

CLÍNICA DE LA CÚSPIDE EN TALÓN.

Reporte de dos casos

Clinic of the talon cusp. A report of two cases

POR

MARÍA HELENA RINCÓN¹

1. **Autor de correspondencia.** Odontólogo. Facultad de Odontología, Universidad José Antonio Páez, Valencia-Venezuela. odontomahe@gmail.com.

 orcid.org/0009-0005-0790-0815

Cómo citar este artículo: Rincón MH. Clínica de la cúspide en talón. Reporte de dos casos. ROLA. 2025; 20(2): 120-128.



Resumen

La cúspide en talón o talón cuspidado es una anomalía poco común pero importante clínicamente y con escasa descripción en investigaciones científicas en Venezuela. Esta cúspide anormal se origina en la porción del cíngulo del diente y se extiende hasta el borde incisivo como una proyección prominente de esmalte; tiene baja tasa de prevalencia y con presencia étnica variable, siendo su aparición clínica interesante para la práctica odontológica. Dos casos de cúspide en talón en pacientes femeninos de 25 y 24 años con diferentes expresiones, son reportados. En ambos casos clínicos se evidencian la presencia de los tres tipos de la cúspide en talón, y ambos son asintomáticos. Su etiología puede ser desconocida, ambiental o genética; esta última es asociada con el caso clínico 2, donde el talón cuspidado sugiere un factor genético. La relación entre el talón cuspidado y otras entidades como el *dens invaginatus*, donde se expresan ambas anomalías en dientes adyacentes se observa en el caso clínico 2. El talón cuspidado tipo II y III usualmente no requieren más tratamiento que asesoramiento preventivo, como en el caso clínico 2. El tipo I, con frecuencia requiere intervención. Es conveniente realizar la reducción selectiva progresivamente y con aplicación tópica de flúor para aumentar la resistencia de la hidroxiapatita del esmalte. En casos de exposición pulpar, se ha descrito el uso de materiales bioactivos posterior a la reducción del TC. Por su rareza, se suele ignorar o juzgar como otras anomalías afines clínicamente. Para la práctica del Odontólogo General, es trascendental reconocer estas anomalías, estar al tanto de su manejo y, registrar su aparición.

PALABRAS CLAVE: cúspide en talón, caso clínico, anomalía, talón cuspidado, manejo.

Abstract

The cusp in talon or talon cusp is an uncommon but clinically important anomaly with little description in scientific research in Venezuela. This abnormal cusp originates from the cingulate portion of the tooth and extends to the incisor rim as a prominent projection of enamel; it has a low prevalence rate and variable ethnic presence, making its clinical appearance interesting for dental practice. Two cases of talon cusp in female patients aged 25 and 24 with different expressions are reported. In both clinical cases, the presence of the three types of heel cusp is evident, and both are asymptomatic. Its etiology may be unknown, environmental or genetic; the last one is associated with clinical case 2, where the talon cusp suggests a genetic factor. The relation between the talon cusp and other entities, such as *dens invaginatus*, where both anomalies are expressed in adjacent teeth, is observed in clinical case 2. Talon cusp types II and III usually do not require any treatment other than preventive advice, as in clinical case 2. Type I often requires intervention. It is advisable to perform the selective reduction progressively and with topical application of fluoride to increase the enamel's hydroxyapatite resistance. In cases of pulp exposure, the use of bioactive materials after TC reduction has been described. Due to its rarity, it is usually ignored or judged as other clinically related anomalies. For general dental practice, it is essential to recognize these anomalies, be aware of their management, and record their occurrence.

KEYWORDS: cuspid in talon, clinical case, anomaly, talon cusp, management.

