

RETRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE COM DENS-IN-DENTE: RELATO DE CASO

ENDODONTIC RETREATMENT IN TEETH WITH DENS-IN-DENS: CASE REPORT

VANESSA VIEIRA¹, GABRIELA NAVA SETTE¹, SIMONE HARUMI², VANESSA RODRIGUES DO NASCIMENTO³, LUIZ FERNANDO TOMAZINHO^{3*}

1. Aluno(a) do curso de graduação em odontologia da Universidade Paranaense-UNIPAR;2. Cirurgiã-Dentista; 3.Professor (a) do curso de Odontologia da Universidade Paranaense- UNIPAR.

* Rua Inaja, 3560, Ap .42, Centro, Umuarama, Paraná, Brasil. CEP: 87501-160 tomazinho@unipar.br

Recebido em 14/11/2015. Aceito para publicação em 10/01/2016

RESUMO

O dens-in-dente é uma anomalia estrutural do dente, que pode acometer desde a coroa dentária até a raiz. Tais dentes possuem maior facilidade a serem acometidos por problemas pulpares. Então, é de extrema importância que o cirurgião-dentista tenha conhecimento das dificuldades e indicações para o seu tratamento. O objetivo desse trabalho é relatar um caso clínico, o retratamento endodôntico do elemento 12, diagnosticado com dens-in-dente, confrontando com o que a literatura apresenta, e mostrando as dificuldades, bem como o sucesso operatório e pós-operatório diante do conhecimento científico e anatômico. Concluímos que, quando indicado, o tratamento endodôntico para um dente com essa anomalia, o operador tem que ter em mente que irá enfrentar maior dificuldade, necessitando de mais habilidade e experiência.

PALAVRAS-CHAVE: Dens-in-dente, retratamento endodôntico, anatomia.

ABSTRACT

The dens-in-dens is a structural abnormality of the tooth and can affect from the dental crown to the roots. These teeth have greater ease in being affected by pulp problems. So it's extremely important that the dentist is aware of the difficulties and indications for treatment. The aim of this study is to report a case with endodontic retreatment the element 12, diagnosed with dens-in-dente, confronted with what the literature shows, and showing the difficulties, as well as the operative and postoperative success in the face of scientific knowledge and anatomical. We conclude that the endodontic treatment in tooth dens-in type II, is the best option when there is pulp involvement. Being necessary in some cases where there was no complete removal of bacteria, due to lack of apical seal and scientific and anatomical ignorance on the part of the professional, the retreatment of the element.

KEYWORDS: Dens-in-dens, endodontic retreatment, anatomy.

1. INTRODUÇÃO

A terapia endodôntica tem como objetivo trazer melhorias à saúde bucal do paciente. Sendo esse tratamento dependente de vários fatores para seu completo sucesso, como um correto diagnóstico, conhecimento e habilidade do operador¹. Devendo o cirurgião dentista estar ciente das diversas dificuldades que podem interferir no procedimento, como calcificação pulpar, rizogênese incompleta, reabsorções dentais e, entre elas, a alteração morfológica: dens-in-dente.

Das diversas alterações dentárias conhecidas, podemos encontrar o dens-in-dente, caracterizado por uma anomalia no seu desenvolvimento, causada pela desorganização do órgão do esmalte, em que este sofre uma invaginação na papila dentária².

Essa má-formação pode ter início no meio da coroa e se estender por toda a raiz³, podendo ser classificada de três formas, dependendo da profundidade dentro do dente, segundo Oehlers (1957)⁴: Tipo I, está limitada à porção coronária; Tipo II, estende-se além da junção amelocementária e se mantém dentro do canal principal; Tipo III, ocupa todo o interior do canal radicular, chegando até o ápice dentário, podendo formar dois ou mais forames.

