



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

MALOCLUSIONES CAUSADAS POR ANOMALÍAS
DENTARIAS DE FORMA: TALÓN CUSPÍDEO.

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N O D E N T I S T A

P R E S E N T A:

RODRIGO TLATELPA SÁNCHEZ

TUTOR: Esp. ADRIANA GRACIELA PENICHE BECERRA

CIUDAD DE MÉXICO

2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

DEDICATORIA

Agradezco profundamente a mis padres, quienes por años se han sacrificado duramente para tener la posibilidad de brindarme educación sin que nada me faltara, por darme su amor y apoyo incondicional sin importar el momento en el cual viviéramos, así como también a Dios, mi hermana y a mis familiares que estuvieron presentes a lo largo de mi etapa de formación académica dándome su confianza y apoyo total en lo que necesitara.

También a mis maestros por compartirme de sus conocimientos y experiencias que me ayudaron a mejorar como profesional y ser humano. De igual manera a mi tutora por brindarme su tiempo, amabilidad y atención a pesar de las limitaciones a las que nos enfrentamos por la situación sanitaria en la que actualmente vivimos.

Y por último a la universidad por darme la oportunidad de crecer en mi formación académica y personal con el paso de los años.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	4
PROPÓSITO.....	6
CAPÍTULO 1	
ANTECEDENTES.....	7
1.1 Periodo ficticio.....	7
1.2 Periodo hipotético.....	8
1.3 Periodo de los hechos verídicos.....	8
1.4 Actualidad.....	9
1.5 Talón cuspídeo.....	12
CAPÍTULO 2	
ODONTOGÉNESIS.....	14
CAPÍTULO 3	
EPIDEMIOLOGÍA.....	19
CAPÍTULO 4	
ETIOLOGÍA.....	22
CAPÍTULO 5	
CLASIFICACIÓN.....	24
CAPÍTULO 6	
MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS.....	29
CAPÍTULO 7	
RELACIÓN CON LA MALOCLUSIÓN DENTAL.....	33
CAPÍTULO 8	
TRATAMIENTO.....	37
CONCLUSIONES.....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	43

INTRODUCCIÓN

Dentro del ámbito odontológico existen alteraciones morfológicas en las estructuras dentarias, entendiéndose por alteración un cambio de las características normales que pueden desarrollar complicaciones en la oclusión dental con el transcurso del tiempo.

Existe un proceso mediante el cual se originan los dientes denominado odontogénesis, en el cual al determinarse alteraciones en su desarrollo da lugar a la presencia de anomalías dentales. Estas se consideran malformaciones congénitas de los dientes dando su origen desde la odontogénesis, las cuales pueden clasificarse en anomalías de forma, número o tamaño debido a diversos factores generales y locales que pueden verse relacionados con el desarrollo de una maloclusión.

Con el paso del tiempo un amplio número de individuos adquieren diferentes tipos de maloclusiones dentales determinadas por causas naturales en el desarrollo de los dientes, lo cual interfiere en una relación armónica de contacto entre ellos y su adecuada oclusión, por lo cual conlleva una gran importancia el análisis clínico y radiológico para su correcto diagnóstico y tratamiento.

Específicamente dentro de la clasificación de anomalías de forma, el talón cuspídeo es una alteración que se manifiesta por el crecimiento de una cúspide adicional compuesta por esmalte y dentina en su totalidad, en ocasiones presentando extensiones de tejido pulpar, variando en su forma, tamaño, longitud y en la manera en cómo está unida a la corona con mayor frecuencia en dientes anteriores. Por consecuencia se ha denominado también como cingulo hiperplásico, cúspide supernumeraria, cúspide en garra, diente evaginado, talón cuspídeo, diente en forma de T o Y. Clínicamente se observa como un crecimiento de esmalte asintomático de forma piramidal o cónica, generalmente alineado en el centro del diente, que va desde un cingulo agrandado a una cresta de esmalte o una cúspide bien delimitada que se proyecta a partir de la unión amelocementaria de incisivos centrales y laterales, superiores e inferiores,

temporales y permanentes que se puede extender más allá del borde incisal sobre la superficie palatina o lingual y en menor frecuencia en la superficie vestibular.

Esta alteración del desarrollo requiere de un manejo preventivo e integral por parte del odontólogo de acuerdo a sus diferentes características mediante un correcto diagnóstico y un plan de tratamiento adecuado, considerando como un factor principal la relación entre la forma y funcionalidad que permita desarrollar una mejor condición bucal al paciente.

PROPÓSITO

El propósito de este trabajo será establecer cuáles son las maloclusiones con mayor frecuencia con respecto a las anomalías dentarias, específicamente del talón cuspídeo; ya que este suele causar puntos prematuros de contacto que son inadecuados en el desarrollo, afectando a los dientes, huesos, músculos y nervios.

CAPÍTULO 1

ANTECEDENTES

A lo largo de la historia en el ámbito odontológico han existido ideas, teorías y diversos razonamientos basados en conocimientos que son sustentados mediante la investigación. Sin embargo, para llegar a la verdad que hasta el momento se conoce, como en cualquier hecho de investigación o histórico, se tuvo que pasar por controversias e incluso por algunas contradicciones. Específicamente, el concepto de oclusión y maloclusión estuvo rodeado de hipótesis y ficciones, las cuales permitieron dividir el desarrollo de estos conceptos en tres periodos:

1.1 Periodo Ficticio (antes de 1900).

Fuller, Clark e Imrie, hablaban de antagonismo como la unión o deslizamiento de los dientes, mientras otros se basaban sólo en descripciones anatómicas de la morfología de estos, como unidades individuales. Sin embargo, faltaba la creación de un estándar, una relación típica, así como una base para comparar las desviaciones de lo normal.¹

Principalmente dentro de este periodo como idea general, se tenía en consideración únicamente que los dientes deben estar en contacto íntimo, sin embargo, no se encontraba bien establecida la idea de la oclusión como un concepto en concreto. Fue Kingsley quien mantuvo firme la idea de estudiar y establecer que las anomalías de los dientes permanentes deben ser reconocidas por todos los que realizan observaciones extendidas ya que son desviaciones mayores o menores del estándar normal. El margen de normalidad de la arcada dentaria es una línea curva que se expande al llegar a los extremos, con todos los dientes colocados sobre esta línea. Mediante esta ideología, por primera vez, se estableció una idea específica hablando de un estándar de normalidad: “los dientes alineados deben formar una línea curva en la arcada dentaria”. Seguido a esto Talbot por medio de su texto *“Irregularities of the Theet and Their*

Treatment” mencionó que los hábitos bucales pueden ser la causa de deformaciones faciales, maxilares y de la mala posición dentaria. Estos conceptos a pesar de no ser tan extensos siendo los más destacados del periodo ficticio sirvieron como base para abrir la brecha hacia el siguiente periodo.¹

1.2 Periodo hipotético (1900-1930)

Dentro de este periodo sin duda alguna destaca el nombre de la persona que más aportaciones realizó a la rama de la ortodoncia: Edward Hartley Angle, quien logró organizar y aplicar los conocimientos obtenidos hasta ese momento y que hoy en día siguen vigentes bajo su hipótesis “todos los dientes son indispensables”; sin embargo, es importante recalcar que dependiendo de la función que cada uno desempeña algunos son más importantes que otros, y para Angle los más importantes de todos son los primeros molares permanentes ya que estos son los que con mayor frecuencia ocupan su posición normal, especialmente los primeros molares superiores, a los que se les llamará las llaves de la oclusión”.¹