Introducción

En el gran y extenso mundo de las anomalías, dentro de las alteraciones de desarrollo y forma (que aparece en la fase de morfodiferenciación del desarrollo dental¹), se encuentra la “*cúspide en talón*”, “*talón cuspidado*” (TC) o “*cúspide en garra*”, una derivación del diente evaginado o *dens evaginatus*, que consiste en una forma rara pero clínicamente importante de cúspide supernumeraria, que se observa típicamente sobre la cara palatina de los incisivos centrales del maxilar superior, se asemeja a la garra del águila debido a que su extraña forma². Esta cúspide anormal se origina en la porción del cíngulo del diente y suele extenderse hasta el borde incisivo como una proyección prominente de esmalte que le da una forma de T². La etiología de esta condición permanece desconocida y aparenta tener un balance entre factores ambientales y genéticos. La cúspide en garra y el género no están asociados estadísticamente³. Su prevalencia es de aproximadamente 1,67% de la población y puede haber coexistencia de otras anomalías dentarias (mesiodens, diente supernumerario, hipodoncia, hiperodoncia, *dens invaginatus*, geminación y anomalías radiculares) y síndromes (Síndrome Rubinstein-Taybi, síndrome Sturge-Weber, entre otros)^{3,9}. La anomalía de desarrollo *dens invaginatus* o dens in dente, por su parte, trata de cuando hay un área focal de la corona plegada hacia adentro (invaginada)², y se clasifica según Oehlers en Tebbeb como tipo I (no se extiende más allá de la unión amelocementaria), tipo II (invade la raíz pero permanece confinado en un saco) y tipo III (una forma que penetra a través de la raíz perforando en la zona apical mostrando un “segundo foramen”)⁴.

William H. Mitchel fue el primero en describir las cúspides accesorias en 1892^{1,5}, y desde entonces han sido explicadas ampliamente. Según el tamaño del talón, se clasifica en Tipo I o Talón verdadero, Tipo II o semitalón y Tipo III o traza de talón según Hattab en Hernández⁶. En investigaciones científicas en Venezuela, se encuentran pocas referencias con respecto a casos de anomalías de forma; dentro de ellas, según Duarte y Pérez (2018), se encontró 1 paciente (1,06%), con anomalía de forma en la Clínica de Ortodoncia y Ortopedia de la Universidad José Antonio Páez, resultando en una baja prevalencia de alteraciones dentarias de forma, y los incisivos centrales fueron los dientes con mayor cantidad de anomalías dentarias⁷. Ciertamente, la existencia de cúspides en garra puede provocar diversos problemas clínicos, incluyendo caries, lesiones periapicales, lesiones en lengua y otros tejidos blandos, interferencia oclusal, hipersensibilidad, desplazamiento dentario, dolor en la ATM y problemas periodontales debido a las fuerzas oclusales excesivas^{8,9}. Su diagnóstico es clínico y con apoyo de radiografías orales. La terapéutica puede variar desde una simple monitorización hasta la extracción del diente de soporte³. La simple reducción de la cúspide no debería intentarse deliberadamente porque ésta puede contener un cuerno pulpar

prominente². Este reporte de casos responde a la necesidad de difundir información acerca de la existencia de esta anomalía, describirla en sus diferentes expresiones clínicas para lograr un diagnóstico y manejo adecuado de este hallazgo.

CASO CLÍNICO 1

Paciente femenino de 25 años de edad, con procedencia de San Cristóbal, refiere no padecer de enfermedad sistémica ni registro de trauma orofacial, acude al servicio de Odontología de la Lotería del Táchira en jornada social, asintomático, y con la finalidad de recibir una Tartrectomía. Durante la exploración clínica intraoral, se halla en la cara palatina de la Unidad Dental (UD) 11 una cúspide accesoria pronunciada (FIGURA 1), que se extiende desde la unión cemento-esmalte, sobrepasando la mitad de la corona clínica, este hallazgo cumple con las características clínicas reportadas en la literatura de un talón cuspidado o cúspide en garra de tipo I según Hattab en Hernández⁶, con un surco transversal que lo separa de la superficie palatina, observándose una pigmentación marrón oscura, lisa y dura. El mismo no interfiere con la oclusión ni causa irritación en la mucosa lingual. La paciente expresa su conocimiento sobre la prolongación cuspidada del diente, pero no del diagnóstico exacto, comentando su experiencia con otros odontólogos, quienes le desgastaron el talón cuspidado hasta sentir sensibilidad; en otra ocasión, fue intentada la extracción por considerarse un “diente adicional”. No se encontró alguna otra anomalía dental asociada. No se realizaron estudios complementarios de tipo radiográfico, solo imágenes consensuadas por la paciente y su debida anamnesis.

