

***Dens in dente* bilateral: relato de caso e considerações de tratamento**

**Henrique Castilhos Ruschel
Samantha da Rocha
Priscila Helena Zanata Birlem
Priscila Humbert Rodrigues
Paulo Floriani Kramer**

RESUMO

Dens in dente é uma anomalia de desenvolvimento dentário caracterizada pela presença de tecidos calcificados, como esmalte e dentina, no espaço da cavidade pulpar. A invaginação destes tecidos mineralizados, antes da sua calcificação, é a causa mais provável desta anomalia. O *dens in dente* pode acometer qualquer dente, mas ocorre com maior frequência nos incisivos laterais superiores permanentes. Sua ocorrência normalmente é bilateral, mas não necessariamente simétrica. O objetivo deste trabalho é abordar os principais aspectos clínicos desta anomalia num paciente do sexo masculino, onze anos, portador de *dens in dente* nos quatros incisivos permanentes superiores. A partir do diagnóstico, o tratamento proposto foi o selamento nas fossas palatinas e a instrução de higiene bucal para os dentes acometidos.

Palavras-chave: *dens in dente*, anormalidades, dentição permanente.

Bilateral dens in dente: Case report and treatment considerations

ABSTRACT

Dens in dente is an anomaly of dental development with involves the presence of enamel and dentin mineralized dental tissue in the pulp cavit. The invagination of these mineralized tissues before their mineralization is the most probable cause of this anomaly. *Dens in dente* may occur in any tooth but it happens more frequently in permanent upper lateral incisors. The aim of this paper is to report a case of an eleven years old male patient with dens in dente on the four permanent upper incisors and discuss the most important aspects of this anomaly. The treatment adopted involved the use of sealant on the palatine fossas and oral hygiene orientation.

Keywords: *dens in dente*, abnormalities, dentition permanent.

Henrique Castilhos Ruschel é Professor do Curso de Odontologia (ULBRA Canoas/RS).

Samantha da Rocha é Graduada em Odontologia (ULBRA Canoas/RS).

Priscila Helena Zanata Birlem é Graduada em Odontologia (ULBRA Canoas/RS).

Priscila Humbert Rodrigues é Mestranda em Odontopediatria (ULBRA Canoas/RS).

Paulo Floriani Kramer é Professor do Curso de Odontologia (ULBRA Canoas/RS).

Endereço para correspondência: Henrique Castilhos Ruschel. Rua da República, 338, apto. 806. CEP: 90.050-320 – Cidade Baixa – Porto Alegre/RS. Fone: (51) 3779.0440. E-mail: henriurus@terra.com.br

Stomatos	Canoas	v.17	n.32	p.91-96	jan./jun. 2011
----------	--------	------	------	---------	----------------

INTRODUÇÃO

O termo *dens in dente*, também denominado *dens invaginatus*, é utilizado para definir um defeito na formação dentária resultante da invaginação dos tecidos coronários antes da calcificação tecidual. No aspecto radiográfico, o esmalte aparece bem delineado dando a impressão de “um pequeno dente dentro de outro” (Kulid, Weller, 1989; Costa et al., 1990; Crincoli et al., 2010).

O *dens in dente* pode ser classificado em três grupos: tipo I, onde a invaginação do esmalte está circunscrita à área da coroa dental; tipo II, no qual a invaginação do esmalte ultrapassa a junção amelocementária, estendendo-se até a raiz e terminando em um “saco cego” e tipo III, com invaginação do esmalte atingindo a região apical do dente, de modo a formar mais de um forame apical (Oehlers, 1957).

A prevalência de *dens in dente* pode variar de 0,04 a 12% (Costa et al., 1990; Crincoli et al., 2010; Kirzioglu, Ceyhan, 2009). As formas mais leves (tipo I e II de Oehlers) têm ocorrência mais frequente, enquanto que a forma severa (tipo III de Oehlers) é rara (Kirzioglu, Ceyhan, 2009). Geralmente, os homens são mais atingidos que as mulheres numa proporção de 2:1 e esta anomalia pode variar nos diferentes grupos raciais, sendo os chineses os mais atingidos (Crowford, Aldred, 2007).

O *dens in dente* é um distúrbio ou anormalidade da odontogênese em que o desenvolvimento do órgão do esmalte é defeituoso, resultando numa morfodiferenciação alterada (Serrano, 1991; Karaca, Toller 1992; Skoner, Wallace, 1994). Desta forma, ocorreria devido ao aprofundamento do epitélio do órgão do esmalte na papila dentária (Suchina et al., 1989; Morfis, Lentzari, 1989; Costa et al., 1990). Quando atinge a porção radicular, parece ser o resultado de um envolvimento do epitélio desta região (Suchina et al., 1989; Morfis, Lentzari, 1989; Costa et al., 1990).