En relación con esta idea, usó como base la reconocida clasificación de la maloclusión de Angle destacando la jerarquía del primer molar permanente. A su vez definiendo a la maloclusión como “la perversión del crecimiento y desarrollo normal de la dentadura”. Lo que hoy en día con el paso de los años comprendemos que además de un mal alineamiento de los dientes tanto superiores como inferiores está correlacionada con variaciones apreciables tanto de la estética como de la funcionalidad, dependiendo de las características faciales, esqueléticas y dentales de cada individuo. Posteriormente tras establecer una base más sólida de conceptos de la ortodoncia se dio paso a un nuevo periodo.²

1.3 Periodo de los hechos verídicos (1930)

Dentro de este periodo se destaca el hecho de que la oclusión dejó de ser denominada como estática y se catalogó como dinámica. Además, se introdujo el concepto de dimensión vertical, y se habló más acerca de los músculos circundantes. Como conclusión de este periodo se determinó

que el factor determinante es la salud de cada elemento. Los dientes sanos, aunque se encuentren mal alineados, con tejidos sanos, musculatura que funciona normalmente y sin patología en la articulación temporomandibular, se acercan mucho al ideal de lo normal.¹

1.4 Actualidad

A pesar de que la clasificación de maloclusiones del doctor Angle ya se encontraba plenamente establecida, se encontraron una serie de inconvenientes que impulsaron a la investigación para así desarrollar una clasificación más adecuada y perfecta; la primer limitante se estableció en el primer molar superior, siendo este inestable en el esqueleto craneofacial después de ser analizado por medio de estudios cefalométricos, a lo que se añadieron más limitantes como el excluir los problemas verticales y transversales, la sobremordida vertical u overbite o la mordida cruzada posterior entre otras. Así que pocos años después Dewey-Anderson lograron modificar la clasificación de Angle de acuerdo a su pensar cubriendo las limitantes de esta incluyendo las anomalías verticales y transversales, así como también las anomalías sagitales del segmento anterior.

Una vez al tener bien establecidos los principios acerca de la clasificación de las maloclusiones dentales fue necesario determinar consecuentemente el factor causante de estas ya que simplemente se consideraba a algún factor causal como origen relacionado con el paciente y la maloclusión, sin tener un orden, base o clasificación sólida de diversos factores posibles que originan esta anomalía.

Para cambiar esto se categorizó a los factores etiológicos refiriéndose a las causas heredadas y congénitas, siendo relacionadas con patrones de genes en su ambiente. Mientras que el otro grupo se refería a las causas adquiridas. Sin embargo, el método más eficaz y entendible de lograr clasificar estos factores etiológicos fue dividirlos en dos grupos ya que las maloclusiones son de origen multifactorial al no ser solamente una causa

la que las produce, sino distintas interactuando entre sí, algunas teniendo un rol más importante que otras. El primer grupo es el general siendo este conformado por factores externos a la cavidad oral, mientras el segundo grupo es conformado por los factores locales siendo este relacionado específicamente con la dentición. (Tabla 1 y 2)

FACTORES GENERALES	
Herencia	Patrón hereditario
Defectos congénitos	Paladar hendido, tortícolis, disostosis craneofacial, parálisis cerebral, sífilis, etc.
Ambiente	a) Prenatal (trauma, dieta materna, metabolismo materno, varicela, etc.) b) Posnatal (lesión en el crecimiento, parálisis cerebral, lesión de la articulación temporomandibular, etc.)
Ambiente metabólico predisponente y enfermedades	a) Desequilibrio endocrino b) Trastornos metabólicos c) Enfermedades infecciosas
Problemas nutricionales	Desnutrición
Hábitos de presión anormales y aberraciones funcionales	a) Lactancia anormal (postura anterior del maxilar inferior, lactancia no fisiológica, presión bucal excesiva, etc.) b) Chuparse los dedos c) Hábitos con la lengua y chuparse la lengua d) Morderse labio y uñas e) Hábitos anormales de deglución (deglución incorrecta) f) Defectos fonéticos

	<p>g) Anomalías respiratorias (respiración bucal, etc.)</p> <p>h) Amígdalas y adenoides (posición compensadora de la lengua)</p> <p>i) Tics psicogénicos y bruxismo</p>
Postura	
Trauma y accidentes	

TABLA 1

Factores locales
<p>Anomalías de número</p> <p>a) Dientes supernumerarios</p> <p>b) Dientes faltantes(ausencia congénita o pérdida por accidente, caries, etc.)</p>
Anomalías en el tamaño de los dientes
Anomalía en la forma de los dientes
Frenillo labial normal; barreras mucosas
Pérdida prematura
Retención prolongada
Erupción tardía
Vía de erupción anormal

Anquilosis
Caries dental
Restauraciones dentarias inadecuadas

TABLA 2

Como se puede observar la etiología de las maloclusiones es difícil de establecer si no existe una estructura categórica para ellas, ya que no tienen una causa en específico como se tenía pensado, son de origen multifactorial en el desarrollo de cada individuo y en ocasiones mal comprendidas debido al equilibrio en el que se encuentran las estructuras dentales y esqueléticas. Es por ello que mediante una clasificación etiológica nos permite de mejor manera llevar a cabo el estudio del factor causal en específico dependiendo de los requerimientos de cada paciente y las características de cada maloclusión en particular.

1.5 Talón cuspídeo

Ahora bien, con respecto a la anomalía dentaria referente a este trabajo, fue descrita por primera vez en el año de 1892 por Mitchel, quien la reportó en un caso, refiriéndose a ella como “un proceso con forma de cuerno que curva desde la base en la superficie palatina de un incisivo central maxilar”. Posteriormente en 1970 Melor y Ripa le asignaron el nombre de “cúspide en garra” debido a que les recuerda la forma del talón de un águila y más tarde Gorlin y Goldman la denominaron como una alta cúspide accesoria, que al unirse al borde incisal produce un diente en forma de T o Y.^{3,4} (Figura 1)



Figura 1. Talón cuspídeo ocasionando un incisivo en forma de Y.³

De igual manera será de gran relevancia hablar acerca del proceso que ocurre previamente al desencadenar un factor etiológico dando como resultado el crecimiento dentario, la odontogénesis.

CAPÍTULO 2

ODONTOGÉNESIS

Para comprender todo el desarrollo dental y lo que implica es necesario explicar el proceso mediante el cual se desarrolla un diente. Dentro de la embriología existe un procedimiento mediante el cual dará lugar a la formación de las distintas capas germinativas que participan en la formación de los elementos dentales que aparecen cronológicamente durante la etapa de crecimiento y desarrollo de cada individuo dando como resultado un desarrollo orgánico y de maduración biológica que al concluir correctamente potenciará una buena oclusión dental.