FIGURA 1. Fotografía intraoral de la UD 11.



Se puede contemplar como diagnóstico diferencial un diente supernumerario. Sin embargo, al observar clínicamente, hay una clara unión a través de un puente de esmalte (FIGURA 2) entre el talón cuspidado y la superficie palatina del incisivo central, por lo que se toma como diagnóstico definitivo la cúspide en garra, en su tipo más notable.

FIGURA 2. Fotografía intraoral de la UD 11 donde se observa puente de esmalte que une el TC con la cara palatina del diente.



Al estar asintomática, se le dieron las siguientes recomendaciones: Desempeñar una buena técnica del cepillado en su rutina de higiene oral y acudir periódicamente al odontólogo para mantener en observación el surco que separa la cúspide accesoria de la cara palatina. Se recomienda realizar radiografías de rutina para evaluar el mismo. Al no interferir con la oclusión, no se realiza una reducción adicional del talón.

CASO CLÍNICO 2

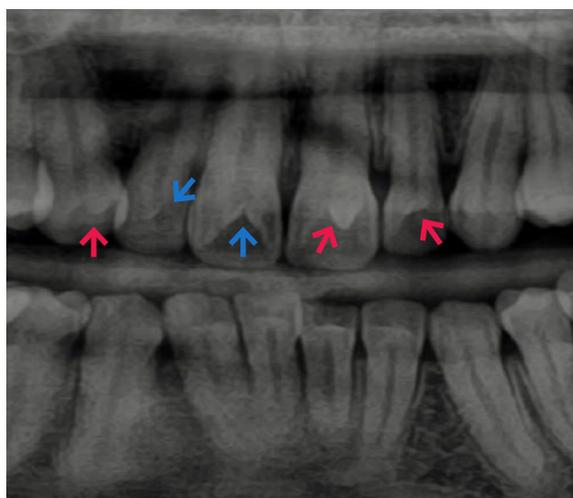
Paciente de 24 años, femenino, procedente de la ciudad de San Cristóbal, asintomático y sin presencia de enfermedades sistémicas, posterior al examen clínico de tipo exploración intraoral, se determina que cuenta con la expresión de un talón cuspidado en la UD 13 (FIGURA 3 y 4), de tipo III según Hattab en Hernández⁶, en la UD 21 (FIGURA 3 y 4) de tipo II según Hattab en Hernández⁶ de forma triangular y con punta redondeada que no interfiere con la oclusión, y en la UD 22 (FIGURA 3 y 4), de tipo III según Hattab en Hernández⁶. La paciente declara haber tenido conocimiento de la cúspide accesoria sin un diagnóstico específico, y refiere que su padre posee las mismas prolongaciones en sus cuatro dientes anteriores superiores. En el examen radiográfico no se observan cuernos pulpares accesorios, pero se observa la presencia de una invaginación muy marcada (fosita lingual²), dando lugar a un *dens invaginatus* clase I según Oehlers en Tebbe⁴ en la UD 11 y 12 (FIGURA 4). Dichos

diagnósticos fueron posibles gracias al examen clínico, historia clínica y el estudio radiográfico de tipo ortopantomografía o panorámica.

FIGURA 3. Fotografía intraoral en la que se observan cúspides en garra señaladas por las flechas blancas.



FIGURA 4. Radiografía panorámica que muestra cúspides en talón sin cuernos pulpaes accesorios (flechas rojas) y *dens invaginatus* (flechas azules).



Al no tener un tamaño voluminoso, y no interferir con la oclusión, se recomienda una buena higiene oral y visitas periódicas al odontólogo como tratamiento preventivo.

