

MAKSİLLER 2.MOLAR DİŞTE İZLENEN DENS INVAJİNATUS: OLGU SUNUMU#

A DENS INVAGINATUS IN THE SECOND MOLAR REGION OF THE MAXILLA: CASE REPORT#

Araş Gör.Dt. Gözde CANITEZER*

oç.Dr. Kaan GÜNDÜZ*

Prof.Dr. Peruze ÇELENK*

Makale Kodu/Article code: 1202
Makale Gönderilme tarihi: 08.06.2013
Kabul Tarihi: 09.09.2013

ÖZET

Dens in dente, dilasere kompozit odontoma veya gestant odontoma olarak da bilinen Dens Invaginatus (DI) yumuşak doku oluşum safhası esnasında dental papillanın invajinasyonu ile meydana gelen minenin gelişimsel malformasyonudur. Bu malformasyon süt ve daimi dentisyonda görülebilir. DI en sık maksiller lateral kesici dişlerde görülür. Tedavi konservatif yaklaşımdan cerrahi tekniklere kadar değişmektedir. Dens invaginatus teşhisi, çürük, periodontal sorunlar, pulpa nekrozu, periapikal lezyon gibi komplikasyonların önlenmesi açısından önemlidir. Tedavinin başarısı dens invaginatus tipine bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Maksiller molar bölgede dens invaginatus oldukça nadir görülen bir durumdur. Bu olgu sunumunda maksiller 2. molar dişte görülen Oehlers Tip III dens invaginatus olgusu sunulacaktır.

Anahtar kelimeler: Dens in dente; dens invaginatus; maksilla; molar

ABSTRACT

Dens invaginatus (DI), also known as "dens in dente", "dilated composite odontome" or "gestant odontoma", is an enamel lined developmental malformation that occurs through an invagination of the dental papilla during the soft tissue stage of tooth development. This malformation may be seen in deciduous and permanent dentition. Dens in dente commonly occur in the maxillary lateral incisor. Treatment has ranged from conservative approach to surgical techniques. The diagnosis of Dens invaginatus is important for preventing complications such as caries, periodontal problems, pulp necrosis, periapical lesions. Success of treatment may vary depending on type of dens invaginatus. Dens invaginatus in the maxillary second molar is considerably a rare case. This article reports a case of Oehlers Type III dens invaginatus in the maxillary second molar.

Key words: Dens in dente; dens invaginatus; maxilla; molar

GİRİŞ

Dens in dente, dilasere kompozit odontoma veya gestant odontoma olarak da bilinen Dens Invaginatus (DI) yumuşak doku oluşum safhası esnasında dental papillanın invajinasyonu ile meydana gelen minenin gelişimsel malformasyonudur.¹⁻³

İnvajinasyon kökte ve krona görülebilen bir anomalidir. Oehlers⁴ DI' u invajinasyon derinliğine göre 3 grup altında sınıflandırmıştır:

Tip 1: Mine sement birleşimini geçmeyen, kron ile sınırlı invajinasyonun minör formu

Tip 2: Mine sement sınırını geçen fakat kök içerisinde kalan, kör boşluğun olduğu invajinasyon

Tip 3: Mine sement sınırını geçen ve kök perforasyonuna neden olup ikinci bir apikal foramen oluşturan invajinasyon

DI süt dentisyonda, daimi dentisyonda ve sünnümerer dişlerde görülebilir.⁵⁻⁷ En sık maksiller lateral kesicilerde görülürken daha az sıklıkla orta kesicilerde izlenir.^{8,9}

Maksiller molar bölgede DI oldukça nadir görülen bir durumdur. Günümüze kadar 4 vaka rapor edilmiştir ve bu vakaların sadece 2 tanesinde maksiller 2.molar dişte görülen DI bildirilmiştir.¹⁰⁻¹³ Bu vaka raporunda 18 yaşındaki kadın hastada, maksiller 2.molar dişte oldukça nadir rastlanan tip III DI olgusu sunulmuştur.

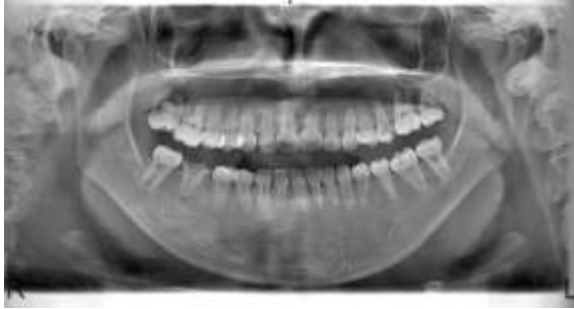
* Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı
Bu olgu, 25-28 Nisan 2013 tarihleri arasında Erzurum'da gerçekleştirilen 'Oral Diagnoz ve Radyoloji Derneği V. Bilimsel Sempozyumu'nda poster olarak sunulmuştur.



