

Tip III Dens İnvajinatus: Bir Olgu Sunumu

Tip III Dens Invaginatus: A Case Report

Cansu Büyük¹, Kaan Gündüz¹, Bora Özden², Hızır İlyas Köse²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş Ve Çene Cerrahisi Anabilim Dalı

Özet

Dens invajinatus; diş gelişimi sırasında mine organının dental papillaya doğru kıvrılmasıyla oluşan, nadir görülen bir gelişimsel diş anomalisidir. Oehlers sınıflamasına göre dens invaginatus penetrasyon derinliği ve periapikal doku ya da periodontal ligament ile ilişkilerine bağlı olarak üç gruba ayrılmıştır. Tedavi prosedürleri restoratif yöntemlerden çekime kadar değişkenlik gösterebilir. Bu olgu bildiriminde üst sol lateral kesici dişte izlenen Tip III dens invajinatus'un tanı ve tedavisi anlatılacaktır.

Anahtar Kelimeler: dens invajinatus, dens in dente, maksiler lateral kesici

Abstract

Dens invaginatus is a rare developmental malformation of teeth resulting from the invagination of enamel organ into the dental papilla. Dens invaginatus classified by Oehlers into three categories according to the depth of penetration and communication with periapical tissues or periodontal ligament. Treatment plan varies from restorative methods to extraction. This article reports that diagnosis and treatment of a type III dens invaginatus in the left maxillary lateral incisor.

Key words: dens invaginatus, dens in dente, maxillary lateral incisor

GİRİŞ

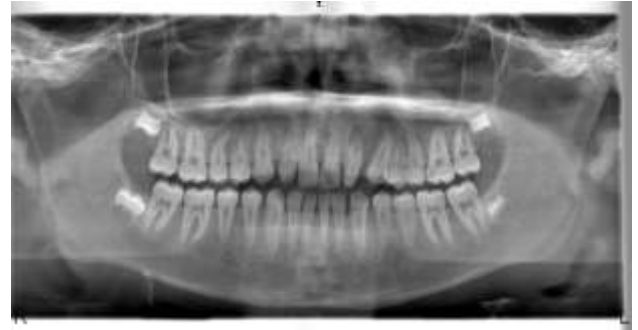
Dens invaginatus; diş gelişimi sırasında mine organının dental papillaya doğru kıvrılmasıyla oluşan, nadir görülen bir gelişimsel diş anomalisidir. Dens in dente, dilasere gestant odontom, dilasere kompozit odontom, dentoid in dente, invajine odontom diğer isimlendirmeleridir.¹



Resim 1 : Sol üst maksiler lateral kesici dişin İntraoral görünümü

Etiyolojileri kesin olarak bilinmemekle birlikte diş germi üzerine çevre dokulardan gelen anormal basınçların etkisi, minenin lokal gelişim yetersizliği, diş mine organı hücrelerinin ani ve anormal gelişim göstermesi, diş tomurcuğu bölgesinin uyarılması, odontojenik epitelin beslenme bozukluğu, iç mine epitelinin büyümesinde hızlanma ya da gecikme, iki germin tamamlanmamış lateral füzyonu ve genetik faktörlerin anomalinin oluşumunda etkili olduğu öne sürülmektedir.^{2,3,4}

Dens invaginatusu açıklamak için farklı sınıflamalar önerilmiştir. En sık kullanılan sistem Oehlers tarafından tanımlanmıştır. Bu sınıflamaya göre; penetrasyon derinliği ve periapikal doku ya da periodontal ligament ile ilişkilerine bağlı olarak üç gruba ayrılmıştır.