Discusión

La cúspide en talón es una anomalía de forma con una baja tasa de prevalencia, por lo que su aparición clínica es importante y para muchos odontólogos, novedosa. Su etiología puede ser desconocida, ambiental o genética³. Esta última es asociada con el caso clínico 2, donde el talón cuspidado puede suponer una etiología genética. Esta alteración, por lo general se presenta en los incisivos centrales del maxilar superior, y en menor cantidad en los incisivos laterales superiores^{2,10}, que coincide con lo presentado en ambos casos clínicos, donde se determina la cúspide en talón en UD anteriores superiores, excepto por la UD 13 en el caso clínico 2.

Es frecuente la relación que existe entre el talón cuspídeo y otras entidades como el *dens invaginatus*^{3,9}, descrito en numerosos estudios. En el presente caso clínico 2, se observa dicha relación, donde se expresan ambas anomalías en dientes adyacentes. En el caso clínico 1, el TC si fue una entidad aislada.

En la literatura, los tipos de talón cuspídeos son clasificados en tres categorías^{1,6}. En el estudio presente, juntando ambos casos clínicos, se puede evidenciar el tipo I según Hattab en Hernández⁶ en la UD 11 de la paciente del caso clínico 1, y en la paciente del caso clínico 2, el tipo II según Hattab en Hernández⁶ en la UD 21 y tipo III⁶ en las UD 13 y 22, describiendo así enteramente la representación de cada tipo (TABLA 1).

A nivel mundial, se ha descrito la presencia de este rasgo en pacientes de diferentes procedencias: China, Japón, Filipinas, nativos americanos², como también en México con 0,06%, Malasia con 5,2%, Pakistán con 2,4%, India con 7,7% e Israel con el 1% de incidencia⁶. Y en poblaciones Yayoi (14%), isleños de Southampton (16,7%), aborígenes australianos (16,6%), poblaciones de la Columbia británica (13%), presentan frecuencias significativas; y frecuencias mayores se hallan en las poblaciones primitivas japonesas (Jomon) (22,2%)⁶.

La cúspide en talón es una anomalía importante que puede resultar en varios problemas como interferencias oclusales, hipersensibilidad y lesiones cariosas^{8,9}, ya que su presencia complica la rutina diaria del cuidado oral¹. La toma de fotografías, radiografías y pruebas de vitalidad preoperatorias son imperativas antes de comenzar cualquier tratamiento¹⁰. El talón cuspídeo tipo II y III a menudo no requieren más tratamiento que el asesoramiento preventivo y sellado de fisuras del surco de desarrollo para reducir el riesgo de caries¹⁰, como es mostrado en el caso clínico 2. No obstante, el TC tipo I, con frecuencia requiere intervención. En el caso clínico 1, la reducción selectiva del TC fue realizada con anterioridad para posiblemente mejorar esa interferencia con los dientes antagonistas, pero, sin embargo, provocó sensibilidad en su momento, expresada por la paciente. Por lo tanto, es más conveniente realizarlo progresivamente¹⁰ y con aplicación tópica de flúor para aumentar la resistencia de la hidroxiapatita del esmalte⁹, teniendo en cuenta la posible prolongación del cuerno pulpar². Se recomienda seguimiento a intervalos de 6 meses^{1,9}. En casos de exposición pulpar, se ha descrito el uso de materiales bioactivos como el Bioceram^{®8} como material de recubrimiento pulpar directo, posterior a la reducción del TC.

Cabe destacar que es común que el paciente piense que posee “doble diente”⁹, y un diagnóstico diferencial puede contemplar un diente supernumerario en los casos de TC tipo I⁶. Como fue descrito por la paciente del caso clínico 1, en el pasado la cúspide en garra fue mal interpretada por un diente

separado del Incisivo. Siendo la extracción un tratamiento descrito³, las opciones para cada caso deben ser evaluados⁹ y adaptados a la situación clínica, tratando de ser lo más conservadores posibles “menos es más”¹⁰.

TABLA 1. Casos de Cúspide en Talón reportados.