Este procedimiento es conocido como odontogénesis, cuya ciencia encargada de su estudio se denomina embriología dentaria. La odontogénesis inicia en la sexta semana de vida intrauterina y durante ella existen 2 fases:

- ⇒ La primera es la etapa de morfodiferenciación en donde se llevará a cabo la formación de la corona del diente y después la formación de la raíz dentaria. Es aquí donde el ectomesénquima inducirá al epitelio bucal a proliferar y dar origen a 2 nuevas estructuras, las células a proliferar por parte del epitelio bucal serán las células basales que posteriormente se introducirán al ectomesénquima y darán origen a la lámina vestibular y a la lámina dentaria.
- ⇒ La segunda etapa es llamada histogénesis o citodiferenciación, en donde ocurrirá el proceso de formación de los tejidos dentarios, así como sus componentes (esmalte, dentina y pulpa).

Dichas fases ocurren de forma continua e incluso llega un momento en que ambas ocurren al mismo tiempo, de ellas cabe mencionar que resalta la formación del patrón de la corona dentaria siendo un punto muy importante y complejo durante este procedimiento. Este patrón se conforma por medio de las siguientes etapas:

- Estadio brote o yema

Siendo esta la primera etapa para la formación del diente toman relevancia las células periféricas cuboideas y las células centrales o internas poligonales, quienes son proliferadas de las células de la lámina dentaria, mientras que el ectomesénquima comenzará a condensarse alrededor de este brote epitelial que se está formando, dando origen al folículo dentario. (Figura 2)

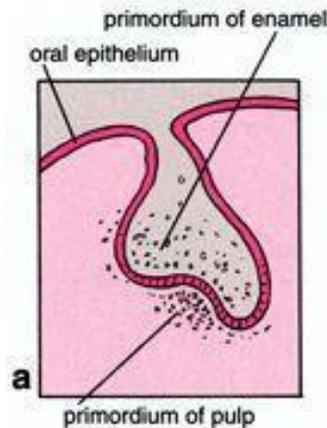


Figura 2. Estadío brote o yema.⁵

- Estadío de casquete

Durante este estadio habrá una proliferación desigual en la superficie profunda que da forma a una concavidad, por lo que da apariencia a la forma de un casquete. Dicha concavidad encierra una porción del ectomesénquima que lo rodea, la cual será la futura papila dentaria.

Para este estadio se encuentran 3 estructuras importantes, la primera a destacar es el epitelio dental externo, siendo esta una capa de células cuboideas que se unirán y por ende formarán una convexidad.

La segunda es el epitelio dental interno estando formado por células cilíndricas que al unirse forman una concavidad.

Mientras que la tercera estructura de importancia será el retículo estrellado, en él habrá un aumento de líquido intercelular que hará que las células se separen tomando una forma o aspecto estrellado.

En el mesénquima que está en la cavidad aparecen capilares dando lugar a la papila dentaria que en un futuro será el complejo dentino-pulpar. Por otra parte, el mesénquima que rodea el exterior comienza a condensarse

lo que formará el saco dental, que conforme avance el proceso sus células forman los tejidos del periodonto. (Figura 3)

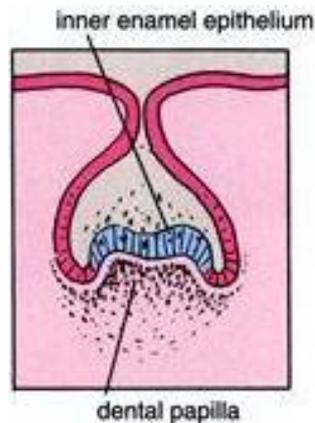


Figura 3. Estadio de casquete. ⁵

- Estadio de campana

Esta etapa se inicia alrededor de las 14-18 semanas de vida intrauterina y en ella se denotan cambios importantes en la estructura del germen dentario como la conformación de la morfología coronaria, aparición de nuevas capas, y en la cual ocurrirá una invaginación en el epitelio interno que dará un aspecto de campana, el cual se puede dividir en un estado inicial y otro avanzado.

Se puede observar el proceso de diferenciación de células entre odontoblastos y ameloblastos y por consecuencia el inicio de la formación del diente. (Figura 4)

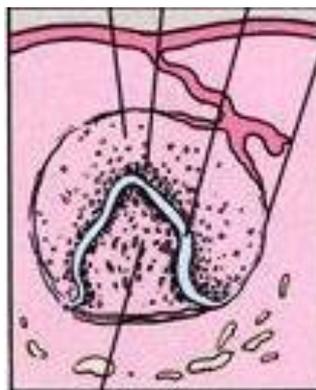


Figura 4. Estadio de campana. ⁵

- Estadio aposicional o maduro

Como última etapa, mediante este estadio los depósitos de esmalte estarán sobre los depósitos de dentina, esta aposición de los tejidos comenzará en las cúspides y bordes incisales hasta extenderse hacia cervical, el crecimiento es aposicional y la elaboración de la matriz va seguida de la mineralización. (Figura 5)

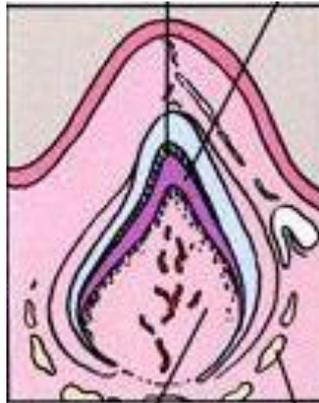


Figura 5. Estadio aposicional o maduro.⁵

Ahora bien, para el desarrollo y formación del patrón radicular se encontrará en el asa cervical la vaina epitelial de Hertwig, esta tiene su origen durante el proceso del desarrollo dentario en el cual el epitelio dental interno y el epitelio dental externo se unen y forman el rodete cervical, el cual se invagina dentro del tejido conectivo subyacente. Este rodete cervical determina la futura unión cementoamantina. Se convierte, entonces, en la llamada vaina epitelial radicular de Hertwig.⁵

Esta porción invaginada permanece como una capa continua hasta que la dentina de la raíz se ha formado. Inducirá a la papila (siendo esta inductora y modeladora de la raíz del diente) a diferenciarse en odontoblastos radiculares. Una vez depositándose la primera capa de dentina radicular la vaina de Hertwig se fragmentará y formará los restos epiteliales de Malassez, mientras que las células del tejido conectivo existentes se van a diferenciar en cementoblastos.

Si bien el proceso de la odontogénesis es complejo sin duda es necesario comprenderlo para tener en claro el origen de los dientes desde un punto de vista más específico. Tras tener claro el cómo se originan los dientes

será necesario conocer la frecuencia y los factores determinantes de la anomalía estudiada en este trabajo, el talón cuspídeo.

CAPÍTULO 3

EPIDEMIOLOGÍA

Es necesario tener como objeto de estudio de una enfermedad o en este caso de una anomalía dentaria a la población que afecta y a su distribución como tal para tener un control del análisis epidemiológico y a su vez un parámetro establecido de cómo se comporta en general ante la población.

