

DAİMİ MAKSİLLER LATERAL KESİCİ DİŞTE NADİR GÖRÜLEN TİP 3 DENS İNVAGİNATUS: VAKA RAPORU

Unusal variant of Type 3 Dens invaginatus in a maxillary lateral incisor: A rare case report

Merve Nur KADIOĞLU*

Mine CAMBAZOĞLU***

Ayşegül M. TÜZÜNER ÖNCÜL**

Timur SONGÜR****

Burçin ÖNCÜL*****

ABSTRACT

Dens invaginatus (dens in dente) is a malformation of the teeth characterized by an early invagination of the enamel and dentine that can extend deep into the pulp cavity and to the roots and sometimes reach the apex. This defect appears mainly in maxillary permanent lateral incisors; other groups of teeth affected, in decreasing order of frequency, are central incisors, premolars, canines, and molars(1).

The most popular and commonly used classification of invaginated teeth is the classification of 3 types proposed by Oehler's: type 1, invagination confined within the crown; type 2, invagination as a blind sac extending beyond the cement-enamel junction but not reaching the periodontal ligament; and type 3, invagination extending beyond the cement-enamel junction, with the second foramen extending into the periradicular tissues or into the apical area (2). Type 3 Dens invaginatus is an exaggeration of the process of formation of a cingular pit. Dentine and enamel-forming tissue invaginate the whole length of a tooth to appear radiographically as a tooth-within-a tooth.

Type 3 Dens Invaginatus is named as invaginated odontome. Extension of this process causes the formation of an invaginated odontome (3). The aim of this presentation is to show a type 3 Dens Invaginatus which is extracted due to the symptoms.

ÖZET

Dens invajinatus (Dens in Dente) pulpa kavitesi, kök ya da sıklıkla apekse kadar ulaşabilen dentin ve mine dokusunun erken invajinasyonu ile karakterize bir malformasyondur. Bu defekt büyük oranda üst çene daimi lateral kesicilerde, daha az sıklıkla da üst çene daimi santral, premolar, kanin dişleri ve molar dişlerde görülmektedir (1).

İnvajinasyon gösteren dişlerin en yaygın ve popüler sınıflaması Oehler tarafından yapılmıştır. Bu 3 sınıflamaya göre; tip 1 invajinasyon sadece kron bölgesine kadar uzanan, tip 2 invajinasyon mine sement birleşimine kadar uzanan ancak periodontal ligamenti geçmeyen, tip 3 sınıflama ise mine sement birleşimine uzanan ve periradiküler dokularda ikinci bir foramen oluşturan invajinasyonları tanımlamaktadır (2). Tip 3 Dens invajinatus singular pit oluşumunun aşırı bir formasyonu olarak da tanımlanabilir. Dentin ve mine dokusu formasyonu kök boyunca uzandığı için bu dişler radyografik olarak diş içinde diş görünümü olarak izlenirler.

Tip 3 Dens invajinatus invaginated odontoma olarak da adlandırılır. Diş dokularındaki ekspansiyon invajinasyon odontoma formasyonuna yol açar (3). Bizim raporumuzun amacı nadir görülen tip 3 Dens invajinatus bir dişi semptomlarından dolayı ekstrakte edilerek tedavi edilmesini anlatmaktır.

* Araştırma gör, Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi Anabilim Dalı

** Doç Dr, Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi Anabilim Dalı,

*** Prof Dr, Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları Cerrahisi Anabilim Dalı,

**** Dr, Fatih Üniversitesi Hastanesi Diş Bölümü, Ankara

***** Dr, T.C. Sağlık Bakanlığı Tepebaşı Ağız Ve Diş Sağlığı Hastanesi, Ankara

GİRİŞ

Dişlerde görülen şekil anomalileri diş gelişiminin morfolojik farklılaşma aşamasından köken almakta ve kron/kök şeklindeki değişikliklerle kendini göstermektedir. Kalıtsal geçiş şekli otozomal dominant ve poligenik olabilmektedir.

Dens invajinatus (dens in dente) pulpa kavitesi, kök kanalları bazen de apikale kadar uzanabilen dentin ve mine dokusundaki erken invajinasyonla karakterize bir malformasyondur. Bu anomalide, dişin lingual yüzeyinin invajinasyonuna bağlı oluşan açıklığın potansiyel çürük riski taşıması klinik olarak önem taşır. İnvajinasyona uğramış kısımdaki mine ve dentin defektli olabilmekte ya da hiç oluşmamakta ve bu da pulpanın direkt olarak ekspozuna sebep olmaktadır. Bu diş anomalisi büyük oranda daimi maksiller kesici dişlerde ve sıklıkla bilateral olarak görülür. Daha az etkilenen diş grubu da santral kesici dişler, premolar dişler, kanin ve molar dişleri şeklindedir (1).

