

TİP I DENS İNVAGINATUS VE TALON TÜBERKÜLÜNÜN BİRLİKTE GÖZLENDİĞİ MAKSİLLER LATERAL KESİCİ DİŞTE ENDODONTİK TEDAVİ: BİR OLGU NEDENİYLE

ENDODONTIC TREATMENT OF CONCURRENT OCCURANCE OF TYPE I DENS INVAGINATUS AND TALON CUSP IN MAXILLARY
LATERAL INCISOR: A CASE REPORT

Cansu Gür İlgen Dilek Helvacıoğlu Yiğit

Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi
Endodonti Anabilim Dalı, Kocaeli

Yazışma Adresi:

Cansu Gür İlgen

Paşadag Mahallesi Yuvacık Kampüsü Kocaeli
– Türkiye

E posta: cansugurrr@hotmail.com

Kabul Tarihi: 23 Haziran 2015

Balikesir Sağlık Bilimleri Dergisi

ISSN: 2146-9601

e-ISSN: 2147-2238

bsbd@balikesir.edu.tr

www.bau-sbdergisi.com

DOI: [10.5505/bsbd.2015.98704](https://doi.org/10.5505/bsbd.2015.98704)

ÖZET

Amaç: Dens invaginatus diş gelişimi sırasında dental papillanın katlanması sonucu oluşan dental malformasyondur ve dens in dente olarak da adlandırılmaktadır. Diğer bir dental malformasyon ise anterior dişlerin lingual yüzeylerinde az gelişmiş bir tüberkül olarak gözlenen talon tüberkülüdür. Bu iki dental anomali çok nadir olarak aynı dişte beraber görülebilmektedir. Bu vaka raporunda dens invaginatus ve talon tüberkülünün beraber görüldüğü maksiller sağ lateral kesici dişin teşhisi ve endodontik tedavisi bildirilmiştir.

Olgu Raporu: 37 yaşında bayan hasta Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine maksiller lateral kesici dişinde orta şiddette ağrı şikayeti ile başvurmuştur. Başlangıç radyografisinde talon tüberkülü ve tip I dens invaginatusa eşlik eden periapikal lezyon gözlemlenmiştir. Kronik apikal periodontitis tanısıyla konvansiyonel endodontik kök kanal tedavisi uygulanmıştır.

Bulgular: 12 aylık klinik takip sonucunda dişin asemptomatik olduğu ve periapikal lezyonda iyileşme olduğu tespit edilmiştir.

Sonuçlar: Doğru teşhis ve tedavi yaklaşımı için tam bir klinik muayene ve radyolojik yorumlama çok önemlidir. Diş anomalileri ile birlikte görülen çürüğün erken tanısı pulpa iltihabı gibi birçok patolojinin önlenmesine olanak sağlar.

Anahtar Kelimeler: dens invaginatus, talon tüberkülü

SUMMARY

Aim: Dens invaginatus, also known as dens in dente, is a tooth malformation caused by infolding of the dental papilla during tooth development. Another tooth malformation talon cusp is accessory tubercles located on the lingual faces of anterior teeth. Concurrent occurrence of these anomalies in a single tooth is rare. This case report presents the diagnosis and nonsurgical endodontic management of dens invaginatus associated with talon cusp within the same tooth.

Case Report: A 37 years old female patient referred to the Faculty of Dentistry, Kocaeli University, with a history of moderate pain. Initial periapical radiograph revealed the presence of type I dens invaginatus associated with talon cusp in maxillary right lateral incisor tooth. There was a well defined periapical lesion related to tooth anomaly. A diagnosis of chronic apical periodontitis was made. Conventional endodontic treatment was performed.

Results: Follow-up examination 12 months later showed that the tooth was asymptomatic. The radiological findings presented resolution of the periapical radiolucent area.

Conclusions: Thorough clinical examination and radiographic interpretation are important to provide accurate diagnosis and treatment approach. Early diagnosis of caries which associated with dental abnormalities is so critical otherwise it might cause dental problems such as pulpal infection.