	Caso N° 1	Caso N° 2
UD con Cúspide en Talón	11	13, 21, 22
Antecedentes	Ninguno	Padre con múltiples cúspides en Talón  Tipo II' Talón menor
Manifestación clínica y Tipo de Cúspide en Talón según Hattab et al. ¹	 Tipo I' Mayor talón	 Tipo III' Trazas de talón
Anomalías asociadas	Ninguna	<i>Dens invaginatus</i> UD 11 y 12

Conclusión

Las anomalías descritas en ambos casos clínicos del presente reporte, evidencian la presencia de los tres tipos de la cúspide en talón. Se debe tener en cuenta la posible presencia de otras anomalías en conjunto con el TC como el dens invaginatus. El TC suele ser asintomático, como es demostrado en los casos expuestos, pero si puede llegar a representar problemas clínicos como lesiones cariosas, interferencias oclusales, irritación en lengua, lesiones periapicales, entre otras. Su tratamiento se debe personalizar y evaluar si induce algunos de los inconvenientes enlistados. En consecuencia al anterior manejo del talón cuspeado en el caso clínico 1, es de gran importancia el reconocimiento de esta anomalía, para así desarrollar un diagnóstico acertado y elegir el manejo más adecuado. En síntesis, la anomalía de forma, cúspide en garra, es poco común y no está asociada al sexo; por su rareza, se suele ignorar (en tipos de TC II y III) o juzgar (en tipo de TC I) como otras anomalías afines clínicamente. Es por ello que, para la práctica del Odontólogo General, es trascendental reconocer estas anomalías, estar al tanto de su manejo y registrar su aparición como evidencia científica para su difusión.

Bibliografía

1. Bolaños V, Rodríguez P. “Cúspide en Talón: reporte de casos” caso clínico. Rev. CIENT. ODONTOL. 2016; 12(1): 35-42. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3242/324248526006.pdf>
2. Saap, J. P., Eversole, L. R., Wysocki, G. P. Alteraciones del Desarrollo en la Región Oral, Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Harcourt Brace de España S. A. 1998. p. 7-9.
3. Decaup, PH., Garot, E., Rouas, P. Prevalence of talon cusp: Systematic literature review, meta-analysis and new scoring system. Archives of Oral Biology. 2021; 125: 105112. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003996921000753>
4. Tebbeb N, Zaabar D, Zouiten S, Boughzala A. Dens invaginatus: A review and case series. Saudi Endodontic Journal. 2018; 8(1): 44-49. Disponible en: https://journals.lww.com/senj/fulltext/2018/08010/dens_invaginatus_a_review_and_case_series.8.aspx
5. Mitchell WH. Case report. Dent Cosmos. 1892; 34: 1036
6. Hernández J, Villavicencio J, Arce E, Moreno F. Talón cuspeideo: reporte de cinco casos. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2010; 21(2): 208-217. Disponible en <https://revistas.udea.edu.co/index.php/odont/article/view/2353/4857>
7. Duarte, MF., Perez, JT. Prevalencia de alteraciones dentarias de forma, tamaño número y posición en pacientes de ortopedia y ortodoncia. Período 2018-2cr [Trabajo de grado presentado como requisito parcial para optar por el título de Odontólogo]. San Diego (VE): Universidad José Antonio Páez; 2018. Disponible en <https://riujap.ujap.edu.ve/server/api/core/bitstreams/68921ca7-2730-43db-9603-ec7af555dec4/content>
8. Alotaibi, A., Alshaikh, H. Management of Talon Cusp with Bioceram: A Case Report. Journal of International Dental and Medical Research. 2022; 15(4): 1740-1742. Disponible en: http://www.jidmr.com/journal/wp-content/uploads/2022/12/54-D22_1926_Adel_Alotaibi_KSA.pdf
9. Güngör T, Tüter Bayraktar E, Tarçın B, Gümrü B. Talon Cusp on a Maxillary Central Incisor: A Case Report with Clinical and Radiological Findings, and Management. European Journal of Research in Dentistry. 2022; 6(2): 109-113. DOI: <http://dx.doi.org/10.29228/erd.34>
10. Rona L, O'Connell AC. Selective Reduction of Talon Cusps- A Case Series. The Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 2018; 42(1). Disponible en: <https://oss.jocpd.com/files/article/20220704-241/pdf/JOCPD42.1.1.pdf>