Existe consenso sobre a maior ocorrência de *dens in dente* em incisivos laterais superiores permanentes. Os pré-molares, por sua vez, são mais atingidos que os caninos, mas, menos que os incisivos centrais (Karaca, Toller, 1992; Türker, Karaca, 1993; Kannan et al., 2003; Canger et al., 2009; Kirzioglu, Ceyhan, 2009). Os incisivos centrais superiores vêm em segundo lugar como os mais atingidos e os dentes inferiores, raramente, são afetados (Altımbulac, Ergül, 1993; Kannan et al., 2003). Os dentes posteriores e os decíduos também são pouco atingidos por esta anomalia (Costa et al., 1990; Crincoli et al., 2010).

Geralmente, a ocorrência de *dens in dente* é bilateral, mas não necessariamente simétrica (Crowford, Aldred, 2007; Kirzioglu, Ceyhan, 2009). Há casos relatados de associação com outras anomalias como geminação, dentes supranumerários, microdontia e taurodontismo (Tavano et al., 1993).

O *dens in dente*, por apresentar uma invaginação, torna o dente mais suscetível à lesão de cárie e alterações pulpares. Muitas vezes, a contaminação da polpa ocorre mesmo sem haver comunicação direta do meio bucal. As bactérias e seus produtos passam por pequenas fendas ou canais que existem na porção que separa a polpa da invaginação (Morfis, Lentzari, 1989; Crincoli et al., 2010).

O tratamento do *dens in dente* inclui diferentes procedimentos clínicos. Em dentes hígidos, recomenda-se a aplicação de selante de fôssulas e fissuras para proteção física da invaginação do tecido dentário. Na presença de tecido cariado, sem exposição pulpar, deve-se realizar o tratamento restaurador. Quando ocorrer exposição pulpar, a abordagem pode variar de um tratamento mais conservador (capeamento pulpar direto ou pulpotomia) à endodontia do dente, dependendo do grau de comprometimento do tecido. O tratamento endodôntico pode ser com ou sem apicetomia associado à obturação retrógrada (Tavano et al., 1994; Schlindwein, Schlindwein, 2002; Azambuja et al., 2002; Kannan et al., 2003; Nunes et al., 2006; Canger et al., 2009). Desta forma, o tratamento clínico do *dens in dente* inclui diferentes manobras, desde as mais simples, podendo chegar à extração dentária (Suchina et al., 1989; Tavano et al., 1994; Skoner, Wallace, 1994).

O presente trabalho tem como objetivo descrever um caso atípico de *dens in dente* acometendo os quatro incisivos superiores permanentes, bem como discutir a estratégia de tratamento.

RELATO DE CASO

Paciente A.G.S, 11 anos, sexo masculino, compareceu à Clínica Infantil do Curso de Odontologia da ULBRA – Canoas/RS, com história de traumatismo na região dos incisivos superiores. Relatou ter sofrido acidente de carro a aproximadamente cinco meses. Segundo o responsável, “o paciente estava sentado no banco de trás e bateu os dentes superiores no banco do motorista”. O pai relatou ter ocorrido sangramento na região dos incisivos superiores e notou, também, um leve deslocamento desses dentes. Na anamnese, o responsável não relatou qualquer anormalidade no histórico de saúde do paciente, assim como no exame físico extrabucal não foram observadas alterações.

No exame intrabucal, observou-se que os incisivos centrais e laterais superiores apresentavam-se apinhados e com uma fossa profunda na região do cíngulo (Figuras 1 e 2). Os demais dentes presentes estavam hígidos. No exame radiográfico, constatou-se uma invaginação tecidual para o interior da cavidade pulpar nos incisivos centrais e laterais (Figura 3). A câmara pulpar era ampla e o aspecto da alteração se assemelhava à imagem de “um dente dentro do outro”. Os incisivos centrais e laterais apresentavam-se com rizogênese incompleta.



FIGURA 1 – Imagem clínica dos incisivos superiores.



FIGURA 2 – Fossa profunda na região do cíngulo dos incisivos superiores.



FIGURA 3 – Imagem radiográfica dos incisivos superiores.

Foi realizado o teste de sensibilidade com uso de “composição congelante de ação rápida” (-20 °C) e os incisivos responderam positivamente ao teste. Com base no aspecto clínico da alteração de forma dentária dos incisivos e com a complementação da imagem radiográfica, chegou-se ao diagnóstico de *dens in dente*.

O tratamento proposto foi o selamento das fossas palatinas dos dentes, o qual foi realizado com o uso de um selante com carga – Fluroshield (Figura 4). No incisivo central superior direito não foi possível a utilização da técnica, pois o dente apresentava-se girovertido e mal posicionado. Em função disso, realizou-se orientação para uma escovação dentária direcionada na face palatina deste dente. O paciente recebeu alta do tratamento, sendo agendadas visitas regulares para acompanhamento clínico.