Keywords: dens invaginatus, talon cusp

GİRİŞ

Talon tüberkülü ve dens invaginatus çoğunlukla maksiller lateral dişlerde gözlenen şekil anomalileridir^{1, 2}. Bu malformasyonlara neden olan etyoloji tam olarak açıklanamasa da, diş gelişimi sırasında morfolojik farklılaşma safhasında oluştuğu düşünülmektedir. Dental laminanın dışa doğru kıvrım oluşturmasıyla talontüberkülü, içe doğru kıvrım oluşturmasıyla dens invaginatus adı verilen malformasyonlar oluşur².

Talon tüberkülü anterior dişlerin lingual yüzeylerinde bulunur, genellikle üst çenede (%92) en çok lateral kesici dişte görülür. Talon tüberkülü, mine-sement sınırından kesici kenara kadar olan diş yüzeyinde konumlanır³. Talon tüberkülü şu şekilde sınıflandırılmıştır: Tip I'de sınırları oldukça belirgin gerçek bir tüberkül yapısına sahip, dişin mine servikal sınırından insizal alana kadar olan bölgenin en az yarısını kaplayan tüberkül oluşumu gözlenir. Tip II'de daha ufak oluşmuş tüberkül, mine sement sınırı ile insizal bölge arasındaki alanın yarısından daha azını kaplar. Tip III'de ise servikal tüberkülün varyasyonu olarak singuluma yerleşmiştir².

Dens invaginatus klinik olarak ön dişlerin lingual yüzeylerine yerleşmiş pit ve fissurler olarak gözlenir. Tanısı çoğunlukla radyolojik olarak yapılır⁴. Sadece kron bölgesinde yüzeyel olarak gözlenebilirken, bazı dişlerde kron ve kökü birlikte etkileyebilir. Dens invaginatus daimi ve süt dişlerini etkileyebilir ve görülme sıklığı 1.7% – 10% 'dur⁵. Bu malformasyon invazyon derinliğine göre sınıflandırılmıştır. Tip I'de malformasyon sadece yüzeyel kromda gözlenir. Tip II'de invazyon sement sınırının altına kadar uzanır fakat periapikal dokulara ulaşmaz. Tip III'de ise invazyon kök boyunca ilerler^{2,3}.

Literatürde Dens invaginatus veya talon tüberkülü içeren birçok vaka sunumu olduğu halde, her iki oluşumun aynı dişte görülmesi çok ender rastlanan bir anomalidir⁶. Bu oluşumlar dişte pulpal enfeksiyona kadar ilerleyebilen patolojilere neden olabilmektedir. Bu vaka raporunda dens invaginatus ve talon tüberkülünün beraber görüldüğü maksiller sağ lateral kesici dişin teşhisi ve endodontik tedavisi bildirilmiştir.

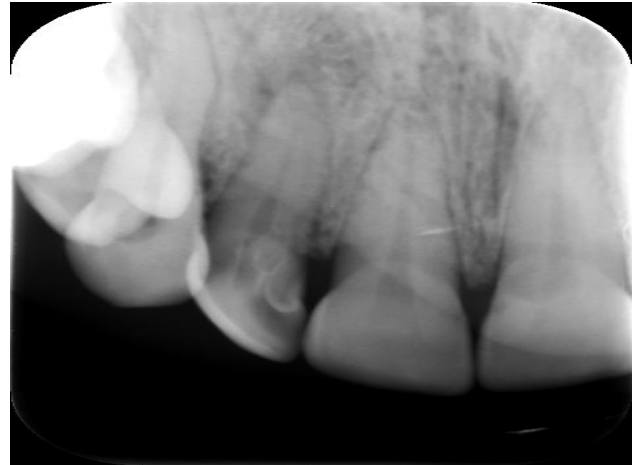
OLGU RAPORU

37 yaşında bayan hasta Kocaeli Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesine sağ maksiller lateral kesici dişinde çiğneme sırasında ağrı şikayeti ile başvurmuştur. Medikal anamnezinde herhangi bir sistemik hastalığı bulunmayan hastanın aile geçmişinde de herhangi bir dental anomaliye rastlanmamıştır. Klinik muayenede apse ya da fistül oluşumuna rastlanılmamıştır. Sadece dikey perküsyon hassasiyeti olan dişte mobilite tespit edilmemiştir. Dişin lingualinde talon tüberkülü gözlenmiştir. (Resim 1)