Existem algumas possibilidades sobre a etiologia do dens-in-dente, porém, nenhuma delas foi comprovada, segundo Hulsamnn (1997)⁵, foram propostas as seguintes teorias: a deformação do órgão do esmalte é resultado da pressão do crescimento da arcada; uma falha no crescimento do esmalte forma a invaginação, com o epitélio normal circundando a área estática; o epitélio interno do esmalte tem uma proliferação rápida, invadindo a papila e formando a invaginação. Já para Alani e Bishop (2008)⁶ a etiologia é desconhecida, embora acredite que o fator hereditário seja o mais provável.

Todos os dentes podem ser afetados, decíduos ou

permanentes, porém, com maior prevalência nos incisivos lateral superiores permanentes, podendo ocorrer bilateralmente na minoria das vezes, sendo um grande desafio para o tratamento endodôntico devido à complexidade anatômica⁷.

Uma das formas para um melhor diagnóstico tem sido a tomografia computadorizada de feixe cônico, sendo ela de alta precisão e, relativamente de fácil acesso, acrescentando uma nova forma de visualização e tendo características não invasivas⁸.

É de extrema importância que o cirurgião-dentista tenha conhecimento sobre os diferentes tipos de tratamento, que podem ser desde os mais simples, como selamento de áreas retentivas, até as mais complexas, como extração dentária⁹. Quando em dentes hígidos, é realizada a aplicação de selantes em fósulas e fissuras. Em dentes onde há lesões cariosas, podemos indicar tratamento restaurador para aqueles em que não houve exposição pulpar e, em dentes em que houve exposição da polpa, dependendo da indicação para o caso, é realizada uma proteção pulpar direta ou tratamento endodôntico, sendo com ou sem apicectomia associada à obturação retrógrada¹⁰.

Assim, esse trabalho tem como objetivo relatar e ilustrar um caso clínico em que tratamento endodôntico não obteve sucesso, e que houve a necessidade de uma reintervenção endodôntica, devida algumas falhas, como falta de selamento apical, obturação insatisfatória e até falta de conhecimento anatômico.

2. RELATO DE CASO

Paciente do gênero feminino, 35 anos de idade, compareceu a um consultório odontológico particular, na cidade de Umuarama-PR, relatando sensibilidade ao toque na região superior direita da maxila. Relatou o histórico de uma intervenção endodôntica realizada a cinco anos por outro profissional e, desde então, nota-se a presença de uma fístula.

Foi realizado o exame radiográfico da região anterior superior, através de tomadas periapicais, onde, no elemento 12, notou-se uma imagem radiográfica sugestiva de dens-in-dente, onde somente o dentículo localizado no interior da raiz foi obturado (Figura 1).

O terço médio e apical do canal radicular do elemento 12 não havia sido tratado endodônticamente, e seria a possível causa da indução e perpetuação do processo infeccioso.

Na primeira sessão, foi realizada a abertura coronária, localização do material obturador, remoção de toda obturação com o uso de limas rotatórias Prodesign S (Easy, BH, Brasil).

Após a remoção completa do material obturador, foi realizada a localização do trajeto do canal do elemento 12, e foi observado que o trajeto do canal não coincidia

com a saída foraminal do dens-in-dente. Após o pré-curvamento das limas endodônticas, foi possível a localização e exploração de toda extensão do conduto principal do referido elemento (Figura 2).



Figura 1. Radiografia inicial, com dens-in-dente obturado.



Figura 2. Lima em toda a extensão do conduto principal.

Procedeu-se ao preparo químico-mecânico do canal utilizando as limas Prodesign S na sequência proposta pelo fabricante. Como solução irrigadora foi utilizado hipoclorito de sódio a 2,5 %. Após a conclusão da instrumentação, procedeu-se à energização das substâncias químicas auxiliares, seguindo o protocolo proposto por Van der Luiss, onde se emprega incertos de ultrassom específicos (Irisonic - HELSE, Ribeirão -Preto, Brasil) e agita-se o hipoclorito por 20 segundos, EDTA 17% por 20 segundos e, novamente, hipoclorito 20 segundos.