En popüler ve yaygın kullanılan invajinasyon sınıflaması Oehler'in 1957'de yapmış olduğu sınıflamadır (2). Bu sınıflamaya göre tip 1 Dens invajinatus diş kronuna kadar uzanan invajinasyon varlığı; tip 2 Dens invajinatus mine-sement birleşimine kadar uzanan ancak periodontal ligamente kadar uzamayan invajinasyon varlığı; tip 3 Dens invajinatus ise en nadir görülen tip olmakla beraber kök yüzeyinde 2. bir foramen oluşturarak apikale kadar ya da periradiküler dokulara kadar uzanan ve mine-sement hattının daha apikalinde kalan invajinasyon varlığıdır. Tip 3 Dens invajinatus singulumdaki pit oluşumunun daha belirgin ve büyük oranda ortaya çıkmasıyla oluşur. Birbiri içine geçmiş dentin ve mine formasyonu radyografik olarak birbiri içine geçmiş 2 diş olarak görülür. Bu görünümde dolayı dens invajintus terimi Dens in Dente (diş içinde diş) olarak da adlandırılmaktadır (4).

Tip 3 dens invajinatus 'invagine odontoma' olarak da adlandırılmaktadır. Diş dokusu içinde oluşan bu formasyon değişikliği diş içine invajine olmuş odontoma şeklinde açıklanabilir (4). Bu anomali için günümüze kadar dens in dente, invagine odontoma, dilate com-

posite odontome, diş inklüzyonu, dentoid in dente gibi tanımlamalar da kullanılmıştır(3).

Bu vaka raporunun amacı, nadir görülen tip 3 dens invajinatus'a sahip hastanın klinik ve radyolojik bulgularını, tedavi seçeneklerini literatür verileri ışığında tartışarak ortaya koymaktır.

OLGU SUNUMU

12 yaşındaki kız hasta Ankara Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız,Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı'na sol maksiller anterior bölgede şişlik , ağrı şikayeti ile başvurdu. Hastadan alınan anamnezde hastanın herhangi bir sistemik rahatsızlığının bulunmadığı öğrenildi. Hastanın yapılan klinik muayenesinde sol maksiller lateral kesici diş bölgesinde fistül oluşumu ve şişlik olduğu görüldü ve sol lateral kesici dişinde perküsyonda ve palpasyonda ağrı olduğu tespit edildi. Maksiller sol lateral kesici dişe EPT (Electric pulp test) yapıldı ve bunun sonucunda dişin devital olduğu belirlendi. Radyolojik muayene periapikal ve panoramik radyograflar yardımı ile yapıldı ve sol maksiller kanin dişinin gömülü olduğu, ayrıca maksiller lateral kesici dişin kronunun normal şekil ve boyutlarda iken servikal hattan itibaren apikal bölgeye kadar kökte ve pulpada ekspansiyon olduğu tespit edildi (Resim 1).



Resim-1 hastanın diş çekimi öncesi panoramik radyografinin görüntüsü.

Dişin radyografik görünümü invaginated odontoma'yı destekler yöndeydi. Endodoti Anabilim Dalı'na yapılan konsültasyon sonucunda hastanın perküsyonda ağrı, fistül oluşumu ve ekspansiyon semptomlarından dolayı endodontik tedavi için uygun olmadığı ve maksiller lateral kesici dişin cerrahi ekstraksiyonunun endike olduğu belirlendi.

Rutin cerrahi hazırlıkları takiben hastanın sol üst kanin-premolar bölgesine 2 ampul articaine hydrochloride (ultracaine-Aventis-İstanbul-Türkiye) enjekte edilmiştir. Daha sonra vertikal ve horizontal insizyonlar yapılmıştır. Periost elevatörü yardımıyla mukoperiosteal lambo kaldırılmıştır ve alveolar kret tamamen görünür hale getirilmiştir (resim 2). Maksiller lateral diş açık çekim prosedürüne uygun atravmatik bir şekilde ekstrakte edilmiştir (resim 3).



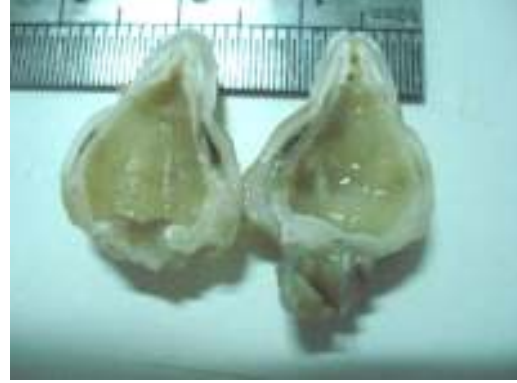
Resim 2: Hastanın operasyon sırasındaki görünümü



Resim-3: daimi maksiller lateral dişin çekim öncesi görünümü

Operasyon sırasında herhangi bir komplikasyonla karşılaşılmaştır. Mukoperiosteal lambo 3-0 ipek sutur ile primer olarak kapatılmıştır. Çekimin ardından diş histopatolojik olarak incelenmiştir. Sol maksiller lateral kesici dişin histopatolojik olarak Tip 3 dens invaginatus (dens in dente) olduğu görülmüştür. Işık mikroskopu incelemesi sonucunda diş dokusu içinde bir başka diş oluşumu gözlenmiştir. Bu oluşumun dişin pulpa dokusuna kadar ilerlediği görülmüştür. Tam olarak gelişmemiş patolojik diş dokusunda irregüler dentin tübülleri ve pulpa dokusu izlenmiştir. Cross-sectinal alınan

kesitte invajinasyonun diş kronundan başlayıp kök apikaline kadar ilerlediği görülmüştür (resim 4). Post-operatif 1. hafta ve 3-6 ay kontrollerde herhangi bir komplikasyon görülmedi. Hastanın yapılan 2 yıllık kontrollerinde sol daimi kanin dişinin sürme pozisyonuna geçtiği görülmüştür (resim 5).



