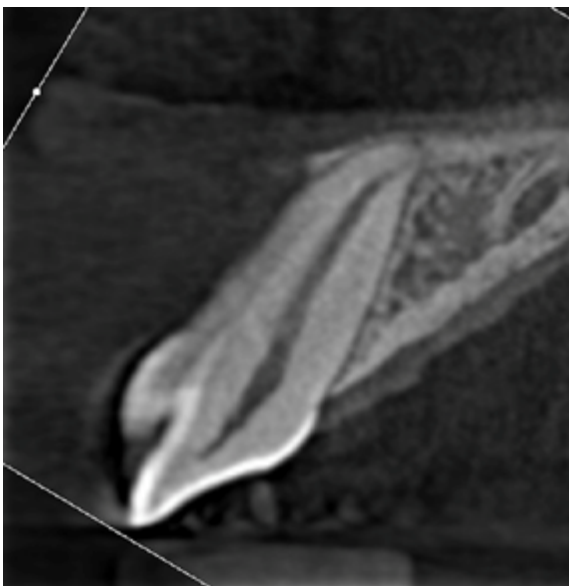
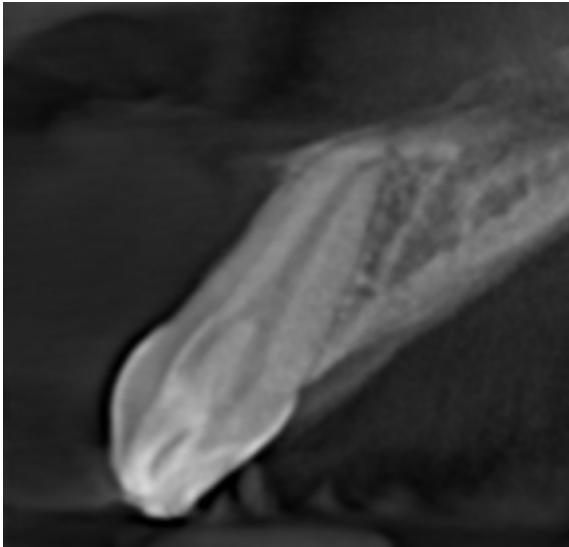
Figura 9. Tomografía de diente con Cúspide en Garra.



Figura 10. Tomografía mostrando el trayecto de los conductos radiculares.



Figuras 11 y 12. Corte sagital CBCT, mostrando curvatura apical en dirección palatina y unión entre el tubérculo y la corona anatómica del diente a nivel del cuello dentario.



En el corte axial del CBCT se observa la cámara pulpar del tubérculo como en la corona, independientes. Dichas cámaras pulpares se unen a nivel cervical, para continuar como conducto único principal hasta el ápice (Figuras 13 y 14).

Figura 13. Corte axial CBCT, se observan cámaras pulpares independientes.

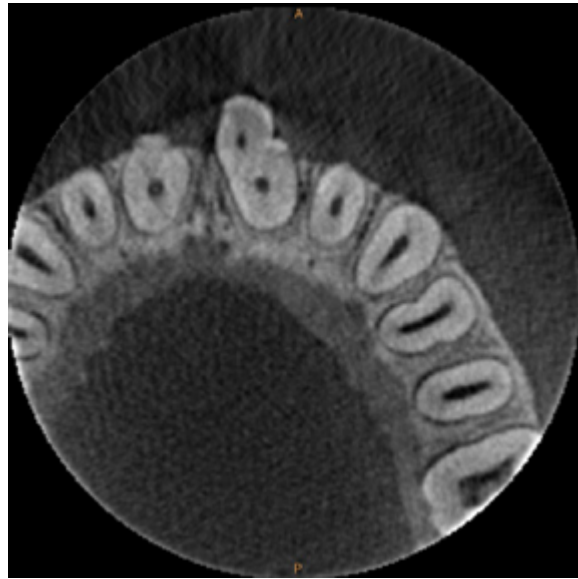
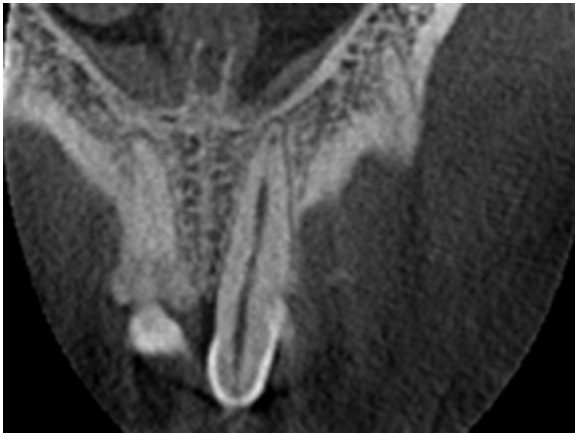