Resim 1: Talon tüberkülü ve dens invaginatusun birlikte gözleendiği sağ maksiller kesici dişin labialden görünümü

Yapılan vitalometrik muayenede dişin nekroz olduğu teşhis edilmiştir. Başlangıç radyografisinde talon tüberkülüne eşlik eden tip I dens invaginatus görülen dişin periapikalinde lezyon varlığı tespit edilmiştir. (Resim 2)



Resim 2: Tip I Dens invaginatus ve periapikal lezyonun izlendiği preoperatif periapikal radyografi

Dental anomaliye bağlı gelişen kronik apikal periodontitis tanısıyla kök kanal tedavisine başlanmıştır. Giriş kavitesinin hazırlanmasından itibaren rubber-dam ile izolasyon sağlanmıştır. Apeks bulucu (VDW Raypex 6, Almanya) ve dijital radyografilerin (Soredex, Finlandiya) yardımıyla çalışma boyu tespit edilmiştir.

Ni-Ti döner aletler (Dentsply Maillefer, Ballaigues, İsviçre) kullanılarak şekillendirme yapılmıştır. İrigasyon için; %5 NaOCl, %17 EDTA solüsyonu ve %2 klorheksidin kullanılmıştır. Endodontik tedavi sırasında biyomekanik preperasyonu takiben Kalsiyum Hidroksit (Sultan, Amerika) kanal içi medikament olarak uygulanmıştır. 1 hafta sonrasında yapılan klinik muayenede herhangi

klirik semptomu rastlanılmamıştır. Kök kanalı, lateral kondensasyon tekniği ile AH Plus (Dentsply De Trey GmbH, Almanya) kanal patı kullanılarak doldurulmuştur.(Resim 3)



Resim 3: Postoperatif periapikal radyografi

Kaide materyali olarak cam iyonomer uygulanmış ve kanal üstü restorasyon yapımında kompozit dolgu materyali (3M ESPE Filtek Ultimate, Amerika) kullanılmıştır.1 yıl sonra yapılan klinik takip sonucunda dişin asemptomatik olduğu ve periapikal lezyonda iyileşme olduğu tespit edilmiştir.(Resim 4)



Resim 4: Hastanın 12 ay sonra ki kontrol periapikal radyografisi

TARTIŞMA

Dens invaginatus ve talon tüberkülünün tam etyolojisi bilinmemekle beraber, büyüme geriliği, enfeksiyon, travma, genetik değişimler, diş gelişim safhasında bölgede oluşan basınç farklılıkları gibi birçok faktörün bu malformasyonların oluşumuyla ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir⁷.

Maksiller lateral dişlerde gelişimsel anomalilere çok sık rastlanılmaktadır. Bu nedenle bu dişlerin klinik ve radyografik muayenelerinin çok dikkatli yapılması gerektiği önerilmektedir. Dens invaginatus ve talon tüberkülü genellikle maksiller lateral dişlerde gözlenmektedir^{2, 6}. Sunumu yapılan olguda da talon tüberkülünün eşlik ettiği dens invaginatusa lateral kesicide rastlanmıştır. Bununla birlikte Siraci ve ark.¹ mandibular santral kesici dişlerde dens invaginatus ve talon tüberkülünün birlikte gözlendiği vaka rapor etmişlerdir. Vakamızda bu iki anomali unilateral olarak görülmektedir. Ancak Kayalvizhi ve ark.⁶ talon tüberkülü ve dens invaginatusun bilateral olarak da gözlenebileceğini bildirmişlerdir.