Resim-4: daimi maksiller lateral dişin crossectional kesit görünümü



Resim 5: Hastanın operasyondan 2 yıl sonra alınan panoramik radyograf görüntüsü

TARTIŞMA

Dens in dente iç mine epitelyumunun invajinasyonu ile dişin içinde diş görünümü oluşması durumuna verilen addır(1). Dens in dente diş dokularının kalsifiye olmaya başlamasından önce kromdan başlayıp köke doğru uzanan ve mine organının dental papilla içerisine invajinasyonu ile sonuçlanan bir gelişimsel anomalidir. Bu anomalinin diş gelişiminin morfolodiferansiyasyonu aşaması sırasında ortaya çıkan lokal bir basınca bağlı olarak dental laminanın içe doğru katlanması sonucu olduğu düşünülmektedir(3). Ancak; etiolojisi halen tam olarak açıklanamamıştır.

Dens in dente ile ilgili ilk araştırma 1857 yılında Oehlers tarafından yapılmıştır (4). Bu anomali dens invaginatus ya da dilate odontoma olarak da adlandırılmaktadır. Pécora'ya göre; bu şekilde farklı isimlendirmelerin bulunması bu anomalideki etiyolojik faktörlerin farklılığında tam bir görüş birliği sağlanamamasından kaynaklanmaktadır (6).

Hovland dens in dente'nin görülme insidansını büyük oranda daimi üst lateral kesici dişler olmak üzere diğer dişler de göz önünde bulundurarak % 0.04-10 arasında olduğunu belirtmiştir (7).

Dens invaginatus anomalisi bulunan dişlerin profilaktik, konservatif, endodontik, endodontik cerrahi uygulamaları ile başarılı bir şekilde tedavi olabileceği gösterilmesine rağmen bu dişlerin pulpal dokularının lokalizasyon ve formundaki anormallikler nedeniyle kanalların temizlenmesi, şekillendirilmesi ve doldurulmasında güçlüklerle karşılaşmakta ve bazı durumlarda endodontik tedavilerin yapılması mümkün olmadığı bilinmektedir. Bu nedenle bu dişlerin tedavisinde periapikal lezyonların önlenmesi açısından erken teşhis çok önemlidir (8).

Bu vaka raporunda; pulpa dokusunda ekspansiyon ve nekroz görülen bir hastada endodontik tedavinin başarılı sonuçlar doğurmayaacağı kanısı ile cerrahi ekstraksiyon ile tedavi uygulanmıştır.

Sonuç olarak; radyografik inceleme anomalinin doğru bir şekilde teşhis edilmesi için gereklidir. Kök kanal sistemindeki konfigürasyon ve periapikal patoloji bulunması diş çekimini gerektiren faktörlerden birkaçıdır.

REFERANSLAR

1)Demartis P., Dessi C., Cotti M., Cotti E., Endodontic Treatment and Hypotheses on an Unusual Case of Dens Invaginatus, J Endod.,2009; 35(3):417-21.

2)Oehlers FAC.Dens invaginatus (Dilated Composite Odontome). II. Associated posterior crown forms and pathogenesis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1957;10:1302-16.

3)Stamfelj I., Kansky A A., Gaspersic D., Unusual Variant of Type 3 Dens Invaginatus in a Maxillary Canine: A Rare Case Report, J Endod.,2007;33(1):64-8.

4)Cawson's essential of oral pathology and oral medicine 2002.

5) Oehlers FA: Dens invaginatus: Variation of the invagination process and associated anterior crown forms. Oral Surg 1957;10: 1204-1218.

6) Pécora ID, Costa WF, Macchetti DD: Caso clínico: Dens in dente. Rev Odont USP 1987;1: 46-49.

7)) Hovland E.J., Nonrecognition and subsequent endodontic treatment of dens invaginatus, J Endodont, 1997;3: 360-361.

8) Hülsmann M. Dens invaginatus: Aetiology, classification, prevalence, diagnosis and treatment considerations. Int Endod J 1997; 30:79-90.

9) De Smit A., Demaut L., Nonsurgical endodontic treatment of invaginatus teeth, J Endodont 1982;8: 506-511.

Yazışma adresi:

Dt Merve Nur KADIOĞLU
Ankara Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız Diş ve Çene Hastalıkları
Cerrahisi Anabilim Dalı
06500 BEŞEVLER/ANKARA
Tel: 0312 2965576
e-mail: mnkadioglu@gmail.com