Depois de finalizado esse processo de instrumentação e desinfecção, foi realizada a inserção do hidróxido de cálcio P.A. + propilenoglicol como medicação intracanal, permanecendo por um período de 15 dias. Após esse período, já na segunda consulta, a paciente relatou total remissão dos sinais e sintomas. Procedeu-se, então, uma nova qualificação dentinária, prova do cone principal, secagem do canal com cones de papel absorvente e sua obturação, utilizando o cimento Pulp Canal Sealer

(Sybron Endo, Kerr, Los Angeles - EUA) e a técnica híbrida de Tagger, com o emprego do termo compactador (Figura 3).



Figura 3. Inserção do cone principal com cimento obturador.

Nota-se na radiografia final, que houve um extravasamento de cimento endodôntico na região apical e também no espaço formado entre o dens-in-dente e o conduto radicular do elemento (Figura 4).



Figura 4. Cimento endodôntico extravasado na região apical e no espaço formado entre o dens-in-dente e o conduto.

O paciente foi encaminhado então para o indicador para a confecção da suarestauração estética em resina composta. Foram realizadas radiografias de controle pós-operatório com 6 meses e, um ano após o término do procedimento, em que a imagem radiográfica sugere regressão total da lesão pré-existente e formação de lamina dura, indicando sucesso no procedimento executado (Figura 5).



Figura 5: Regressão da lesão e canal totalmente obturado.

3. DISCUSSÃO

Durante o estágio de morfo diferenciação do dente, devido a vários fatores, pode ocorrer um distúrbio na formação desse dente, desenvolvendo pequenas estruturas invaginadas no interior da câmara pulpar, podendo se estender até a raiz^{11,12,13}.

Kirzioglu & Ceyhan, (2009)¹⁴, já descreveram o dens-in-dente ser mais comum em incisivos laterais superiores, ocorrendo bilateralmente, que foi confirmado no caso descrito, sendo classificado como tipo II segundo Oehlers (1957)⁴, porém apenas houve necessidade de tratamento em um dos dentes com a anomalia.

Dentes que apresentam essa deformidade são mais susceptíveis a problemas envolvendo a polpa, pois têm predisposição ao acúmulo de bactérias por sua anatomia retentiva e estrutura frágil¹⁵. Alguns autores como Azambuja (2002)¹⁶, mostram que é possível realizar um tratamento precoce e preventivo, como a aplicação de selante em fósulas e fissuras, restauração onde não houve acometimento pulpar, porém frente a uma infecção pulpar é indicado o tratamento endodôntico.

A anomalia dens-in-dente pode ser diagnosticada precocemente com avaliação das fossas anatômicas, na face palatina dos incisivos laterais superiores¹⁷, podendo ser confirmada através de exames radiográficos e, quando necessário, indica-se a realização da tomografia computadorizada¹⁸. Porém, se não houver esse diagnóstico precoce, pode levar a necrose pulpar, sendo indicado o tratamento endodôntico convencional ou associado ao cirúrgico^{19,20}.

O tratamento endodôntico para casos de dens-in-dente se torna um grande desafio para o profissional; é preciso criar um dente com um único canal, removendo a invaginação do interior do conduto radicular^{5,21,22,23}. Em casos mais extremos que não respondem ao tratamento endodôntico convencional, é indicado cirurgia parendodôntica com obturação retrógrada, com

remoção da porção invaginada¹⁹.

4. CONCLUSÃO

Diante do caso apresentado, a imagem radiográfica digital proporcionou referências precisas para execução do procedimento, aliada ao conhecimento anatômico, habilidade profissional e um arsenal endodôntico específico e preciso, foi possível a realização desse retratamento, onde a neo-formação óssea foi a comprovação radiográfica que evidenciou o êxito do tratamento proposto.