La epidemiología se ha definido como el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o fenómenos relacionados con la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este estudio al control de los problemas sanitarios.⁶

Sin embargo, el talón cuspídeo al ser una anomalía de forma con baja tasa de frecuencia en la población en general, y con gran dificultad al no encontrar amplia variedad en sus datos de registro, lleva a la falta de criterios precisos para definirlo. Por esto mismo da lugar a una gran variabilidad en su nomenclatura y dificultad para saber su epidemiología real. La prevalencia de esta anomalía varía en las publicaciones desde un 0,06% a un 8%, por lo que varios autores han referido que no hay datos epidemiológicos suficientes.³

Aun así, tiene evidencia de estar presente en un reducido número de casos en comparación con otras alteraciones de forma en los dientes, y los datos encontrados principalmente son dos:

- -La cúspide del talón es más frecuente en la dentición permanente que en la primaria. Una revisión de la literatura muestra que la cúspide del talón se presenta en la dentición permanente en el 75% de los casos y en la dentición primaria en el 25%.
- -La cúspide del talón muestra una predilección por el maxilar sobre la mandíbula, mientras que los incisivos laterales maxilares son los dientes más frecuentemente afectados (67%); les siguen los incisivos centrales (24%) y los caninos (9%).⁷ (Figura 6)



Figura 6. Talón cuspidé localizado en palatino de un incisivo lateral permanente, unido en toda su extensión a la corona dentaria.³

En cuanto a la incidencia y prevalencia de esta anomalía sigue siendo de una constante baja y muy variable en las poblaciones modernas como lo muestran las siguientes tablas. (Tabla 3 y 4)

Población	Porcentaje
Esquimales y aborígenes norteamericanos	3 y 4%
Comunidades asiáticas	1 y 2%
México	0.06%
India	7.7%
Malasia	5.2%
Pakistán	2.4%
Israel	1%
Japón	0.9%

TABLA 3. Incidencia y prevalencia en dientes permanentes.

Población	Porcentaje
Japón	0.6%

TABLA 4. Incidencia y prevalencia en dientes temporales.

Al analizar estos datos podemos observar que la dentición permanente se ve afectada considerablemente en relación a la dentición temporal casi aumentando su porcentaje de frecuencia tres veces más, mientras que las piezas dentales en las cuales existe una mayor frecuencia del crecimiento del talón cuspídeo es en los incisivos laterales muy por encima de los incisivos centrales, caninos y el resto de los dientes.

Ahora bien, esta anomalía al ser muy variable se puede presentar tanto en el maxilar como en la mandíbula y crecer por el lado vestibular o palatino, aunque se ve diferencia en el patrón de ocurrencia, la cúspide en talón labial es casi tan común en mandíbula como en maxila, 12 y 16% respectivamente. Aunque al presentarse en la dentición temporal afectando a los centrales superiores, se puede dar el caso en el cual ocurra en forma bilateral.

El investigador, Mull manifiesta que se afectan ambos sexos y comúnmente, de forma unilateral, sin embargo, una quinta parte de los casos se presentan bilateralmente.⁸

Esta anomalía no tiene un patrón característico en cuanto a una forma establecida, localización, tamaño o sexo, es muy variable en cuanto a su aparición en la cavidad oral.

Finalmente, uno de los objetivos de la epidemiología será describir y mejorar el estado de salud de la población a través de diversos estudios, por lo que los datos recopilados de la anomalía dental estudiada, sin importar que sean escasos, ayudan a tener una idea y concepto a grandes rasgos de cómo se comporta ante la gente. Revisados estos datos generales es de interés explicar las causas y el origen del talón cuspídeo, es decir su etiología. Esto para identificar el factor causal y estudiar a detalle la procedencia de esta anomalía.

CAPÍTULO 4

ETIOLOGÍA

Como se ha mencionado anteriormente la etiología de las maloclusiones no tiene un origen en específico, sino que son una combinación de distintos factores del crecimiento y desarrollo del individuo que interactúan entre sí para dar origen a estas.

Como etiología, comprendemos que es el estudio de la causalidad de alguna enfermedad, la cual nos ayudará a entender su inicio y origen para posteriormente llevar a cabo su tratamiento.

Hablando acerca del talón cuspídeo, de acuerdo a la literatura no se le conoce una etiología exacta si no multifactorial sujeta a distintas razones de su causa de procedencia. Una de ellas menciona que su descendencia puede ser genética, donde alguno de los padres transmite ciertos genes a sus hijos; y esto es bastante congruente, ya que los hijos heredamos ciertas características desde lo físico hasta lo mental de nuestros padres. Por otro lado, se pueden agregar a esto más factores, como la relación con el medio ambiente prenatal y posnatal que lo rodea e incluso traumatismos u otras circunstancias que afecten al germen dentario en su pleno desarrollo.

Siguiendo con otras teorías de su etiología se cree que este defecto puede ser debido a una hiperactividad de la parte anterior de la lámina dental. Mientras que otra teoría sugiere que esta anomalía podría ser por un plegamiento hacia el exterior de las células epiteliales del esmalte y una hiperplasia focal transitoria del mesénquima de la papila dental. La mayoría de los autores consideran, que al igual que otras anomalías dentarias, el talón cuspídeo ocurre en la etapa de morfodiferenciación. Las alteraciones en este periodo, como los cambios en la función endocrina, pueden afectar a la forma y el tamaño del diente sin perjudicar la función de los ameloblastos y los odontoblastos. Thirumalaisamy informó que, durante la morfodiferenciación, el plegamiento de las células epiteliales entre las células internas del esmalte (precursores de los

ameloblastos) y la hiperplasia focal que transita por la papila dental mesenquimal (precursores de los odontoblastos) dan lugar a la característica peculiar de un talón.^{3, 9,10}

Por consiguiente, al ya tener conocimiento sobre la etiología de esta anomalía será importante enfocarnos en sus características clínicas y por ende en la clasificación que existe de ella, teniendo en cuenta que al ser una anomalía de forma se puede presentar en distintas variaciones dentro de la cavidad oral.

CAPÍTULO 5

CLASIFICACIÓN

Dentro del ámbito odontológico es necesario establecer clasificaciones para definir algún grupo dependiendo de ciertas características que el objeto de estudio conlleva, esto se vuelve esencial para diferenciar la materia de estudio dentro de un determinado grupo.

Cómo clasificación se entiende una forma con una función lógica de ordenar grupos específicos con el fin de marcar diferencias puntuales para facilitar su estudio.

Hablando acerca de las anomalías dentarias, su clasificación se encarga de organizarlas en tamaño, forma y número; dependiendo de ciertas cualidades y características que cada malformación en particular tenga.