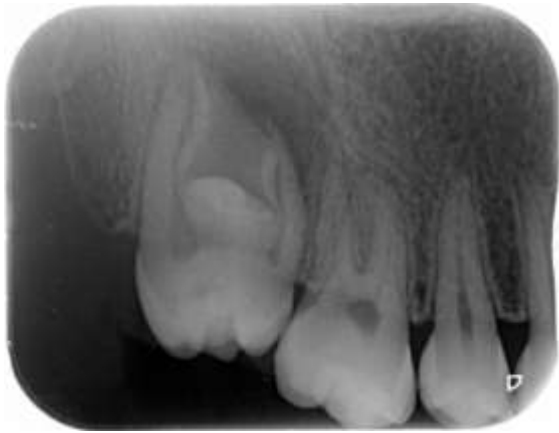
VAKA RAPORU

18 yaşındaki kadın hasta sağ maksiller bölgedeki spontan ağrı dolayısıyla Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı'na başvurdu. Hasta ilgili bölgede ağrı şikayeti olduğunu ve ara sıra yüzünde şişlik meydana geldiğini belirtti. Hastanın tıbbi anamnezinde herhangi bir bulguya rastlanmadı. Klinik muayenede normal olarak süren fakat malforme bir krona sahip sağ üst 2.molar dişin etrafındaki yumuşak dokuda şişlik fark edildi. İlgili dişte perküsyona hassasiyet, periapikal bölgede palpasyonda ağrı mevcuttu. Vitalite testine negatif yanıt alındı.

Alınan panoramik ve periapikal radyograflarda semptomatik apikal periodontitis ve tek köklü olduğu görülen ilgili dişe DI (Oehlers tip III) tanısı koyuldu (Resim 1-2). Diş, antibiyotik tedavisi ardından periapikal ve periodontal nedenlerden dolayı çekildi (Resim 3). Primer kapanış sorunsuz gerçekleşti ve hastanın 1 aylık takibi boyunca herhangi bir sorun yaşanmadı.



Resim 1. Panoramik radyografide sağ üst 2.molar dişte izlenen DI



Resim 2. Periapikal radyografide sağ üst 2.molar dişte Oehlers tip III DI



Resim 3. Çekilmiş DI' lu dişin histolojik görünümü

TARTIŞMA

DI genellikle tesadüfen fark edilir. Hasta ilgili dişte akut dentoalveoler apse gibi semptomatik bir patoloji olana kadar DI' u fark etmez. Çoğu dens invaginatus vakası radyolojik olarak tespit edilmiştir.^{1,3,5,7,14} Görülme sıklığı % 0.3 ve % 10 arasındadır ve bu vakaların % 0.25- % 26.1 oranında semptomatik DI rapor edilmiştir.⁷ Bilateral DI yaygın olarak görülen bir durumdur ve vakaların % 43'ünde DI bilateral olarak bildirilmiştir.³ İnvajinasyona rağmen dişin tek köklü, çift köklü veya üç köklü olmasına eşit sıklıkla karşılaşılır ve rapor edilen vakalar mevcuttur.¹ Bizim vakamızda, semptomatik, maksiller sağ 2.molar dişte, unilateral invajinasyon tespit edilmiştir.

DI sınıflandırılmasında genellikle Oehlers⁴ sistemi esas alınır. Bu sistem iki boyutlu radyografik imajlara dayanır ve ilgili alanın boyutlarını olduğundan daha küçük ya da invajinasyonun derecesini daha az gösterebilir.⁷

DI koronal ve radiküler varyasyonlara göre de sınıflandırılabilir. Çin ve Malezya populasyonunda sık görülen radiküler DI sement boyunca uzanır ve kök bifurkasyonu veya kök morfolojisindeki malformasyonlar DI tedavi girişimlerinde dikkate alınmalıdır.⁴ 'Gerçek' radiküler dens invaginatus ise nadir olarak görülür ve radyolojik olarak kökte genişleme ile fark edilir.¹¹ Literatürde bu konuyla alakalı sadece 8 vaka raporu bildirilmiştir.^{4,11,12} Bizim olgumuz ise radiküler DI' a güzel bir örnektir.