FIGURA 4 – Aspecto clínico após aplicação do selante.

DISCUSSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dens in dente é um distúrbio ou anomalia da formação dentária resultante de uma morfodiferenciação alterada (Serrano, 1991; Karaca, Toller, 1992; Skoner, Wallace, 1994).

Embora ocorra com maior frequência nos incisivos laterais superiores permanentes (Kirzioglu, Ceyhan, 2009), o caso descrito envolveu bilateralmente também os incisivos

centrais superiores com o mesmo grau de comprometimento tipo II de Oehlers (Oehlers, 1957). A literatura relata que quando da presença de um dente *dens in dente*, deve-se considerar o envolvimento dos dentes contralaterais e/ou adjacentes (Crawford, Aldred, 2007).

Apesar da maior suscetibilidade, não foram diagnosticadas lesões de cárie ou danos pulparens no caso descrito. A realização do teste de sensibilidade se fez necessário em função do relato de traumatismo na região. Somado a isto, a presença da anomalia e o risco de dano pulpar também reforçam a indicação deste teste.

O quadro clínico justificou o selamento das fossas palatinas para impedir o acúmulo de placa bacteriana e diminuir o risco de cárie. Além disso, é uma barreira física para impedir a contaminação pulpar por eventuais canais ou fendas da porção mais profunda da invaginação. Faz-se importante destacar que um dos incisivos centrais não recebeu o uso do selante. Este dente deve ser acompanhado do ponto de vista clínico e radiográfico nas consultas de manutenção, com especial atenção.

Destaca-se, ainda, a importância do diagnóstico precoce da ocorrência de *dens in dente*, principalmente nas fossas anatomicamente mais profundas na face palatina dos incisivos permanentes superiores. Muitas vezes, o achado é ocasional e uma conduta de selamento da fossa palatina se faz necessária. Desta forma, mediante um exame clínico criterioso, o profissional deverá estar apto para fazer o diagnóstico o mais precoce possível desta anomalia.

REFERÊNCIAS

- Azambuja TWF, Bercini F, Almeida MG. Dente Invaginado: revisão de literatura e apresentação de casos clínicos. Rev Fac Odontol Univ Passo Fundo 2002; 7(2):27-32.
- Canger EM, Kayipmaz S, Celenk P. Bilateral dens invaginatus in the mandibular premolar region. Indian J Dent Res 2009; 20(2):238-40.
- Costa WF, Sousa Neto MD, Pécora JD. Upper molar dens in dente. Case report. Braz Dent J 1990; 1(1): 45-9.
- Crawford PJM, Aldred MJ. Anomalias da erupção e formação dentária. In: Welbury R, Duggal M, Hosey MT. Odontopediatria. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 293-316.
- Crincoli V, Di Bisceglie MB, Scivetti M, Favia A, Di Comitè M. Dens invaginatus: a qualitative-quantitative analysis. Case report of an upper second molar. Ultrastruct Pathol 2010; 34(1):7-15.
- Kannan SK, Bharadwaj TP, Urraj G. Dens in dente (dens invaginatus). Report of two unilateral and one bilateral case. Indian J Dent Res 2003; 14(2):125-9.
- Karaca I, Toller MO. Multiple bilateral dens in dente involving all the premolars. Case report. Aust Dent J 1992; 37 (6) 449-52.
- Kirzioglu Z, Ceyhan D. The prevalence of anterior teeth with dens invaginatus in the western Mediterranean region of Turkey. Int Endod J 2009; 42(8):727-34.

Kulid JC, Weller RN. Treatment considerations in dens invaginatus. *J Endod* 1989; 15(8):381-4.

Morfis AS, Lentzari A. Dens Invaginatus with an open apex: a case report. *Int Endo J*, 1989; 22(4):190-2.

Nunes E, Silveira FF, Soares JA. Apicificação em Deans Invaginatus: relato de caso. *Rev bras odontol* 2006; 63(1/2):93-96.

Oehlers FA. Dens invaginatus (dilated composite odontome). I. Variations of the invagination process and associated anterior crown forms. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1957; 10(11):1204-18.

Serrano J. Triple dens invaginatus in a mesiodens. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1994; 71(5):648-9.

Schlindwein M, Schlindwein CH. Tratamento cirúrgico de incisivo lateral superior esquerdo com “dens in dent” e vitalidade pulpar. *Rev bras odontol* 2002;59(6):406-7.

Skoner JR, Wallace JA. Dens invaginatus: another use for the ultrasonic. *J Endod* 1994; 20(3):138-40.

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):467-71.

Tavano SM, De Sousa SM, Bramante CM. Dens invaginatus in first mandibular premolars. *Endod Dent Traumatol* 1994; 10(1):27-9.

Türker M, Karaca I. Early pulpar involvement in an unusual case of dens in dente. Case report. *Aust Dent J* 1993; 38(6):439-41.