La anomalía descrita en este trabajo no es la excepción y al presentar variabilidad en su tamaño, localización y forma, fue necesario clasificarla de acuerdo a sus cualidades para un correcto diagnóstico clínico y su posterior tratamiento. Es por eso que para describir el talón cuspídeo el autor Hattab se basó en la forma en la cual se presenta en cavidad oral y a la vez en su extensión para desarrollar 3 grados dentro de una clasificación:

Tipo 1 o también denominada como talón verdadero: La cúspide extra crecida en el diente tendrá una forma bien definida y delimitada en la superficie palatina ya sea en los dientes anteriores de la primera o segunda dentición, esta tendrá una extensión que irá desde la unión amelocementaria hasta llegar al borde incisal del diente. (Figura 7)



Figura 7. Talón cuspídeo tipo I en dientes 11:21.⁹

Tipo 2 o también denominada como semitalón: A diferencia del tipo 1, la cúspide extra medirá aproximadamente 1 milímetro y en ocasiones un poco más, sin embargo, tendrá un menor tamaño y tendrá una extensión de menos de la mitad de distancia de la unión amelocementaria al borde incisal del diente e incluso puede estar unida hacia la superficie de la corona palatina del diente. (Figura 8)



Figura 8. Talón cuspidado tipo 2 de la clasificación de Hattab: semitalón.³

Tipo 3 conocida también por el nombre de vestigio de talón o traza de talón: Destaca la aparición de un cingulo muy pronunciado con una amplia variedad en su forma que no llega ni al tercio medio de la superficie palatina, este puede tener una forma bífida, cónica, de tubérculo o redondeada. (Figura 9)



Figura 9. Talón cuspidado tipo 3 de la clasificación de Hattab: vestigio de talón.³

Esta clasificación propuesta por Hattab describe únicamente la presencia del talón cuspidado cuando está presente por las caras palatinas de los dientes, sin embargo, fue Arion T. Mayes quien a través de una

investigación realizada en una población India Norteamericana (anterior al contacto con Europa) describió la examinación de 301 esqueletos y registro de su morfología dental, analizando la presencia de cúspides labiales en cinco esqueletos (2%) de esta población. La literatura refiere que las cúspides tanto linguales como labiales son distintas y por tanto deben tener una terminología diferente, aunque ambas se encuentren dentro de la categoría de esmalte ectópico según Mayes. Los investigadores han utilizado un sistema de clasificación para describir las cúspides del talón lingual. Sin embargo, hasta donde se sabe, la cúspide del talón labial no ha sido descrita en la literatura de acuerdo con un sistema de clasificación, ni los autores han informado de su aparición con condiciones tales como la doble pala. Es por esta idea que propone otra clasificación para describir al talón cuspídeo o cúspide en forma de garra cuando morfológicamente está presente en la cara labial del diente.¹¹

La clasificación de Mayes está explicada por medio de los siguientes estadios:

- Estadio 1 o de forma más leve. El talón tiene una elevación mínima y ligera, extendida alrededor de toda la corona sin llegar a la unión amelocementaria o al borde incisal. Para poder observar en ocasiones se requiere palpar el diente o utilizar una fuente de luz directa y ajustarla. (Figura 10)



Figura 10. Estadio 1 (forma más leve).¹¹

-Estadio 2 o forma moderada. El talón cuspídeo estará elevado por la superficie lingual abarcando toda la corona, sin embargo, no alcanza la

unión ameloementaria, pero si llega al borde incisal. En este estadio es más fácil de observar y palpar.

-Estadio 3 o de forma más extrema. La cúspide estará de manera libre extendiéndose a partir de la unión ameloementaria hasta el borde incisal de la superficie labial del incisivo. (Figura 11)



Figura 11. Estadio 3 (forma más extrema) cúspide del talón labial.¹¹

Por medio de un estudio de restos óseos dentro de esta misma población se descubrió que existen variaciones en la forma labial del talón cuspídeo las cuales solo se describen en grados no definibles como “presente” o “ausente” dentro de los estadios del 1 al 3, en donde destaca el término de doble pala, la cual se puede identificar en grados intermedios en lugar de clasificarse como presente o ausente simplemente.

Por último, después de reportarse diversos casos acerca de la aparición de cúspides faciales, las cuales no estaban descritas en la clasificación de Hattab, Chin-Ying describe las variaciones en las cúspides de los talones como:

- Talones mayores: Cúspides bien delineadas que sobresalen de la superficie facial o palatina/lingual de un diente anterior y se extienden al menos a la mitad de la distancia desde la unión cemento-esmalte hasta el borde incisal.⁴⁻¹²
- Talones menores: Que se presentan en las mismas superficies, pero se extienden más de una cuarta parte y menos de la mitad de

la distancia desde la unión cemento-esmalte hasta el borde incisal.⁴⁻¹²

- Trazos de garras: Cíngulos prominentes agrandados y sus variaciones que ocupan menos de una cuarta parte de la distancia desde la unión cemento-esmalte hasta el borde incisal.⁴⁻¹²

Ahora bien, después de hablar acerca de las diferentes maneras en las cuales se ha clasificado, también esta anomalía se encuentra relacionada con pacientes que padecen síndrome de Sturge-Weber, síndrome de Mohr, síndrome de Ellis -Van Creveld y síndrome de Rubinstein-Taybi. Cabe resaltar que, si bien está asociada a estos síndromes, y es común que esta anomalía se presente, no precisamente es una característica esencial de ellos.

Al tener clara su clasificación de acuerdo a las características propias de la anomalía, lo siguiente será saber identificarlo para conocer la forma en la cual clínicamente el talón cuspídeo se manifiesta y las maneras en las cuales lo podemos observar desde una inspección bucal hasta una interpretación radiográfica.

CAPÍTULO 6

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y RADIOLÓGICAS

Para lograr identificar cualquier anomalía dental debemos conocer sus características morfológicas a través del conocimiento clínico y de las manifestaciones que ésta presenta, a su vez, para establecer un diagnóstico correcto es necesario en ocasiones ir de la mano del conocimiento radiográfico a través de la interpretación.

Como manifestaciones clínicas se entiende los signos y características que alguna enfermedad o en este caso anomalía presentan, ya sea anatómicas, radiográficas e histológicas las cuales nos ayudarán a determinar su diagnóstico y un posterior tratamiento de ser necesario. En este caso como sabemos, esta anomalía es poco frecuente en la población, por lo que es muy raro encontrarla en los pacientes, pero debemos conocer sus cualidades para detectarla a tiempo en dado caso de estar presente en nuestra consulta.

Usualmente el talón cuspídeo se caracteriza por ser asintomático y clínicamente posible de detectar por medio de la palpación y observación del diente en el cual esté presente, se observará como una estructura manifestada como un crecimiento exofítico de forma piramidal o cónica en la mayoría de casos generalmente alineado en la parte central del diente que puede ir desde un cingulo agrandado o tener la forma de una cúspide de gran tamaño y bien delimitada proyectada a partir de la unión amelocementaria en centrales y laterales superiores o inferiores en dentición temporal o permanente sobre la superficie palatina o lingual del diente. Se describe como un rasgo morfológico coronal el cual consiste en una cúspide accesoria que varía en su forma, tamaño, longitud y en la manera en cómo se une a la corona, está constituido por esmalte, dentina y en algunos casos con extensiones variables de la cámara pulpar.¹³

La cúspide adicional que crece en el diente varía en sus formas desde una cúspide pequeña redonda o en forma de pico hasta encontrarse de manera agrandada en tamaño y extensión variada, unida completamente

a la corona o solo una parte a ella como se explicó en el capítulo anterior dentro de su clasificación. (Figura 12)



Figura 12. Talón cuspidado en el incisivo lateral superior izquierdo.¹³

Dentro de los inconvenientes que pueden presentarse debido al talón cuspidado en el diente nos encontramos con el acúmulo y retención de placa dentobacteriana en los surcos y por consecuencia la presencia de caries por la dificultad de una correcta higiene en esa zona. También debido al aislamiento y poca cantidad de esmalte con el cual la cúspide está adherida a la corona se puede dar fácilmente el riesgo a una fractura de la cúspide y a consecuencia exposición pulpar que conlleva a dolor intenso o necrosis del tejido vasculonervioso e incluso daño a los tejidos periodontales, todo esto si no se lleva a cabo un diagnóstico temprano e incluso puede perderse prematuramente el diente afectado a consecuencia de comunicación con la pulpa o predisposición a caries resultando necrosis pulpar y patología periapical, causa de interferencia o desplazamiento del diente afectado. O bien al realizar movimientos naturales con la lengua para hablar o comer puede ocasionar irritación en esta debido al roce continuo con la cúspide y también traumatismo en el labio. Si la anomalía aparece por el lado vestibular del diente, el paciente puede tener compromiso estético.

