Vol.26, No.1, 6-8 (2017)
ISSN 2316-7262

Dens in Dente tipo III: Relato de caso

Gustavo OLIVEIRA1, Larissa FERNANDA[2], Marcia Gonçalves LUCENA[3], Oberdam FERREIRA[4], Ricardo FERREIRA[5], Vanessa Silveira VEBBER[6]

[1] Especialista em Endodontia, IOA, Balneário Camboriú-SC, Brasil.
[2] Mestre em Endodontia UFSC, especialista em Endodontia, Florianóspolis- SC, Brasil.
[3] Doutora em Odontologia pela Universidade de Sevilha, Espanha.
[4] Especialista em Endodontia e Radiologia, IOA, Balneário Camboriú-SC, Brasil.
[5] Doutor em Endodontia pela UNICAMP, São Paulo- SP, Brasil.
[6] Acadêmica do Curso de Odontologia da Faculdade Avantis, Balneário Camboriú-SC, Brasil.

Endereço correspondência
Vanessa Silveira Vebber
Rua 2550, n.288, apto 301.Centro.
88330-388, Balneário Camboriú, SC, Brasil.
vanessaodontobc@gmail.com

Recebido em 20 de janeiro (2017) | Aceito em 20 de março (2017)

RESUMO

O Dens in dente, também chamado de dente invaginado, é uma anomalia de desenvolvimento dentário resultante da invaginação do órgão do esmalte na papila dentária e ocorre durante o desenvolvimento do dente, na fase intrauterina. Essa anomalia pode acometer qualquer dente, mas normalmente, incisivos laterais superiores permanentes são os mais afetados. O objetivo deste trabalho é abordar os principais aspectos clínicos de um caso de dens in dente tipo III, envolvendo um incisivo lateral superior, o qual respondeu negativamente à terapia endodôntica convencional e necessitou de complementação cirúrgica.

Palavras Chaves: Dens in dente, Anomalia, Endodontia.

ABSTRACT

Dens in dente also called invaginated tooth is a resultant dental developmental anomaly of an invagination of the dental papilla during tooth development occurring in the intrauterine stage. The dens in dente can occur in any tooth, but the most commonly affected teeth are the permanent upper lateral incisors. The objective of this work is to approach the main clinical aspects of a case of dens in tooth type III, involving a superior lateral incisor, which answered negative to the conventional endodontic therapy and needed surgical complementation.

Keywords: Dens in dente, Anomaly, Endodontics.

1. INTRODUÇÃO

As anormalidades dentárias podem ser divididas entre aquelas que são influenciadas por fatores ambientais, por causa idiopática ou, ainda, de natureza hereditária [1].

Para White e Pharoah (2007) [2], as anomalias dentárias são modificações da normalidade em número, tamanho, erupção e morfologia dos dentes.

Na maioria das vezes as anomalias dentárias, ocorrem entre a sexta e oitava semana de vida intrauterina, dado que é nesta fase que estruturas importantes como a papila dentária e o órgão dentário, iniciam a sua histodiferenciação e formam o esmalte, a dentina e o cement [3].

Garib et al. (2010) [4] afirmam que certas anomalias dentárias podem eventualmente surgir associadas ao mesmo paciente, contudo, um defeito genético pode originar diferentes fenótipos. As anomalias dentárias manifestam-se com diferentes graus de severidade, e podem ser representadas desde um atraso cronológico da dentição, até uma ausência completa do germe dentário (agenesia).

Histologicamente, o dens in dente ou dens invaginatus pode ser definido como um aprofundamento do órgão do esmalte na papila dentária durante o processo de formação do dente. Este processo ocorre antes da calcificação dos tecidos dentários, inicia por meio da coroa e pode se estender a toda à raiz dentária [5].

Copyright © 2016 Openly accessible at http://www.rvacbo.com.br/

Oehlers (1957) [6] classifica o dens in dente em três tipos: tipo I, a invaginação do esmalte está circunscrita à área da coroa dental; tipo II, a invaginação do esmalte ultrapassa a junção amelocementária e se estende até à raiz; tipo III, quando a invaginação do esmalte atinge a região apical do dente, de modo a formar mais de um forame apical.