REFERÊNCIAS

- [01] Espíndola ACS, *et al.* Avaliação do grau de sucesso e insucesso no tratamento endodôntico em dentes uni-radiculares. RGO. 2002; 50(3):164-6.
- [02] Estrela C. *Ciência Endodôntica*: São Paulo: Artes Médicas. 2009.
- [03] Pecora JD, *et al.* In vitro study of the incidence of radicular grooves in maxillary incisors. Braz Dent J, 1991; 1(2):69-73.
- [04] Oehlers FA. Densinvaginatus (dilated composite odontome). I. Variations of the invagination process and associated anterior crown forms. Oral Surg Oral Med Oral Pathol, n.10, v.11, p.18-1204, 1957.
- [05] Hulsmann M. Dens invaginatus: aetiology, classification, prevalence, diagnosis, and treatment considerations. Int Endod J. 1997; 30(2):79-90.
- [06] Allani A, Bishop K. Dens invaginatus. Part I: Classification, prevalence and a etiology. IntEndod J. 2008; 41(12) pt.1:1123-36.
- [07] Pécora JD, Souza-Neto MD, Costa WF. Dens invaginatus in maxillary canine: and anatomyc macroscopic and radiographic study. AustEndod New Sletter. 1992; 18:12-21.
- [08] Cotton TP, *et al.* Endodontic application of cone-beam volumetric tomography. J Endod. 2007; 33(9).
- [09] Suchina JA, Ludington JR. Jr, Madden RM. Dens invaginatus of a maxillary lateral incisor: endodontic treatment. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1989; 68(4):71-467.
- [10] Tavano SM, De Sousa SM, Bramante CM. Densinvaginatus in first mandibular premolars. Endod Dent Traumatol. 1994; 1(10):9-27.
- [11] Serrano J. Triple densinvaginatus in a mesiodens. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1994; 71(5):9-648.
- [12] Karaca I, Toller MO. Multiple bilateral dens in dente involving all thpremolars.Casereport.Aust Dent J. 37(6): 52-449.
- [13] Skoner JR, Wallace JA. Densinvaginatus: another use for the ultrasonic. J Eend. 1994; 20(3):40-138.
- [14] Kirzioglu Z, Ceyhan D. The prevalence of anterior teeth with dens invaginatus in te western Mediterranean region of Turkey. Int Endod J. 2009; 42(8):34-727.
- [15] Slika CS, Rockenbach MIB, Holderbaum RM. Aspectos clínicos e radiográficos das anomalias: taurodontismo e dens in dente. Rev Odonto Ciência. 2003; 18(40):187-195.
- [16] Azambuja TWF, Bercini F, Almeida MG. Dente invaginado: revisão de literatura e apresentação de casos clínicos. RFO. 2002; 7(6):27-32.
- [17] Ruschel HC, *et al.* Dens-in-dente bilateral: relato de caso e considerações do tratamento. Rev. Odonto, Canoas. 2011; 17(32):1-7.
- [18] Mozzo P, *et al.* A new volumetric CT macine for dental imaging based on the cone-beam technique: preliminary results. Eur Radiol. 1998; 9:64-1558.
- [19] Neville BW. *et al.* Patologia Oral e Maxilofacial. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2004.
- [20] Decurio DA, *et al.* Influencia da tomografia comutorizada de feixe cônico no plano de tratamento do densinvaginatus. Dental Press Endodontics. 2011; 1(1):87-93.
- [21] Steffen H, Splieth C. Convencional treatment od dens invaginatus in maxillary lateral incisor with sinus tract: one year follow-up. J Endod. 2005; 31(2):3-103.
- [22] Kristoffersen O, Nag OH, Fristad I. Dens invaginatus and treatment options based on a classification system: reporto f a type II invagination. IntEndod J. 41(8):9-702.
- [23] Goncalves A, *et al.* Densinvaginatus type III: reporto f a case and 10-yearradiographic follow-up. IntEndod J. 2002; 35(10):9-873.