Por último, también podría ocasionar problemas con la oclusión al estar fuera de una correcta armonía oclusal y causar una interferencia, la cual si no se detecta a tiempo será la causa de desencadenar problemas en la articulación temporomandibular.



Figura 13. Retención de placa dental en los surcos del talón cuspidal.⁵

Por otra parte, además de la exploración bucal es posible saber de la presencia de esta anomalía por medio de una correcta interpretación radiográfica con una radiografía dentoalveolar, la cual nos mostrará el diente en el cual se sospecha de la presencia del talón cuspidal observando completamente desde la raíz hasta la corona.

La imagen radiográfica del talón va a tener una amplia variedad dependiendo de su estructura y del ángulo empleado en el cual se tomó la radiografía. Se aprecia de una manera radiopaca descrita en forma de V en casos para la clasificación de tipo 1 y 2 de Hattab con la cúspide bien definida en un aspecto radiopaco por encima de la imagen de la corona del diente partiendo del tercio cervical (Figura 14). Y si está presente en la mandíbula se verá una radiopacidad con forma de V invertida.



Figura 14. Imágenes radiográficas de forma V radiopaca de dos talones cuspidales.³

Otra imagen apreciada será donde existe una cúspide proyectada desde el cíngulo palatino hasta el tercio medio de la cara palatina, la cual radiográficamente se observa con aspecto radiopaco sin estar tan pronunciada la forma de triángulo como en las radiografías anteriores clasificada como un semitalón. (Figura 15)



Figura 15. Radiografía que muestra cúspide en talón en el incisivo central superior derecho permanente.⁸

Si bien la detección clínica del talón cuspídeo a través de la exploración bucal es sencilla, el uso de la radiografía intraoral es un elemento auxiliar de gran relevancia, más aún cuando estén presentes algunas otras anomalías con las cuales se puede confundir el talón cuspídeo, estas pueden ser: el mesiodens, odontoma, dientes incluidos o impactados, fusión o dientes supernumerarios. Así, al llevar a cabo un diagnóstico correcto se podrá planificar un tratamiento adecuado dependiendo de las necesidades del paciente.

CAPÍTULO 7

RELACIÓN CON LA MALOCCLUSIÓN DENTAL

Con el inicio de la erupción dental se comienzan a originar los primeros contactos dentales entre los incisivos centrales superiores del maxilar y los incisivos centrales inferiores de la mandíbula, para posteriormente entrar en contacto con los incisivos laterales, los molares temporales y finalmente los caninos. Una vez que todos los dientes estén presentes en la cavidad oral podrán llevar a cabo sus funciones correspondientes para desarrollar la oclusión ideal de cada individuo.

La correcta relación oclusal es la base para el funcionamiento adecuado del sistema estomatognático, por lo que la oclusión será considerada como el factor más importante para el movimiento mandibular debido a la manera en la cual los dientes entran en contacto entre sí, sin embargo al existir una alteración que impida el contacto ideal entre ellos debido a alguna causa indistinta, por ende provocará la existencia de trastornos oclusales y hábitos provocados a consecuencia de las interferencias derivadas de contactos inapropiados y disfunciones relacionadas a la ATM.

A través del tiempo las maloclusiones han sido la causa de distintas alteraciones en la cavidad oral que conllevan complicaciones las cuales afectan desde la estética hasta la funcionalidad en las personas. En muchas ocasiones no son detectadas a tiempo, lo cual hace que el profesional de la salud lleve a cabo un tratamiento inadecuado que trae consigo problemas los cuales a la larga afectan de manera más profunda a cualquier individuo desde repercusiones físicas, psicológicas y sociales, consideradas además como un factor de riesgo para el desencadenamiento de otras enfermedades que involucran el estado de salud periodontal, caries o la disfunción de la articulación temporomandibular. Algunas anomalías dentales no son la excepción y pueden afectar a la oclusión del ser humano de distintas maneras dependiendo de sus características.

Enfocándose solamente en la anomalía de forma del talón cuspídeo, tendrá afecciones con respecto a la maloclusión en los individuos actuando como un punto prematuro de contacto ubicado en la maxila o la mandíbula en caso de no ser detectada y corregida a tiempo. Este se dará por medio del cierre mandibular en el cual el contacto con la cúspide adicional provocará un punto alto con respecto al resto de los dientes y dictará un movimiento anormal de la mandíbula. Lo cual en ocasiones va de la mano con problemas severos de ATM dependiendo de muchos factores y acciones por parte del paciente, se debe tener en cuenta que cada persona responde de diferente manera ante un cambio de tipo traumático u oclusal influyendo de manera directa las parafunciones que cada individuo adquiera, agregando a esto otros factores que puedan perjudicar aún más como el propio estrés en la vida de la persona y su capacidad de adaptarse a él, así como el umbral de dolor. (Figura 16)



Figura 16. Presencia de interferencias oclusales y contactos prematuros con los dientes antagonistas.⁹

De esta manera lo que para unas personas pueda significar una patología muy importante que afecte su vida, para otras es algo que fácilmente puede pasar desapercibido. Para ello tendrá una gran relevancia el aplicar medidas preventivas para evitar una maloclusión dental asociada a un punto prematuro de contacto que tenga por etiología la anomalía del talón cuspídeo.

Si bien es importante obtener una relación oclusal adecuada beneficiando la parte estética y funcional del paciente, al mismo tiempo se busca tener

al cóndilo en posición normal así como una relación céntrica idónea produciendo la mayor eficiencia neuromuscular durante su función.

Por otra parte, dicha anomalía al presentarse con mayor frecuencia en el sector anterior afectando a centrales, laterales y caninos en su mayoría y actuando como un punto prematuro de contacto con los dientes antagonistas por causa de la cúspide adicional, estos últimos debido al contacto prematuro frecuente realizarán un movimiento natural de desplazamiento con el cual se busque evitar dicho contacto, lo que provocará un mal posicionamiento y alineación de la arcada dentaria provocando la falta de espacio dando origen a un apiñamiento dental que ira de la mano con problemas de higiene debido a las zonas de difícil acceso para llevar a cabo una correcta técnica de cepillado y el uso de aditamentos para su limpieza provocando la acumulación de placa dentobacteriana y el riesgo a desarrollar gingivitis y periodontitis. Sin embargo, ese no será el único problema, ya que debido al mal posicionamiento de los dientes existirá un mayor riesgo a desencadenar una maloclusión, puesto que al no contar con una alineación dental adecuada y posición correcta, las cargas en la masticación y tensión de la mandíbula no se reparten entre los dientes contiguos de la misma manera dando lugar a más desplazamientos dentales que empeoran la correcta oclusión, afectando a la mandíbula y en general a todo el conjunto óseo.

