

Globodontia: a propósito de un caso

B. GÓMEZ¹, A. MENDOZA², A. SOLANO³, O. GONZÁLEZ⁴

¹Colaborador Honorario Odontopediatría. ²Prof. Titular de Odontopediatría. ³Colaborador Honorario Ortodoncia. ⁴Prof. Asociado Odontopediatría. Universidad de Sevilla

RESUMEN

Presentamos un caso clínico de un paciente que tiene globodontia. Acude por una recesión gingival que presenta en la pieza 14. Presenta además caries y apiñamiento. Proponemos una resolución ortodóncica del caso. Por las características propias de la patología dentaria es necesaria la realización de coronoplastias positivas y negativas para estabilizar el caso.

PALABRAS CLAVE: Globodontia. Malformación dentaria. Alteración de forma dentaria.

ABSTRACT

We present a clinic case of a patient who have globodontia. He come for a gingival resection appeared in 14 piece. He have pinshaped tooth and some caries too. We purpose and orthodontic resolution. By the proper characteristic of the case it is necessary the realization of increases and default of the crowns to give stability to the case.

KEY WORDS: Globodontia. Tooth malformation. Alteration in tooth form.

INTRODUCCIÓN

Globodontia es un término que acuñaron Gundlach y cols., y hace referencia a una anomalía dentaria en la que se observan las coronas dentarias de un tamaño mayor al que corresponde, si bien los primeros en describir esta anomalía fueron Levin y Jorgenson en 1972 en un artículo que trataba de displasias dentarias familiares. En un primer momento se describió como un engrosamiento en dientes posteriores asociado a pérdida de audición de la alta frecuencia. Posteriormente se describen casos en los que la anomalía dentaria aparece también en premolares y caninos. Las publicaciones científicas sobre este tema son escasas y antiguas lo cual limita mucho el conocimiento profundo de esta anomalía.

En la globodontia hay una hiperplasia del esmalte con desaparición de las cúspides y abultamiento de los rebordes marginales en los dientes posteriores, con aumento de los cíngulos en anteriores. Los dientes tienen aspecto globular o en *hoja de trebol*. Un hallazgo

frecuente es la presencia de manchas blanco-amarillentas circunscritas, especialmente en la zona cervicodental del esmalte de las cúspides de los dientes. En estos pacientes la afectación es tanto a nivel de dentición temporal como de dentición permanente, asociándose con frecuencia a agenesia de premolares.

Estos dientes pueden presentar otras alteraciones como fusiones dentarias entre molares y premolares, pudiéndose observar desdoblamiento de las cámaras pulpares, que determina la existencia de taurodontismo. Su patrón hereditario es autosómico dominante y se asocia frecuentemente al síndrome oto-dental (1).

En pacientes que presentan globodontia se observa un aumento del tamaño coronal de caninos, premolares y molares, aunque más representativo a nivel de primer y segundo molar con falta de definición de todas sus cúspides.

Esta displasia dentaria familiar es de origen genético localizándose en el *locus* del gen 20q13.1. (2), postulándose que la pleiotropía de este síndrome se debe a un defecto genético en el neuroectodermo (3).

HALLAZGOS HISTOLÓGICOS

El diente globodóntico tiene grandes coronas bulbosas con surcos que se extienden desde la unión amelocementaria hasta la cara oclusal, observándose líneas marginales marcadas a este nivel. En la parte labio-oclusal se observan tres pequeñas protuberancias que podrían corresponderse con las cúspides y en la cara lingual se observan dos protuberancias pequeñas separadas por unos surcos insinuados y poco profundos que se extienden a todo lo largo de la superficie oclusal sin llegar a definir las cúspides.

Los cortes histológicos realizados a distintos niveles muestran pocas alteraciones. Un corte en el tercio apical muestra tres conductos radiculares conectados con una cámara pulpar grande a nivel coronal y en una sección sagital no se observan alteraciones en los tejidos dentarios, tan sólo un pequeño estrechamiento del grosor del esmalte, mientras que en la sección bucal se observa como un intento de formar una cúspide accesoria (2).

A nivel de las manchas blanco-amarillentas se ven pequeñas alteraciones. Las varillas del esmalte de esta zona son prominentes, las líneas incrementales son irregulares, y el área intervarillar contiene espacios vacíos similares a los defectos de los dientes con esmalte hipomadura. En la línea amelodentinaria se observan unas áreas de crecimiento en dirección a la superficie del diente, y la dentina subyacente presenta túbulos dentinarios irregulares y escasos. A excepción de estas pequeñas irregularidades el resto de la estructura del esmalte, la dentina y el cemento son perfectamente normales.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 13 años de edad (Fig. 1) que acude a la consulta por presentar una recesión gingival con sangrado a nivel del primer premolar superior izquierdo (Fig. 2) e importante malposición dentaria (Fig. 3), con un incisivo central inferior por lingual y una total falta de espacio (Fig. 4), como antecedentes familiares la madre y la hermana presentan al igual que él globodontia.

A nivel general refiere un soplo cardiaco funcional. En la exploración extraoral se apreciaba discreta asimetría facial hacia el lado derecho y en la exploración intraoral los dientes desde caninos a molares presentan una displasia dentaria de aspecto globular mucho más marcada a nivel de segundos premolares y molares, con ausencia total de cúspides.

Se observa una maloclusión de clase II con desviación de la línea media y recesión gingival a nivel del primer premolar superior derecho de grado III de Miller, encontrándose el segundo premolar por lingual, al igual que el incisivo central inferior.