A invaginação coronária presente nos dens in dente torna esses dentes mais suscetíveis à cárie e a infecção pulpar, devido a um defeito estrutural existente no fundo da depressão. Estudos histológicos evidenciam canais ou rachaduras no fundo da invaginação para a polpa, por onde as bactérias ganhariam acesso, levando irritantes ao tecido pulpar [7].

Atualmente, a terapia endodôntica convencional tem demonstrado êxito no tratamento dessa patologia. O dens in dente tipo I não oferece dificuldade para o tratamento endodôntico, já que a invaginação é pequena e se restringe a coroa dentária. O tipo II oferece considerada dificuldade uma vez que é necessário remover a invaginação do interior do canal radicular e criar um dente com um único canal. O tipo III, devido à invaginação apresentar comunicação com a cavidade oral, pode ocorrer invasão do tecido pulpar por agentes irritantes culminando em necrose pulpar e desenvolvimento de periodontite apical, portanto este é o que oferece maior dificuldade para tratamento. Como nem todos os casos respondem positivamente ao tratamento convencional, alguns requerem cirurgia paraendodôntica com obturação retrógrada ou remoção da porção invaginada [8-10].

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de dens in dente tipo III, envolvendo um incisivo lateral superior, no qual foi necessária complementação cirúrgica ao tratamento endodôntico convencional.

2. Relato de Caso

Paciente do sexo masculino, com 10 anos de idade, procurou atendimento odontológico devido à permanência de uma fístula entre os elementos 11 e 12, mesmo após tratamento endodôntico iniciado anteriormente. O mesmo também já estava sob tratamento ortodôntico.

Clinicamente foi observado edema na mucosa, próximo ao periápice do elemento 12. A coroa não apresentava qualquer alteração de cor ou morfologia. Ao teste de percussão vertical e horizontal, a resposta foi negativa à dor.

Radiograficamente havia rarefação óssea apical associada à raiz do elemento 12, compatível com periodontite apical crônica. Também foi evidenciado uma invaginação de tecido dental mineralizado no interior da raiz até o terço apical deste elemento, caracterizando a patologia dens in dente tipo III (FIGURA 1).

Figura 1: Rx inicial

Figura 2: Rx final

Figura 3: Proservação 4 anos

Antes do início do tratamento endodôntico, foi solicitado ao ortodontista que interrompesse o tratamento ortodôntico. No primeiro atendimento foram realizados os seguintes procedimentos: isolamento absoluto, remoção do curativo já existente, neutralização do canal principal com NaOCl 2,5%, abertura e acesso ao canal da invaginação, CTEx=CAD-3mm, odontometria radiográfica, determinação do comprimento de trabalho (CT): 22 mm (canal principal) e 19 mm (canal da invaginação), instrumentação manual até uma lima K #70 e até uma lima K #35 respectivamente (coroa-ápice). Irrigação final com 3ml de EDTA 17% por 3min e 5ml de NaOCl 2,5%. Os canais foram secos com cones de papel absorvente estéreis. O curativo de demora foi com pasta de hidróxido de cálcio (HC) (Calen, SSWhite) e a cavidade foi selada com cimento ionômero de vidro. Após 48 dias, a permanência de exsudação inviabilizou a obturação dos canais. Um novo curativo com HC permaneceu por mais 43 dias. Transcorrido esse período, os canais foram novamente acessados e, com a presença de exsudação foi estabelecido um plano de tratamento cirúrgico. Cirurgia paraendodôntica com obturação simultânea dos canais radiculares foi realizada 22 dias após a última sessão de atendimento e a coroa foi restaurada.

Radiografias controle foram realizadas nos períodos de 4 e 10 meses, e 4 anos e meio após a conclusão do caso (FIGURA 03). Clinicamente não há alteração de cor ou volume da mucosa e o selamento coronário apresenta integridade. Radiograficamente é possível verificar ausência de radiolucidez apical, integridade da lâmina dura e reparo dos tecidos periapicais

(óteogênese na área da lesão), fatores estes que sugerem o sucesso do tratamento.