Al encontrarse alterada la relación oclusal por un punto prematuro de contacto se originan trastornos oclusales y en ocasiones hábitos perniciosos debido a las propias interferencias derivadas de estos, el hecho de adquirir una oclusión funcional irá relacionado con la ausencia de obstáculos e interferencias para permitir a la mandíbula realizar los movimientos necesarios requeridos para llevar a cabo su función y tener la libertad de apertura y cierre, guiada así de esta manera a la máxima intercuspidadación de los dientes sin desplazar a las estructuras articulares de la relación céntrica. Las condiciones para que las maloclusiones derivadas de un punto prematuro de contacto no afecten el correcto sistema de oclusión y exista una función fisiológica ideal,

necesitarán de una armonía entre la relación céntrica y la posición de máxima intercuspidad, impidiendo que durante el cierre mandibular ocurra un deslizamiento anormal de la mandíbula de una posición a otra.

El diagnóstico y tratamiento precoz a temprana edad de anomalías que tienden a desarrollar una maloclusión establecida, abarca el proceso de intervención de crecimiento y desarrollo de la cavidad oral. Debemos considerar desde un enfoque preventivo que esta anomalía puede generar un desequilibrio oclusal y al transcurrir el tiempo junto con la interferencia en la época de crecimiento, nos originará una estabilidad y agravamiento de la alteración oclusal previamente establecidas.

CAPÍTULO 8

TRATAMIENTO

Al conocer más a fondo las características del talón cuspídeo, por último, será necesario revisar los distintos tipos de tratamiento que se pueden llevar a cabo para esta anomalía dental. Una vez diagnosticada, se tendrá que realizar un plan que cubra las necesidades del paciente para obtener un equilibrio en su funcionalidad de ser necesario, así como establecer un objetivo a cumplir de este explicando al paciente las mejores opciones a seguir para un resultado óptimo.

Como en cualquier enfermedad, el diagnóstico y tratamiento temprano adquieren una gran relevancia para obtener un resultado a favor y así anticiparse para prevenir problemas que a la larga progresen y pongan en riesgo la salud oral de manera grave.

La forma en la cual se debe llevar a cabo el tratamiento a seguir, dependerá de la morfología del talón cuspídeo, la localización y tamaño en el que se encuentre el diente a tratar o los problemas que a futuro puede ocasionar si es que no se trata de manera temprana. Derivado a esto existe la posibilidad en la cual no haya ninguna complicación o afectación de la anomalía presente y esta sea asintomática por tanto no se requiera algún tipo de intervención del odontólogo y solo mantenerse en observación.

Cuando la cúspide en talón sea de gran tamaño se puede considerar el tratamiento preventivo como odontoplastia para ajustar los puntos de interferencia durante la oclusión de la cúspide adicional y a veces de la dimensión mesio-distal con posterior aplicación de flúor para evitar la sensibilidad.¹⁴

O bien si no causa interferencia oclusal, a manera de prevención se coloca sellador de fosetas y fisuras para prevenir el riesgo de aglomeración bacteriana y la aparición de caries. Si por el contrario la caries está presente, el procedimiento a seguir será su eliminación ya sea

solo del proceso carioso o bien parcial o totalmente del talón cuspídeo y colocar un material restaurador de elección. (Figura 17, 18 y 19)



Figura 17. Fotografía intraoral en la que se observa diente en garra en el incisivo central inferior izquierdo, con aislamiento absoluto y presencia de caries.⁸



Figura 18. Fotografía intraoral en la que se distingue, diente en garra en el incisivo central inferior izquierdo con preparación para resina.⁸



Figura 19. Fotografía intraoral en la que constituye, un ejemplo, diente en garra en el incisivo central inferior izquierdo tratado con una restauración de resina.⁸

Otro de los casos en el cual como opción se considera la remoción parcial del talón cuspídeo será cuando por medio de los movimientos de la lengua y el labio durante el habla y la masticación ocurra un trauma, por lo que será necesario eliminar el factor causal preferentemente una vez que la raíz está en su formación completa.

Una alternativa más será la reducción completa de la cúspide y realización inmediata de la pulpotomía con hidróxido de calcio, en el caso de que exista exposición pulpar y el diente no haya completado su formación radicular.¹⁵

En algunos casos que haya interferencia oclusal o irritación lingual habrá la posibilidad de realizar una reducción gradual periódica de la cúspide adicional en la cual Gündüz y Acikgoz refieren que el talón cuspidado debe ser reducido gradualmente en citas consecutivas con pausas de 6 a 8 semanas dando tiempo al depósito de dentina reparativa.¹⁶ (Figura 20)



Figura 20. Tallado progresivo del talón localizado en un incisivo lateral.³

Posteriormente se lleva a cabo el uso de la aplicación de flúor en barniz para provocar una reacción como agente desensibilizante con seguimiento clínico y radiográfico constante para generar la formación de dentina reparativa y minimizar el riesgo de probabilidad de que ocurra exposición pulpar. En caso de tratarse acerca de un diente inmaduro, al completar la reducción de la cúspide se realiza pulpotomía con hidróxido de calcio para promover el cierre apical.⁸

Yoon et al mantienen que posteriormente a la reducción, con el fin de proporcionar una mayor protección dentaria, se apliquen en la zona tallada materiales de restauración como compómeros, aunque indica que habría que individualizar dependiendo de las características del paciente y de la anomalía (edad, colaboración, sintomatología, tamaño, etc.)¹⁶

Por otro lado en pacientes en donde la anomalía se presente en la cara vestibular del diente será de suma importancia tener una excelente comunicación con el paciente, ya que si el talón es muy pequeño no

habrá necesidad de realizar alguna modificación que implique eliminación de tejido dental sano sin ninguna necesidad, sin embargo si este causa roces constantes con el labio y por consecuencia la aparición de úlceras traumáticas o bien implica inconformidad estética hacia el paciente, se llevará a cabo el uso de resinas compuestas tras el tallado de la anomalía. Hoy en día han sido desarrolladas diversas resinas compuestas para ser utilizadas en procedimientos que requieran alta estética mientras sean colocadas apropiadamente dando como resultado restauraciones indistinguibles asimilando a la dentición natural.