Dens invaginatusa başka anomaliler de eşlik edebileceği gibi, Talon tüberkülü ile birlikte de mesiodens, sünnümerer diş ve odontom gibi diğer malformasyonlar görülebilmektedir^{3, 8, 9}. Sunulan olguda tip I dens invaginatus ve tip I talon tüberkülü birlikte gözlenmektedir. Literatürde benzer vakalar bildirilmiştir². Talon tüberkülüne bağlı olarak atrizyon, tüberkül kırıklar, estetik, periodontal doku irritasyonu ve çürük gibi klinik problemler görülebilmektedir. Tedavisi fissür örtücü uygulanması, kademeli olarak tüberkül aşındırılarak florür uygulanması veya tüberkülün tamen kaldırılması ve defektin restorasyonu şeklinde olabilmektedir⁶. Vakamızda talon tüberkülü giriş kavitesi açılması esnasında tamamen kaldırılmış, kanal tedavisi sonrasında da kompozit materyali ile düzgün bir yüzey oluşturacak şekilde restore edilmiştir. Dens invaginatus anomalisinin oluşturduğu patolojiler ise birçok yöntem ile tedavi edilebilmektedir. Bu olguda periapikal lezyon varlığı nedeniyle konvansiyonel endodontik tedavi prosedürleri izlenmiştir. Tip 1 invaginatusun kök kanalı ile birleşmesi nedeniyle oluşan kök kanalı daha sonra lateral kondensasyon yöntemi ile doldurulmuştur. Fukuta ve ark.¹⁰ 'nın malformasyona sahip dişlerde endodontik tedavi yöntemleriyle ilgili çalışmaları mevcuttur. Sunulan olguya benzer olarak; konvansiyonel endodontik tedavi prosedür içeren tedavi yönteminin başarılı olduğu bildirilmiştir.

SONUÇ

Dens invaginatus ve Talon tüberkülü dişte pulpa enfeksiyonuna varabilecek patolojilere neden olabilmektedir. Bu nedenle teşhisi ve gerekli tedbirlerin alınması, oluşabilecek dental sorunların önüne geçilmesine yardımcı olur. Doğru teşhis ve tedavi yaklaşımı için tam bir klinik muayene ve radyolojik yorumlama çok önemlidir. Diş anomalilerinin erken tanısı pulpa iltihabı gibi birçok patolojinin önlenmesine olanak sağlar.

KAYNAKLAR

1. Siracı E, Gungor HC, Cehrelı ZC. Dens invaginatus and talon cusp co-occurring in a mandibular central incisor: a case report. *J Dent Child (Chic)* 2008; 75: 177-180.
2. Hattab FN, Yassin OM, al-Nimri KS. Talon cusp in permanent dentition associated with other dental anomalies: review of literature and reports of seven cases. *ASDC J Dent Child* 1996; 63: 368-376.
3. Davis PJ, Brook AH. The presentation of talon cusp: diagnosis, clinical features, associations and possible aetiology. *Br Dent J* 1986; 160: 84-88.
4. Karaca I, Toller MO. Multiple bilateral dens in dente involving all the premolars. Case report. *Aust Dent J* 1992; 37: 449-452.
5. Galindo-Moreno PA, Parra-Vazquez MJ, Sanchez-Fernandez E, Avila-Ortiz GA. Maxillary cyst associated with an invaginated tooth: a case report and literature review. *Quintessence Int* 2003; 34: 509-514.
6. Kayalvizhi G, Neeraja R. Co-occurrence of bilateral coronal Dens invaginatus and true Talon. *Pediatric Dental Journal* 2010; 20: 110-113.
7. Alani A, Bishop K. Dens invaginatus. Part 1: classification, prevalence and aetiology. *Int Endod J* 2008; 41: 1123-1136.
8. Natkin E, Pitts DL, Worthington P. A case of talon cusp associated with other odontogenic abnormalities. *J Endod* 1983; 9: 491-495.
9. Acs G, Pokala P, Cozzi E. Shovel incisors, three-rooted molars, talon cusp, and supernumerary tooth in one patient. *Pediatr Dent* 1992; 14: 263-264.
10. Fukuta Y, Totsuka M, Takeda Y, Yamamoto H. A central tubercle on the lingual surface of the upper lateral incisor: report of a case. *J Nihon Univ Sch Dent* 1997; 39: 86-88.