En las radiografías intraorales y en la ortopantomografía se observa una forma dentaria aumentada con aumento del tamaño mesio-distal de caninos, premolares y molares, así como del tamaño de sus cámaras pulpares, apreciándose taurodontismo y retraso en el cierre apical de segundos premolares y molares (Fig. 5).



Fig. 1. Vista frontal extraoral.



Fig. 2. Detalle recesión gingival.



Fig. 3. Vista frontal intraoral primera visita.



Fig. 4. Detalle apiñamiento inferior.

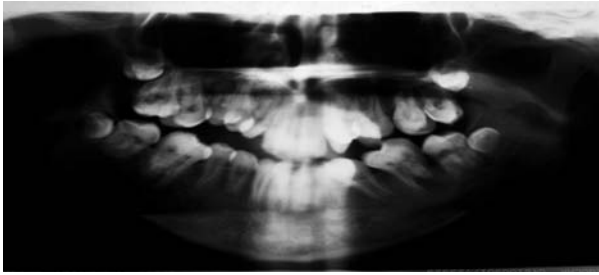


Fig. 5. Radiografía panorámica previa al tratamiento.

TRATAMIENTO

Dado el tamaño de los dientes y su morfología se opta por realizar una predeterminación sobre modelos extrayendo los primeros bicúspides superiores y el incisivo inferior situado por lingual (Figs. 7-9), encontrando en el Set-Up una oclusión aceptable que resolvía la recesión gingival del primer premolar izquierdo (Fig. 8) y la desviación de la línea media (Figs. 6 y 7), a la vez que se obtenía la mejor oclusión posible, que puede ser optimizado, mediante coronoplastias positivas (incrementos con material compuesto) o coronoplastias negativas (tallado de superficies) que darán una mayor estabilidad oclusal tal como se muestra en este caso clínico (Fig. 9). En la ortopantomografía post-tratamiento se observa la presencia de los gérmenes de los terceros molares así como las extracciones realizadas (Fig. 10).



Fig. 6. Vista frontal extraoral post-tratamiento.



Fig. 7. Vista frontal extraoral post-tratamiento.



Fig. 8. Resolución de la recesión gingival.

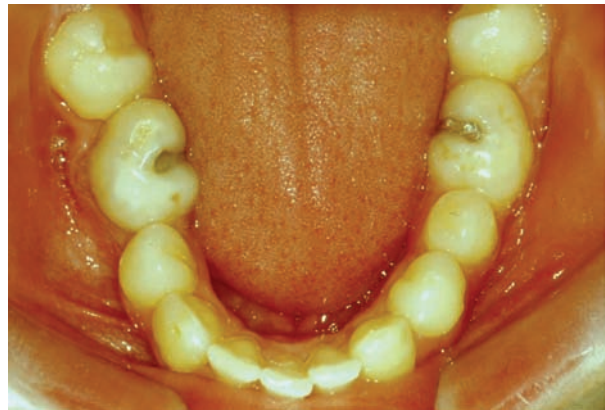


Fig. 9. Resolución del apiñamiento inferior.

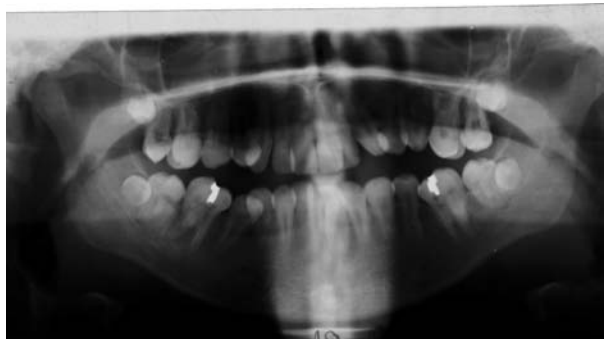


Fig. 10. Radiografía panorámica post-tratamiento.

CONCLUSIONES

1. La globodoncia conlleva severo apiñamiento dentario, si bien, apenas afecta a la salud de los dientes dado que la ausencia de cúspides y surcos apenas crean retenciones para la formación de placa bacteriana, si bien en presencia de caries, la afectación pulpar podría presentar un problema a la hora de realizar un tratamiento endodóntico, tanto por el taurodontismo como por el retraso en el cierre apical.

2. Esta morfología no impide el movimiento ortodóntico de los dientes requiriéndose para ello una pre-

determinación sobre modelos de los movimientos a realizar, que nos ayude a determinar el tipo de oclusión que se puede obtener, siendo en todos estos casos necesaria la realización de coronoplastias de aumento o disminución que nos permita estabilizar la oclusión. Se utilizará para ello material compuesto, dada la imposibilidad de

un tallado para restauraciones con coronas de recubrimiento total.

CORRESPONDENCIA:

A. Mendoza
Facultad de Odontología
Universidad de Sevilla
C/ Avicena, s/n
4103 Sevilla

BIBLIOGRAFÍA

1. Stewart DJ, Kinirons MJ. Globodontia. Br Dent J 1982; 152: 287-8.
2. Witkop CJ, Gundlach KKH, Streed WJ, Sauk JJ. Globodontia in the otodontal syndrome. Oral Surg Abril 1976; 41 (4): 472-83.
3. García-Barbero J. Patología y terapéutica dental. 1.^a ed. España: Editorial Síntesis, 1999. p. 81-103.