Varios autores mencionan que preferentemente ante el menor síntoma o indicio de que ocurra afectación pulpar la opción a seguir será realizar un tratamiento en la pulpa directo o indirecto. Sin embargo, otros autores prefieren llevar a cabo un tratamiento de conductos de rutina una vez que ocurra el cierre apical. Mientras si existe necrosis y se detiene el cierre del ápice, está indicada la apicoformación.¹⁷

CONCLUSIONES

- En general las anomalías dentarias de forma están presentes en gran parte de la población, con el conocimiento necesario podemos tratarlas sin ningún problema mediante técnicas conservadoras preservando así el tejido dental sano, considerando principalmente las necesidades y funcionalidad requeridas por el paciente y con ello evitar el riesgo a que con el paso del tiempo sean el factor causal del desarrollo de una maloclusión.
- El talón cuspídeo al ser una alteración del desarrollo requiere de un manejo preventivo cuando no sea la causa de interferencias oclusales y en ocasiones multidisciplinario por parte del odontólogo, siendo muy cuidadosos en el diagnóstico y tratamiento para corregir dicha anomalía.
- La presencia de esta anomalía dentro de la cavidad oral adquiere gran relevancia desde el punto de vista estético y funcional, por lo cual su manejo clínico influirá directamente sobre la oclusión dental al interferir en una oclusión equilibrada.
- El talón cuspídeo tiene una baja tasa de prevalencia en nuestro país, sin embargo, al ser poco común debemos conocer sus características para saber diferenciarlo de otras anomalías con grandes similitudes y estar preparados en dado caso de que llegue a la consulta.
- En la actualidad al ser formado como odontólogo general se debe tener el conocimiento necesario para determinar la magnitud del problema que pueden traer consigo las anomalías dentarias y no dejarlas pasar desapercibidas, estar preparados para determinar un plan de tratamiento correcto y ayudar al paciente en la

afectación que la anomalía conlleve será fundamental para nuestro desarrollo como profesionales de la salud.

- Los puntos prematuros de contacto no necesariamente se deben a restauraciones mal ajustadas, es por ello la gran importancia que adquiere el realizar una exploración bucal minuciosa para así detectar cualquier anomalía que interfiera con la oclusión a tiempo y no orillar al paciente a desarrollar una forzada adaptación al cierre mandibular afectando con el paso del tiempo a los músculos y ATM.

BIBLIOGRAFÍA

1.- Graber T.M. ORTODONCIA Teoría y Práctica. 3rd ed. México.DF: Editorial Interamericana, 1974. Pp. 170-182.

2.- Ugalde FJ. Clasificación de la maloclusión en los planos anteroposterior, anterior y transversal. Rev. ADM, 2007 Mayo-Junio; Hallado en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od073d.pdf>

3.- Celaya AM, Cardoso C, Maroto M, Barbería E. Talón cuspídeo: manifestaciones clínicas, diagnóstico y pautas terapéuticas. Gaceta dental 202, 2009 Abril ; Hallado en :

<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/25398/2/77722.pdf>

4.- Kalpana R, Thubashini M. Talón Cusp: A Case Report and Literature Review. Oral and Maxillofacial Pathology Journal, 2015 January-June; Hallado en:

<http://ompj.org/files/535dbcca26e34ea2754be6691779a896-16.pdf>

5.- Rivas R. UNIDAD 6: EMBRIOLOGÍA, HISTOLOGÍA Y FISIOLOGÍA PULPAR 1a. Sección: Embriología dental y pulpar. UNAM FES IZTACALA Notas para el estudio de endodoncia. Hallado en:

<https://www.iztacala.unam.mx/rrivas/NOTAS/Notas6Histologia/embetapas.html>

6.- Beaglehole R, Bonita R, Kjellstrom T. Basic epidemiology. Washington DC. Organización Panamericana de la salud, 1994. Pp 1-3.

7.- Segura J J, Jiménez A. Talón cusp affecting permanent maxillary lateral incisors in 2 family members. Pub.Med. 1999 Julio. Hallado en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10442951/>

8.- Bolaños V, Rodríguez P. CÚSPIDE EN TALÓN: REPORTE DE CASOS. Rev. Científica Odontológica. 2016 Enero-Julio. Hallado en:

<https://revistaodontologica.colegiodontistas.org/index.php/revista/article/view/307/426>

9.- Dos Santos RA, Souza WC, Sampaio R, Lamers F. Talon Cusp Type I: Restorative Management. Pub. Med. 2015 Mayo. Hallado en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4438155/> imagen

10.- Soto L, Calero JA. PRESENCIA DE TALÓN CUSPÍDEO EN 5 PACIENTES QUE ASISTIERON A LA CONSULTA EXTERNA PARTICULAR DURANTE LOS AÑOS 2010 A 2015. Rev. Gastrohup. 2017 Mayo-Junio. Hallado en:

<https://www.researchgate.net/publication/317149579> Presencia de talon cuspideo en 5 pacientes que asistieron a la consulta particular durante los años 2010a 2015

11.- Mayes A. Labial talon cusp: A case study of pre-European-contact American Indians. Pub. Med. 2007 Abril. Hallado en:

[https://jada.ada.org/article/S0002-8177\(14\)62335-7/fulltext](https://jada.ada.org/article/S0002-8177(14)62335-7/fulltext)

12.- Jeevarathan J, Deepti A, Muthu MS, Sivakumar N, Soujanya K. Labial and Lingual Talon Cusps of a Primary Lateral Incisor: A Case Report. Pub. Med. 2005 Jul-Aug. Hallado en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16317970/>

13.- Ibarra MC, Moyaho MA, Carrasco R, Vásquez L, Lezama G, Leyva J. Anomalías de forma y número en dentición temporal en una población Mexicana. Odontología Pediátrica. 2015 Diciembre. Hallado en:

<http://www.op.spo.com.pe/index.php/odontologiapediatrica/article/view/77/81>

14.- Ozden B, Gunduz K, Ozer S, Oz A, Otan F. The Multidisciplinary Management of a fused maxillary central incisors with a talon cusp. Pub.Med. 2012 Marzo. Hallado en:

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1834-7819.2011.01637.x>

15.- Yoon R, Chussid S. Dental management of Talon Cusp on a Primary Incisor. Pub. Med. 2007. Jan-Feb. Hallado en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18041513/>

16.- Gündüz K, Açikgöz A. An unusual case of talon cusp on a geminated tooth. Pub.Med. 2006. Hallado en:

<https://www.scielo.br/j/bdj/a/kjRFn7F6fFMCsqCTHj6KcwN/?lang=en>

17.- Priddy WL, Carter HG, Auzins J. Dens evaginatus- An anomaly of clinical significance. Pub.Med. Febrero 1976. Hallado en:

[https://www.jendodon.com/article/S0099-2399\(76\)80183-5/pdf](https://www.jendodon.com/article/S0099-2399(76)80183-5/pdf)

TABLAS

TABLA 1

Graber T.M. ORTODONCIA Teoría y Práctica. 3rd ed. México.DF: Editorial Interamericana, 1974. Pp. 241

TABLA 2

Graber T.M. ORTODONCIA Teoría y Práctica. 3rd ed. México.DF: Editorial Interamericana, 1974. Pp. 241

TABLA 3

Bolaños V, Rodríguez P. CÚSPIDE EN TALÓN: REPORTE DE CASOS. Rev. Científica Odontológica. 2016 Enero-Julio. Hallado en: <https://revistaodontologica.colegiodontistas.org/index.php/revista/article/view/307/426>

TABLA 4

Bolaños V, Rodríguez P. CÚSPIDE EN TALÓN: REPORTE DE CASOS. Rev. Científica Odontológica. 2016 Enero-Julio. Hallado en: <https://revistaodontologica.colegiodontistas.org/index.php/revista/article/view/307/426>