Resim 2 : Panoramik radyografide sol üst maksiler lateral kesici dişte dens invajinatus

Tip I; mine sement sınırının altına inmeden, kron içinde sınırlı kalan, mine ile kaplı minör invajinasyondur. Tip II; mine sement sınırının altından köke doğru ilerleyip kör bir kese olarak sonlanan, mine ile kaplı, bazen pulpa ile ilişkili olabilen invajinasyondur. Tip III ise invajinasyonun kökte ilerleyerek ikinci bir apikal ya da lateral foramen oluşturduğu biçimdir.¹

Dens invaginatus daimi ve süt dişi dizilerinde meydana gelebilir.⁵ Bu anomali genel popülasyonda % 0.04 - 10 arasında çeşitlilik gösterir. Bu çeşitliliğin coğrafi farklılıklar ile farklı teşhis kriter ve metodlarından kaynaklandığı düşünülmektedir.⁶ En sık maksiler lateral kesici dişler etkilenir, peşine maksiler santral dişler ve daha az sıklıkla kanin dişleri gelir.¹ Maksiler lateral dişlerde sıklıkla bilateral izlenir.⁷ Kadınlarda 3 kat daha sık görülür.⁸

Bu olgu sunumunda üst sol lateral kesici dişte izlenen Tip III dens invaginatus teşhis ve tedavisi anlatılmaktadır.

OLGU SUNUMU

14 yaşındaki erkek hasta sol üst ön dişlerinde ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın herhangi bir sistemik hastalığı ya da sendromu bulunmamaktaydı. İntraoral muayenede üst sol lateral dişte perküsyon ağrısı vardı. İlgili dişin etrafındaki oral mukoza normal görünümdeydi ancak diş vitalite testine negatif sonuç verdi (Resim 1). Radyografik incelemede sol üst lateral dişte Oehlers sınıflamasına göre Tip III dens invaginatus izlendi. İlgili dişin apikalinde 0,92 x 0,83 cm çapında, iyi sınırlı radyolüsent alan saptandı.(Resim 2-3)



Resim 3 : Periapikal radyografide sol üst maksiler lateral dişte dens invaginatus

Mevcut kök rezorpsiyonu ve geniş periradiküler kemik yıkımı nedeniyle dişin çekimi düşünüldü. Hasta henüz büyüme ve gelişim dönemini tamamlamadığı için kemik içi implant ve protetik restorasyon yapımı bu dönemin sonrasına ertelendi, hasta bilgilendirildi. Bu süreçte mevcut bölgede kemik defekti oluşmaması için kemik grefti yerleştirilmesi ve hastaya geçici protetik restorasyon yapılması planlandı.



Resim 4 : Çekilmiş diş ve kök ucunda iltihabi granülasyon dokusu

Lokal anestezi uygulandıktan sonra hastanın dişi çekildi. (Resim 4) Çekim soketi kürete edildi, kemik grefti ve membran yerleştirildikten sonra sütüre edilerek primer iyileşmeye bırakıldı (Resim 5). Dişin histopatolojik incelemesinde Tip III Dens invaginatus olduğu doğrulandı (Resim 6). Hastanın post-operatif yapılan 6

aylık kontrollerinde radyolojik veya klinik olarak herhangi bir komplikasyona rastlanılmamıştır.(Resim 7)



Resim 5 : Çekim soketinin kemik grefti ile ogmentasyonu

TARTIŞMA

Dens invaginatus çoğunlukla maksiller lateral kesici dişlerde bilateral olarak oluşmaktadır.¹⁴ Bu olgu sunumunda dens invaginatus maksiler lateral kesici dişte ancak tek taraflı olarak izlenmiştir. Genellikle dens invaginatus tesadüfen radyografik inceleme sırasında teşhis edilir.¹¹ Vakamızda ilgili diş ağrı şikayetine neden olmuştur.



Resim 6 : Çekilmiş dens invaginatuslu dişin histolojik görüntüsü

Dens invaginatus koronal ve radiküler varyasyonlara göre de sınıflandırılabilir. Radiküler dens invaginatus sement boyunca uzanır ve kök bifurkasyonu veya kök morfolojisinde malformasyonlara neden olur.¹ ‘Gerçek’ radiküler dens invaginatus ise nadir olarak görülür ve radyolojik olarak kökte genişleme ile fark edilir.¹⁵ Bu olgu radiküler dens invaginatusa bir örnektir.