Após sete dias, o paciente retornou para remoção de sutura e realização de uma radiografia para controle. Os tecidos moles encontravam-se devidamente em posição e em avançado processo de reparo. O acesso coronário foi restaurado com resina composta. Radiografias controle foram realizadas nos períodos de 4 e 10 meses, e 4 anos e meio após conclusão do caso.

3. Discussão

O Dente invaginado, observado pela primeira vez em 1856, é uma invaginação da superfície da coroa ou da raiz que é limitada pelo esmalte, sendo reconhecidas duas formas de dente invaginado: a coronária e a radicular, que pode apresentar-se bastante extensa e assemelhar-se radiograficamente a um dente dentro do outro, [1] , daí o termo dens in dente proposto por Ploucquet em 1794 (Luberti,14).

Durante o tratamento endodôntico convencional, bactérias podem permanecer em áreas inatingíveis pelo processo de instrumentação biomecânica devido à complexidade anatômica. Diante da permanência de exsudação e/ou sintomatologia, torna-se fundamental o emprego de um tratamento cirúrgico.

No caso clínico descrito, é possível observar através das radiografias de proservação, o início do processo de reparo após a realização da cirurgia paraendodôntica.

4. Conclusões

Dens in Dente é um defeito de formação que pode ocorrer mais frequentemente nos incisivos laterais superiores como variação da normalidade. Muitas vezes não são diagnosticados clínica e radiograficamente, levando ao insucesso do tratamento. Sendo assim, essa patologia constitui um desafio para o tratamento endodôntico, uma vez que envolve um complexo sistema de canais radiculares. Neste caso descrito, a cirurgia paraendodôntica foi a melhor opção de tratamento. Quando não é possível eliminar o agente etiológico do processo inflamatório periapical de maneira conservadora, ou seja, pelo tratamento endodôntico, a cirurgia paraendodôntica está indicada.

REFERÊNCIAS

[1] Neville, Brad W. et al. Patologia Oral e Maxilofacial. 3. ed. São Paulo: Elsevier, 2009.

[2] White, S.; Pharoah, M. Radiologia Oral. 5. ed. São Paulo: Elsevier Editora Ltda, 2007.

[3] Sosa, Maritza Mursulí et al. Anomalías dentales. Bvs Cuba, Ciudad de La Habana, v. 1, n. 8, abr. 2006. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.8.(1)_13/p13.html>. Acesso em: 30 set. 2015.

[4] Garib, Daniela Gamba et al. Anomalias dentárias associadas: o ortodontista decodificando a genética que rege os distúrbios de desenvolvimento dentário. Dental Press J. Orthod. Bauru, p. 138-157. mar. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/dpjo/v15n2/17.pdf>. Acesso em: 30 set. 2015.

[5] Rocha Neto, Pedro Carlos Da Rocha et al. Dens invaginatus: case report. Dens Invaginatus: Case Report, Campinas, v. 63, n. 2, jun. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198186372015000200219&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 30 set. 2015.

[6] Oehler, et al. Dens Invaginatus: tratamento endodôntico em uma sessão, 1957.

[7] Sousa S,M,G and Bramante C, M. Dens invaginatus: treatment choices. Copenhagen : Endod Dent Traumatol., Aug 1998. - 14 : Vols. 152-158.

[8] Munir, bader et al. Dens invaginatus: aetiology, classification, prevalence, diagnosis and treatment considerations. International Endodontic Journal. Sao Paulo, p. 79-90. jun. 2011. Disponível em: <http://endoexperience.com/documents/Densinvaginatus.pdf> Acesso em: 30 set. 2015.

[9] Seabra, Mariana et al. A Importância das Anomalias Dentárias de Desenvolvimento. Acta Pediatr Port, Portugual, v. 5, n. 39, p.195-200, out. 2008. Disponível em: <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4601/3438>. Acesso em: 30 set. 2015.

[10] Mamede Neto, Iussif et al. Tratamento Endodôntico Convencional de Dente Invaginado com Periodontite Apical. Rev Odontol Bras Central, Goias, v. 56, n. 21, p.489-491, jun. 2011. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0104-7914/2012/v21n57/a3199.pdf>. Acesso em: 30 set. 2015.