Figura 14. OD 21 Corte axial CBCT, donde se observa un istmo a nivel cervical.



En el corte coronal, al profundizar y separar la Cúspide en Garra, se observa la unión de la cámara pulpar de la corona con el conducto principal para continuar hasta el nivel apical (Figura 15).

Figura 15. Corte coronal CBCT, origen y terminación de cámara y conducto principal.



Diagnóstico y plan de tratamiento

Se diagnostica una anomalía de forma de la corona llamada cúspide en garra, que derivada de un traumatismo, provocó una periodontitis apical y pulpitis irreversible. Se propone un tratamiento de conductos radiculares (biopulpectomía), así como la eliminación del tubérculo.

El procedimiento endodóntico se realizó en dos sesiones. La región anterior maxilar se anestesió con lidocaína al 2 % con epinefrina 1:100,000, se procedió a realizar el aislamiento para lo cual se utilizó una grapa de premolar 2A (Hygenic®); se realizó la remoción del tubérculo (dejando expuesto el tejido pulpar en esta zona), el cual fue marcado previamente respecto a la línea de la sonrisa, con la utilización de una fresa de rueda y fresa de flama (Figuras 16 y 17).

Figura 16. Marca en el tubérculo para delimitar la línea de la sonrisa.

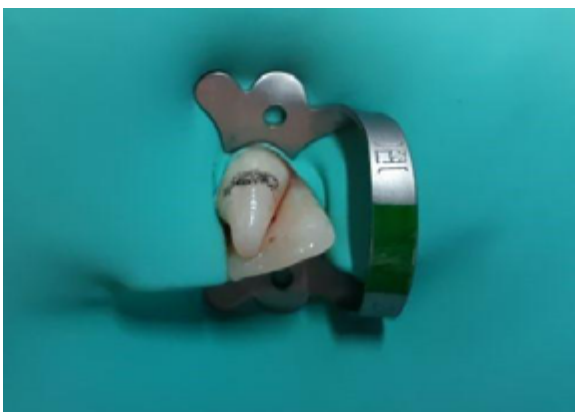


Figura 17. Eliminación del tubérculo, mediante fresa de rueda de alta velocidad.



Posteriormente se realizó un acceso conservador con fresa EG4 (SS White EndoGuide) (Figura 18), mostrando abundante sangrado hemorrágico.

Figura 18. Acceso a la cámara pulpar de la Cúspide en Garra, mostrando abundante hemorragia.



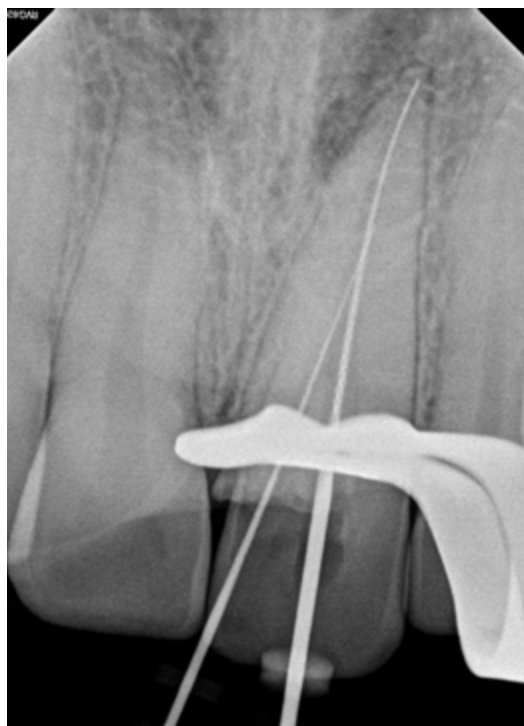
La conformación del tercio cervical y medio, tanto de la protuberancia como del conducto principal, se realizó con punta de ultrasonido e7d (NSK®) activada con Varios 370® (NSK®) a una potencia media-baja y con irrigación continua de hipoclorito de sodio al (2.5 %) Clorox® (Figura 19).