Pulpal topografinin retantif alanlar oluşturması, mine oluşumunun bozuk olması ve yapısal defektler nedeniyle dens invaginatuslu dişler çürük lezyonlarına daha yatkındır.⁹ Bu vakada olduğu gibi; pulpa çok sayıda ince kanal yoluyla mikroorganizma ve ürünleri ile kontamine olur, pulpal enflamasyon ve nekroz gelişebilir.¹⁰ Özellikle tip III dens invaginatus vakalarında bakterilerin peridental ligamente penetre olabilmeleri için gerekli geçiş yolları mevcuttur.¹⁶ Bu yol ile periodontal ve periapikal abseler oluşur. Tedavi prosedürleri restoratif yöntemlerden çekime kadar değişkenlik gösterebilir.¹² Erken teşhis ve tedavi çok önemlidir. Eğer anomali konservatif yöntemler ile tedavi edilmezse pulpal ve periapikal patolojiler kaçınılmaz olur.¹⁷ Bu olguda hem eksternal kök

rezorpsiyonu hem de geniş periapikal osteolitik lezyon mevcut olduğundan çekim yapılmış; ardından kemik konturunun devamlılığını sağlamak için greft

yerleştirilerek protetik tedaviye hazırlık yapılması tercih edilmiştir.



Resim 7 : Post operatif takip filmi

KAYNAKLAR

1. Oehlers FA. Dens invaginatus (dilated composite odontome). Variations of the invagination process and associated anterior crown forms. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1957;10:1204-18.
2. Hattab FN, Yasin OM, Al-Nimri KS. Talon cusp in permanent dentition associated with other dental anomalies: Review of the literature and reports of seven cases. *ASDC J Dent Child* 1996; 63:368-376.
3. Kronfeld R. Dens in dente. *J Dent Res* 1934; 14:49-66.
4. Jung M. Endodontic treatment of dens invaginatus type III with three root canals and open apical foramen. *Int Endod J* 2004; 37:205-13.
5. Pindborg JJ. Pathology of the dental hard tissues. *Philadelphia: Saunders* 1970; 58-64.
6. Ridell K, Mejare I, Matsson L. Dens invaginatus: a retrospective study of prophylactic invagination treatment. *Int J Paediatr Dent* 2001; 11:92-7.
7. Grahnen H, Lindahl B, Omnell K. Dens invaginatus: I-a clinical, roentgenological and genetical study of permanent upper lateral incisors. *Odontologisk Revy* 1959; 10:115-37.
8. Canger E, Kayıpmaz S, and Celenk P. Bilateral dens invaginatus in the premolar region. *Indian J Dent Res* 2009; 20: 238-240.
9. Steffen H and Splieth C. Conventional treatment of dens invaginatus in maxillary lateral incisor with sinus tract: one year follow-up. *J Endod* 2005; 31: 130-133.
10. Fregnani ER, Spinola LFB, Sônego JRO, Bueno CES, and Martin ASD. Complex endodontic treatment of an immature type III dens invaginatus. A case report. *Int Endod J* 2008; 41: 913-919.
11. Canger EM, Gunduz K. Tip III Dens İnvaginatus: İki Olgu Sunumu. *Türkiye Klinikleri J Dental Sci* 2007; 13: 83-7.
12. Tsisis I, Steinbock N, Rosenberg E, and Kaufman AY. Endodontic treatment of developmental anomalies in posterior teeth: treatment of geminated/fused teeth—report of two cases. *Int Endod J* 2003; 36: 372-379.

13. Bhatt AP, Dholakia HM. Radicular variety of double dens invaginatus. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1975; 39: 284-287.
14. Mupparapu M, Singer SR. A rare presentation of dens invaginatus in a mandibular incisor occurring concurrently with bilateral maxillary dens invaginatus: Case report and review of literature. *Aust Dent J* 2004; 49: 90-93.
15. Rushton MA. A collection of dilated composite odontomes. *Br Dent J* 1937; 63: 65-86.
16. Odabas ME, Bodur H. Üst orta kesici dişte tip III dens invaginatus'un endodontik tedavisi: Olgu Raporu. *GÜ Diş Hek Fak Derg* 2011; 28: 41-5.
17. Tezel A, Orbak R, Çanakçı V, Eröz B. Dens invaginatus (Vaka raporu). *C.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Dergisi* 2000; 3: 127-129.

Yazışma Adresi:

Dt. Cansu BÜYÜK

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız Diş ve Çene Radyolojisi AD 55139 Kurupelit Samsun Türkiye

Tel : 0 505 3914569

E-posta : cansubuyuk@yahoo.com