DI' un etyolojisi henüz tam olarak bilinmese de, genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu öne sürülmektedir. Şıracı ve arkadaşları¹⁶ yaptıkları çalışmada talon tüberkülü ile birlikte dens invaginatus anomalisinin baba ve oğlun aynı dişinde var olduğunu tespit etmişlerdir. Rushton¹¹ embriyolojik etken

üzerinde durmaktadır. Bu etken stimülasyonun ardından proliferasyon duraklamasına ve diş gelişimi esnasında mine organının dental papilla içerisine göstermiş olduğu ilerleme sonucuna dayanır.¹¹ Bununla birlikte, bazı yazarlar etkenin normal olarak proliferasyona devam eden hücrelerle çevrili bir grup hücredeki fokal bir retardasyon olduğunu öne sürerler.¹⁵ Oehlers⁴ etken olarak diş gelişimi sırasında diş germi üzerine çevre dokuların yaptığı anormal baskıların etkisini öne sürmüştür. Bu baskı komşu diş germinden kaynaklanabilir. Lateral kesici dişten 6 ay önce süren santral kesici veya kanin dişinin lateral diş germine baskısı sonucu oluşabilen DI buna örnektir.¹⁵ Travma^{3,11} ve enfeksiyon^{1,3} gibi diğer eksternal faktörler potansiyel sebepler olarak bildirilmiştir.

Konservatif restoratif tedavi, endodontik tedavi, endodontik cerrahi, replantasyon veya çekim gibi prosedürleri içeren farklı tedavi yaklaşımları tip III dens invaginatus için uygundur.^{1,7}

Bizim vakamızda ise dişin anatomisi ve pulpanın durumu göz önünde bulundurularak çekim kararı verilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Mupparapu M, Singer SR. A rare presentation of dens invaginatus in a mandibular lateral incisor occurring concurrently with bilateral maxillary dens invaginatus: Case report and review of literature. Aust Dent J 2004;49:90-3.
2. O'Sullivan EA. Multiple dental anomalies in a young patient: A case report. Int J Paediatr Dent 2000;10:63-6.
3. Hülsmann M. Dens invaginatus: Aetiology, classification, prevalence, diagnosis, and treatment considerations. Int Endod J 1997;30:79-90.
4. 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.
5. Jimenez-Rubio A, Segura JJ, Jimenez-Planas A, Llamas R. Multiple dens invaginatus affecting maxillary lateral incisors and a supernumerary tooth. Dent Traumatol 1997; 13:196-8.
6. Holan G. Dens invaginatus in a primary canine: a case report. Int J Paediatr Dent 1998;8:61-4.
7. Gündüz K, Çelenk P, Canger EM, Zengin Z, Sümer P. A retrospective study of the prevalence and characteristics of dens invaginatus in a sample of the Turkish population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2013 Jan 1;18:27-32.
8. Thomas JG. A study of dens in dente. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1974;38: 653-5.
9. Ridell K, Mejare I, Matsson L. Dens invaginatus: a retrospective study of prophylactic invagination treatment. Int J Paediatr Dent. 2001;11:92-7
10. Crincoli V, Di Bisceglie MB, Scivetti M, Favia A, Di Comite M. Dens invaginatus: a qualitative-quantitative analysis. Case report of an upper second molar. Ultrastruct Pathol. 2010; 34:7-15.
11. M.A. Rushton. A collection of dilated composite odontomes. Br Dent J 1937;63:5-86
12. Stavrou E, Tosios KI, Stavrou IE. Globular radiopacity around the apex of an impacted maxillary third molar. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007;103:594-8.
13. Costa WF, Sousa Neto MD, Pécora JD. Upper molar dens in dente--case report. Braz Dent J 1990;1:45-9.
14. Cakici F, Celikoglu M, Arslan H, Topcuoglu HS, Erdogan AS. Assessment of the prevalence and characteristics of dens invaginatus in a sample of Turkish Anatolian population. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2010; 15: 855-8.
15. Segura JJ, Hattab F, Ríos V. Maxillary canine transpositions in two brothers and one sister: associated dental anomalies and genetic basis. ASDC J Dent Child. 2002;69: 54-8.
16. Şıracı E, Tekçiçek M, Turgut MD. Talon Tüberkülü ve Dens Invaginatus: Ailesel Geçişli Bir Olgu Sunumu. Atatürk Üniv. Diş. Hek Fak Derg. 2005; 15: 81-7.

Yazışma Adresi

Araş.Gör.Dt.Gözde CANITEZER
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Ağız Diş Ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı
55139 Kurupelit- Samsun
Telefon: +90 362 3121919-3012
Faks: +90 362 4576032
GSM: 0505 8659063
E-posta: dt.gozde@hotmail.com