Figura 19. Utilización de punta de ultrasónica e7d (NSK), e irrigación continua de hipoclorito de sodio al (2.5 %).



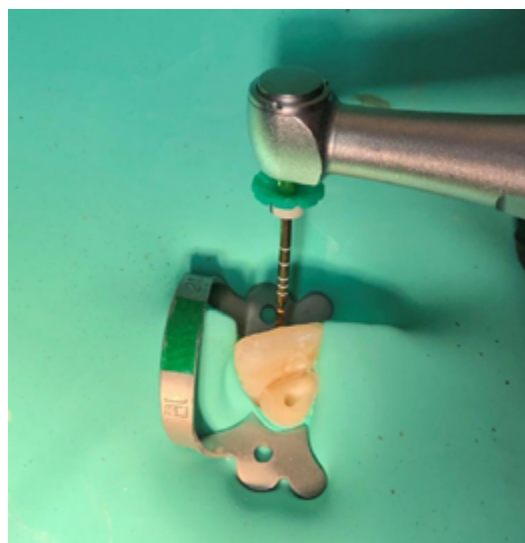
Una vez controlado el sangrado se procedió a la toma de radiografía digital de conductometría (Carestream 6200[®]) con limas K Flexofile[®] de 31 mm (Dentsply Maillefer[®]) y apoyado con localizador de foramen apical Root ZX[®] mini; demostrando una longitud real de 29 mm (Figura 20).

Figura 20. Radiografía periapical digital de conductometría.



Se conformó el tercio apical con sistema recíprocante Wave One Gold Dentsply[®] en secuencia S, M y L, montadas en contrángulo de motor IQ[®] Dentsply[®] (Figura 21) alternando entre cada instrumento la irrigación con NaOCL al 2.5 % de concentración, a través de aguja NaviTip[®] azul 25 mm (Ultradent[®]), patentizando e irrigando de forma alterna. Una vez conformado el tercio apical se procedió a secar el conducto y se irrigó con EDTA 17 % (Ultradent[®]) activado con adaptador para lima U (NSK[®]) a una potencia baja durante 1 minuto. Posteriormente, se eliminó el EDTA y se inundó el conducto con NaOCL al 2.5 %, generando activación ultrasónica pasiva (IUP) durante 1 minuto con irrigación y recambio continuo de hipoclorito; se secó el conducto con puntas de papel y se procedió a colocar la medicación intraconducto con hidróxido de calcio inyectable, Calcifar-P[®].

Figura 21. Instrumentación mecanizada con el sistema recíprocante Wave One Gold.



La segunda sesión se llevó a cabo después de una semana, confirmando la ausencia de hemorragia y sintomatología; se decidió concluir con el tratamiento, se procedió a anestesiarse y colocar el aislamiento de igual forma que la primera sesión. Se retiró el material de obturación provisional (Ionoseal[®]) y se removió el hidróxido de calcio mediante la activación de punta de ultrasonido U #15 (NSK[®]); se realizó la toma radiográfica digital de conometría con un cono autofit Wave One Gold[®] Large (45/05) (Dentsply[®]). De acuerdo al último instrumento utilizado, se corroboró el ajuste a longitud de trabajo mediante radiografía digital

(Carestream 6200) (Figura 22); se preparó el cemento sellador a base de resina epóxica AH Plus® (Dentsply®) y utilizando técnica de compactación lateral para la obturación del tercio apical. Posteriormente se realizó la técnica de onda continua de calor, el downpack con sistema alfa® (B&L®) y Backfill® con el sistema beta® (B&L®), apoyado con pluggers (B&L®). Una vez terminada la obturación se limpió la cámara pulpar, se obturó temporalmente con cemento Ioneseal® (Voco®) y se procedió a la toma de radiografía periapical digital final (Carestream 6200®) (Figura 23).

Figura 22. Toma radiográfica periapical digital de conometría con un cono autofit Wave One Gold® Large (45/05) (Dentsply®).



Figura 23. Radiografía periapical digital final de obturación.



Se remitió al paciente a tratamiento de ortodoncia con el fin de alinear el sector anterior, para posteriormente planificar una prótesis parcial fija (corona) en el diente afectado y contribuir en una mejora sustancial de la parte estética (Figuras 24 y 25).

Figuras 24 y 25. Fotografía extraoral de sonrisa y frontal. Se remite al paciente a tratamiento multidisciplinario.



Discusión

El desarrollo dental u odontogénesis, es un proceso complejo que implica etapas sensibles y cualquier alteración puede dar origen a anomalías morfológicas como dens evaginatus, talón cuspeado, entre otras. La literatura refiere casos en donde en su mayoría se ven afectados los incisivos laterales maxilares en la superficie palatina. Este reporte de caso es extremadamente inusual, ya que la anomalía de forma de la corona se encuentra en la cara vestibular de un incisivo central permanente.

La detección en fases tempranas es un factor que favorece el tratamiento conservador, cuidando la vitalidad pulpar y apical; situación que no fue posible en este caso, derivado de que el paciente nunca había solicitado atención para su alteración.

En la literatura se menciona que estos casos son propensos a lesiones por traumatismo, desarrollo de caries, enfermedad pulpar, enfermedad apical, enfermedad periodontal, además de afección estética y psicológica. El presente caso estaba precedido por un traumatismo, desarrollo de patología pulpar y afectación estética en la sonrisa del paciente.

A pesar de que no se conoce con certeza la causa de estas alteraciones, se relaciona a factores genéticos y algunas patologías; dichas alteraciones no fueron detectadas en la historia clínica médica y dental de este paciente.

La literatura menciona que el tratamiento depende de la severidad del caso y de la maduración apical, así como de la sintomatología al momento del diagnóstico; derivado de que la raíz del diente implicado estaba completamente formada y que el órgano dentario desarrolló síntomas de pulpitis irreversible, la terapia endodóntica y remoción del tubérculo, fue la propuesta de tratamiento para este caso, además de solicitar la intervención de especialistas en ortodoncia y prótesis para mejorar el aspecto estético de la zona anterior de este paciente.

Conclusión

En el presente caso se encontraron dificultades en el diagnóstico de la anomalía de forma de la corona, ya que en la literatura se conoce con varios nombres, entre ellos: cúspide intersticial, odontoma evaginado, cingulo hiperplásico, cingulo cuspidado, diente en forma de T, cúspide en garra labial, diente evaginado anterior, talón cuspidado. Asimismo, es difícil clasificar esta anomalía, por tantas variaciones en su presentación, entre ellas: tamaño, forma, estructura y localización en mandíbula o maxilar, en dentición permanente o temporal, estar localizado por palatino o vestibular, presenta distintos síntomas y signos clínicos, y por lo tanto el tratamiento no es el mismo para todos los casos.

El abordaje de este caso clínico tan inusual en el órgano dentario 2.1, se centró en el tratamiento endodóntico (biopulpectomía) para mitigar la dolencia pulpar y en la eliminación del tubérculo vestibular para mejorar, parcialmente, el aspecto clínico de la sonrisa del paciente y de esta forma contribuir en su inserción a la sociedad, mejorando su autoestima. Además, se propuso tratamiento ortodóntico y protésico para mejorar la estética de la sonrisa.

Una variación en el tratamiento endodóntico para este caso, fue la técnica de obturación mixta. Compactación lateral para el tercio apical, sustentado en un mejor llenado del conducto a este nivel y derivado de la anatomía inusual del espacio pulpar en el tercio cervical, se recurrió a técnica de onda continua de calor, buscando un llenado tridimensional.

Los reportes de casos clínicos son de gran valor para los clínicos de diversas especialidades en el área odontológica, y son casos de interés para el odontólogo general y el que está en formación. Enriquecen el abordaje del diagnóstico, el plan de tratamiento y pronóstico; además, son sustentados en literatura y revisiones bibliográficas.

Bibliografía

1. García Arroniz, Rhona, Medina, Betsy Valeria, Moyaho Bernal, María de los Ángeles, Vázquez de Lara Saavedra, Lucero. Dens in dente y talón cuspidado en un incisivo permanente: Reporte de un caso y tratamiento preventivo. *Rev. Soc. Odontol. Plata*, 2017; XXVIII (55):19-22.
2. Caley Zambrano AM, Cardoso Silva C, Maroto M, Barbería Leache E. Talón cuspidado: Manifestaciones clínicas, diagnóstico y pautas terapéuticas. *Gaceta Dental*. 2009; 202: 114-124.
3. Kulkarni VK, Choudhary P, Bansal AV, Deshmukh J, Duddu MK, Shashikiran ND. Facial talon cusp: A rarity, report of a case with one year follow up and flashback on reported cases. *Contemp Clin Dent* 2012; 3(Suppl 1): 125-129.

4. Hernández J, Villavicencio J, Arce E, Moreno F. Talón cuspídeo: Reporte de cinco casos. *Rev Fac Odontol Univ Antioq*. 2010; 21(2):208–217.
5. Pomeroy E. Labial talon cusps: A South American archaeological case in the deciduous dentition and review of a rare trait. *Br Dent J*. 2009; 206(5):277–282.
6. Dankner, Harari D, Rotstein. Dens evaginatus of anterior teeth. Literature review and radiographic survey of 15,000 teeth. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*. 1996 81(4), 472–475.
7. Harsha Vardhan T, Shanmugam S. Dens evaginatus y dens invaginatus con afectación todos los incisivos superiores: Presentación de un caso. *Quintessence*. 2012; 25(5):300-302.
8. Di Leone F, Zambrano AMC, Mayor ME, Arner Cortina C, Hernáiz MP. Anomalías dentarias de forma: Dens evaginatus (diente evaginado), revisión de la literatura y discusión sobre un caso clínico. *Científica dental: Revista Científica de Formación Continuada*. 2018; 15(2):45–51.
9. Chen JW, Huang GTI, Bakland IK. Dens evaginatus: Current treatment options. *J Am Dent Assoc*. 2020; 151(5):358–367.
10. Sumer AP, Zengin AZ. An unusual presentation of talon cusp: A case report. *Br Dent J*. 2005; 199(7):429–430.
11. Prabhu P, Chatra I, Shenai P, Kishore S, Nithin S, Savitha S. Mandibular facial talon cusp: A rare case report. *Ann Med Health Sci Res*. 2014; 4(Suppl 1): S35-37.
12. Ayub K, Khan S, Kelleher M. Dens evaginatus – addition beats subtraction. *Dent Update* 2020; 47(9):706–712.
13. Thakur S, Gupta R, Thakur N, Gupta M. Facial talon cusp on permanent maxillary canine: A rare dental anomaly. *European J Gen Dent*. 2013; 2(3):324.
14. Sudhakar S, Madhavan A, Balasubramani S, Shreenivas S. A rare familial presentation of facial talon cusp. *J Clin Diagn Res*. 2017; 11(1): ZD15–17.
15. Rica Barzuna-Pacheco C, Mariela B-P, Rica C. Caso clínico: Dens in dente: anomalía dental difícil de tratar. reporte de un caso clínico. *Redalyc.org*. 2013; 9 (2): 35-38.
16. Bolaños López, Rodríguez Villalobos V. Cúspide en talón: Reporte de casos. *Revista Científica Odontológica*. 2016; 12 (1): 35- 42.
17. Levitan ME, Himel VT. Dens evaginatus: Literature review, pathophysiology, and comprehensive treatment regimen. *J Endod*. 2006; 32(1):1–9.
18. Dankner E, Harari D, Rotstein I. Conservative treatment of dens evaginatus of anterior teeth. *Dent Traumatol*. 1996; 12(4):206–8.