

RELATO DE CASO: TRATAMENTO ENDODÔNTICO EM DENTE COM LESÃO PERIAPICAL APRESENTANDO *DENS IN DENTE*.

CASE REPORT: ENDODONTIC TREATMENT IN TOOTH WITH PERIAPICAL INJURY PRESENTING *DENS IN DENT*.

Brennda da Silva Guimarães¹

Thayná Rodrigues de Azevedo Guimarães²

Felipe Cavalcanti Sampaio³

¹ Acadêmica de Odontologia – Faculdade Presidente Antônio Carlos Porto Nacional

² Acadêmica de Odontologia – Faculdade Presidente Antônio Carlos Porto Nacional

³ Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal do Goiás.

RESUMO

O *dens in dente*, também designado dente invaginado, é considerado uma anomalia de desenvolvimento do elemento dentário, ou seja, é uma alteração que o dente sofre durante o seu desenvolvimento, onde ocorre uma invaginação dos tecidos mineralizados em direção à cavidade pulpar. O presente trabalho teve como objetivo demonstrar a realização de um caso clínico, sobre tratamento endodôntico em dente com lesão periapical apresentando *dens in dente*. Para a realização deste trabalho, foi realizado tratamento endodôntico em um canino superior esquerdo, apresentando *dens in dente* com lesão periapical. O dente recebeu tratamento de sanificação do canal com medicação intracanal de hidróxido de cálcio e preservação clínica e radiográfica. Foram realizadas quatro trocas de medicação intracanal, até ser verificada a redução radiográfica da imagem radiolúcida, indicando o reparo da lesão. Finalizou-se o tratamento com obturação dos canais e restauração em resina composta. A preservação foi realizada durante onze meses, e foi verificado o reparo da lesão periapical. A presença do *dens in dente* pode vir a tornar o tratamento endodôntico dificultoso, ressaltando a importância do graduando em Odontologia ter conhecimento, para que possa adotar a conduta correta, o que aumenta as chances de sucesso na terapia aplicada.

Palavras-chave: *Dens in dente*. Tratamento endodôntico. Lesão periapical. Endodontia.

ABSTRACT

Dens in dente, also called an invaginated tooth, is considered an anomaly of development of the dental element, that is, an alteration that the tooth undergoes during its development, where an invagination of the mineralized tissues occurs towards the pulp cavity. The present study had the objective of demonstrating the accomplishment of a clinical case, about endodontic treatment in a tooth with periapical lesion presenting dentition. For the accomplishment of this work, an endodontic treatment was performed in a superior left canine, presenting densities

with periapical lesion. The tooth received canal sanitization treatment with intracanal calcium hydroxide medication and clinical and radiographic proservation. Four changes of intracanal medication were performed until the radiographic reduction of the radiolucent image was verified, indicating the repair of the lesion. The treatment with channel filling and restoration in composite resin was finished. The proservation was performed during one year, and the repair of the periapical lesion was verified. The presence of the dentifrice may make the endodontic treatment difficult, emphasizing the importance of the graduate in Dentistry to have knowledge, so that it can adopt the correct conduct, which increases the chances of success in the applied therapy.

Keywords: *Dens in dente*. Endodontic treatment. Periapical lesion. Endodontics.

1 INTRODUÇÃO

A denominação “*dens in dente*” ou como também pode ser classificada “*dens invaginatus*”, é um termo utilizado para designar um tipo de anomalia do desenvolvimento dentário, caracterizando-se pela invaginação dos tecidos calcificados da coroa dentária em direção à cavidade pulpar. Pode apresentar-se uni ou bilateral, sendo mais frequentes nos dentes anteriores da maxila, e mais comum na dentição permanente. Ao exame radiográfico, o aspecto apresentado assemelha-se a um dente dentro do outro, de modo a justificar o termo “*dens in dente*”. O primeiro caso de *dens invaginatus* foi descrito em 1855 por Salter, porém foi Tomes, que o designou como uma anomalia do desenvolvimento dentário no ano de 1859. (GESTEIRA, *et al.*, 2007 *apud* SOUSA; BRAMANTE, 1998).

Sua classificação pode ser em três tipos distintos conforme a sua apresentação, baseada na Classificação de Oehlers, temos: Tipo I: Onde a invaginação dos tecidos mineralizados fica limitada somente à coroa do dente; Tipo II: Onde a invaginação alcança a raiz dental, porém ficando isolada, não havendo comunicação com a polpa dentária. Tipo III: A invaginação estende-se até a região de ápice dental, conseguindo formar outro forame. (RUSCHEL *et al.*, 2011 *apud* