

TALON TÜBERKÜLÜ İLE BİRLİKTE İZLENEN BİLATERAL DENS İNVAJİNATUS: OLGU SUNUMU

Dr. Saadettin KAYIPMAZ*

Prof. Dr. Peruze ÇELENK*

Dt. Kaan GÜNDÜZ*

BILATERAL DENS INVAGINATUS ASSOCIATED WITH TALON CUSP: CASE REPORT

ÖZET

Talon tüberkülü, maksiller ve mandibular anterior dişlerin singulum bölgesindeki fazla tüberküldür. Ender görülen diş anomalilerden olan talon tüberkülü, bazen meziyodens, makrodonti, posterior dişlerde dens evajinatus, kürek şeklinde kesici dişler, dens invajinatus veya aşırı gelişmiş karabelli tüberkülü gibi diğer dental anomalilerle birlikte de izlenebilir.

Dens in dente (dens invajinatus), mine ve dentinin dişin gelişimi sırasında pulpaya doğru göstermiş olduğu katlanma ile oluşan gelişimsel bir anomalidir.

Bu olgu sunumunda üst çenede talon tüberkülü ile birlikte izlenen bilateral dens invajinatus tipik özellikleriyle sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Talon tüberkülü, dens invajinatus, dens in dente, diş anomalisi.

ABSTRACT

Talon cusp is an accessory tubercle which is located on the cingulum area of the maxillary and mandibular anterior teeth. Frequency of occurrence of the condition is rare and it may occur simultaneously with other dental anomalies such as mesiodens, macrodontia, dens invaginatus or large formed carabelli cusps.

Dens in dente (dens invaginatus) is a developmental anomaly which is formed infolding the outer of enamel and dentine through the pulp chamber during the teeth development.

In this case, talon cusp on maxillary lateral incisor associated with dens invaginatus was presented with typical diagnostic features.

Key words: Talon cusp, dens invaginatus, dens in dente, dental anomalies

GİRİŞ

Talon tüberkülü, maksiller ve mandibular anterior dişlerin singulum bölgesindeki fazla tüberküldür. Normal mine ve dentinden oluşmasına rağmen bazen pulpa dokusu da içerebilir. Kartal pençesi gibi görülmesinden dolayı Talon tüberkülü ismini almıştır.^{1,2}

Talon tüberkülü ender görülen diş anomalilerindedir. %92 oranında maksillada izlenir. Bu vakaların %25 i süt dişlerinde %75 i ise daimi dişlerde görülür.² En çok maksiller

daimi lateral dişlerde oluşur. Diş anomalileri arasında görülme sıklığı %1 den azdır.³ Her iki cinste de görülmesine rağmen erkeklerde biraz daha fazla olarak izlenir.⁴ Bilateral veya unilateral olarak görülebilir.^{2,3}

Etyolojisi tam olarak bilinmemesine rağmen oluşumunda genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir.² Talon tüberkülü tek başına olabileceği gibi bazen meziyodens, makrodonti, posterior dişlerde dens evajinatus, kürek şeklinde kesici dişler, dens invajinatus veya aşırı gelişmiş karabelli

* Ondokuz Mayıs Üniv. Diş Hek. Fak. Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı

tüberkülu gibi diğer dental anomalilerle birlikte de izlenebilir.^{2,5}

Dens invajinatus, mine ve dentinin dişin gelişimi sırasında pulpa odasına doğru göstermiş olduğu ilerleme sonucunda oluşan gelişimsel bir anomalidir.⁶

Etiyolojileri kesin olarak bilinmemesine rağmen oluşum mekanizması 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 epitelyumun beslenme bozukluğu ve genetik faktörlerin anomalinin oluşumunda etkili olduğu öne sürölmektedir.⁶

Görölme sıklığı % 0.04-10 arasında değişir. En çok maksiller daimi lateral kesici dişlerde oluşur, ikinci sıklıkla maksiller santral kesiciler etkilenir. Bunları premolar, kanin ve molar dişler izler. Alt çenede çok ender görölür. Çoğunlukla bilateraldir ve cinsiyet ayrımı yoktur.⁶

İnvajinasyon klinik muayenede her zaman fark edilemeyebilir. Bu dişlerin kronları normal morfolojik yapıdadır. Tanışı radyolojik olarak yapılır. İnvajinasyon bölgesindeki mine katlantısı artmiş radyopasite ile görölür.⁷

Oehlers⁸ bu anomaliyi 3 grup altında incelemiştir. Tip I de invajinasyon kronudur ve minör formdadır. En sık rastlanılan bu tipdir. Tip II de invajinasyon mine-sement bileşimini geğer ve kör bir boşluk olarak sonlanır. Periapikal dokulara ulaşmaz. Tip III'te ise invajinasyon periapikal dokulara ve periodontal ligamente ulaşan ikinci bir foramen oluşturur.

Bu olgu sunumunda üst sağ lateral kesici dişte talon tüberkülu ile birlikte izlenen bila-

teral dens invajinatusun teşhis ve tedavisi anlatılmaktadır.

VAKA

32 yaşında kadın hasta sağ üst çenede soğuk uyararla başlayan, kısa süreli sızlama tarzında ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastanın tıbbi özgeçmişi ve soy geçmişinde herhangi bir hastalığa rastlanmadı. Diş hekimliği yönünden özgeçmişinde 14 yaş civarında sağ üst kanin dişin çapraşıklık şikayetiyle çekiminin yapıldığı ve aynı yıl düşme sonucu üst ön bölge dişlerinin akut travmaya maruz kaldığı kaydedildi.

Ekstra oral bulguları normal olarak değerlendirildi. İnter oral muayenede, sağ üst 1.premolar dişte ise çürük rezidivi olduğu ve aynı zamanda sağ üst lateral dişin palatinalinde mine-sement sınırından başlayarak insizal kenara kadar uzanan talon tüberkülu, sol üst lateral dişte ise singulum boyutlarının mine seiment bileşimi ve insizal sırt arası mesafenin yarışma kadar ulaşamayacak kadar küçük olması nedeniyle singulum hipertrofisi olarak değerlendirildi. Bunun dişında bu dişlerde herhangi bir çürük veya pit oluşumuna rastlanmadı. Dişeti ve alveolar mukoza normal görünümdeydi.

İlgili bölgeden alınan periapikal, oklüzal ve panoramik radyografilerde sağ üst birinci premolar dişte bulunan amalgam dolgu kenarında çürüğe ait radyolusensi ve sağ üst lateral dişin kronuna süperpoze olmuş talon tüberkülinün V-şeklindeki radyoopak görüntüsünün yanısıra tip II dens invajinatus izlendi. Sağ üst santral dişin apikal 1/3 ünde ise horizontal kırık belirlendi (şekil 1,2,3). Simetriği olan üst sol lateral dişten alınan

periapikal radyografide de tip II dens invajinatus izlendi (Şekil 4). Yapılan radyografik inceleme sonucu talon tüberkülünün pulpa dokusu ihtiva etmediğine karar verildi. Vitalite testlerinde dişlerin vital cevap verdiği gözlemlendi.

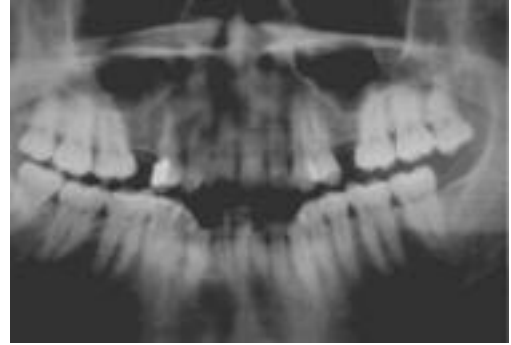
Şikayet bölgesine ait premolar dişin konservatif tedavisi sonrası talon tüberkülü, dilin irritasyonuna ve oklüzal travmaya sebep olabileceği için periyodik seanslarla möllendi. Dens invajinatusla ilgili periapikal patoloji bulunmadığından bu dişlere herhangi bir işlem uygulanmadı. Sadece profilaktik olarak fissur örtücü ile mine yüzeyleri örtüldükten sonra kontrole çağrıldı. Ağrıya neden olan sağ üst I.premolar dişe ise konservatif tedavi uygulandı. Kök kırığı olmasına rağmen vitalitesini koruyan sağ üst santral dişte herhangi bir işleme gerek duyulmadı.



Şekil 1. Sağ üst lateral kesicide izlenen dens invajinatus.



Şekil 2. Oklüzal radyografide bilateral dens invajinatus ve sağ lateral kesicide talon tüberkülüne ait üçgen şekilde radyopasite.



Şekil 3. Ortopantomografide bilateral dens invajinatus ve talon tüberkülüne ait radyopasite.



Şekil 4. Hastanın sol üst bölgesine ait lateral kesicinin periapikal radyografisinde sol üst lateral kesici dişteki dens invajinatus.

TARTIŞMA

Talon tüberkülü oldukça ender görülen gelişimsel bir dental anomalidir ve farklı popülasyonlarda görülme sıklığında farklılıklar olduğu bildirilmektedir. Ancak talon tüberkülünü tanımlayan çok kesin kriterler olmaması nedeniyle klinik ve radyolojik olarak singulum hipertrofisi ile de karışabileceğinden prevelansına yönelik verilerin tartışmalı olduğu düşünülmektedir.^{3,7}

Mader'e⁹ göre aksesuar tüberküllere Talon tüberkülü denilebilmesi için lingual yüzeydeki çıkıntının belirgin olması, daimi dişlerin tüberküllerine tam olarak benzemesi ve mine-sement sınırından kesici kenara kadar olan mesafenin en azından yarısına kadar ulaşması gerekmektedir. Bu nedenle biz de olgumuzda sol üst lateral dişin palatinalindeki klinik ve radyolojik olarak izlenen tüberkül benzeri çıkıntıyı talon tüberkülü yerine singulum hipertrofisi olarak tanımlamayı daha uygun bulduk.

Talon tüberkülünün tek başına izlenebileceği gibi, diğer dental anomalilerle birlikte görülebileceği de bildirilmiştir.^{2,5} Olgumuzda da talon tüberkülü dens invajinatusla birlikte izlenmektedir.

Büyük boyutlu talon tüberkülleri, estetik problemlere, primer kontaklara ve dil irritasyonu gibi sorunlara yol açabilirler.^{1,9} Bu tip durumlarda talon tüberküllerinin altta sekonder dentinin oluşmasına izin verecek şekilde periyodik olarak yavaşça möllenmesi gerekmektedir.²⁰ Böylelikle muhtemel pulpa uzantısının ekspoz olması önlenmiş olur. Vakamızda da radyografik olarak talon tüberkülünün içerisine pulpa uzantısı izlenmemesine

rağmen mölleme seansları profilaktik olarak periyodlar halinde yapılmıştır.

Dens invajinatus çoğunlukla maksiller lateral kesici dişlerde,^{13,15,17} genellikle bilateral olarak oluşmakta^{6,12,14} ve diğer dental anomalilerle birlikte izlenebilmektedir.^{12,14,16,18,19} Üst santral kesiciler ise ikinci sıklıkta etkilenen dişlerdir.¹⁶ Olgumuzda da en sık görülen bilateral maksiller lateral dişlerde izlenmişlerdir.

Oehlers⁸ invajinasyon kavitesinin mine ile çevrili olduğunu belirtmiştir. Ancak Kramer¹⁰ yaptığı çalışmada invajinasyon kavitelerinin en derin kısmında genellikle mine tabakasının bulunmadığını bildirmiştir. Korumasız dentin altındaki pulpaya mikroorganizmaların geçebileceğini ve periapikal patolojilere neden olabileceğini belirtmiştir.

Pulpa için potansiyel bir tehlike olarak görülen invajinasyonun komplikasyonundan korunmak için anomali görülen dişlere konservatif veya profilaktik tedavi önerilmektedir.^{11,12} Vakamızda da herhangi bir patolojiye neden olmamış dens invajinatus izlenen dişlerin profilaktik olarak fissur örtücülerle kaplanması tercih edilmiştir.

KAYNAKLAR

1. Mellor JK, Ripa LW. Talon cusp: A clinically significant anomaly. *Oral Surg* 1970;29(2):225-228.
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. Sedano HO, Fregre IC, Garza de La Gona ML. et al. Clinical orodental abnormalities in Mexican children. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1989;68:300-31 L
4. Danker E, Harari D, Ratstien I. Dens evajinatus of anterior teeth. Literature review and radiographic survey of 15.000 teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1996;81(4):472-475.

5. de Sousa, S.M.G, Tavano S.M.R., Bramente, CM. Unusual case of bilateral talon cusp associated with dens invaginatus. *Int End J* 1999;32:494-498.
6. Shafer, W.G., Hine, M.K., Lew, B.M. *Textbook of Oral Pathology*, 4th.ed., Philadelphia, W.B. Saunders, 1983, sayfa 41-42.
7. Samimy B. Dens invaginatus: a potential hazard to the pulp. *Quint. Int.* 1977; 11:91-92.
8. Oehlers F.A.C. The radicular variety of dens invaginatus. *Oral Surg.* 1958; 1:1251-1260.
9. Mader CL. Talon cusp. *J Am Dent Assoc* 1981 ;103:244-246.
10. Kramer I.R.H. The pathology of the pulp death in non carious maxillary incisors with minor palatal invaginations. *Proc.Ray.Soc.Med.* 1953;46:503-506.
11. Ridell K., Mejare I., Matsson L., Dens invaginatus: a retrospective study of prophylactic invagination treatment. *Int Ped J Dent* 2001; 11:92-97.
12. 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: (2): 90-93.
13. Galindo-Moreno PA., Para-Vasquez MJ., Sanchez-Fernandez E., Avila-Ortiz GA. Maxillary cyst associated with an invaginated tooth: A case report and literature review. *Quintessence Int* 2003; 34: (7): 509-514.
14. O'Sullivan EA. Multiple dental anomalies in a young patient: a case report. *Int J Paed Dent*, 2000; 10: 63-66.
15. Chen YM., Tseng CC., Ham WM. Dens invaginatus: Review of formation and morphology. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 1998; 86: 347-352.
16. Nazif MM., Laughlin DF. Dens invaginatus in a geminated central incisor: case report. *Pediatr Dent* 1990; 12: (4): 250-252.
17. Burzinsky NJ. Geminatio and dens in dente. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1973;36(5): 760-761.
18. Mader CL. Double dens in dente in a geminated tooth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1979; 47(6): 573.
19. Mader CL., Zielke DR. In complete dens in dente in a fused tooth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*, 1982; Apr 53(4): 439.
20. Segura-Egea JJ., Jimenez-Rubio A., Velasco-Ortega E., Rios-Santos JV. Talon cusp causing occlusal trauma and acute apical periodontitis: report of a case. *Dental Traumatology*, 2003;Feb 19: (1): 55 -58.

Yazışma Adresi:

Dr. Saadettin KAYIPMAZ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi

Diş Hekimliği Fakültesi

Oral Diagnoz ve Radyoloji Anabilim Dalı

55139-Kurupelit/SAMSUN

Tel:0.362.4576000-3012

Fax: 0.362.4576032

E-posta: skayitmaz@yahoo.com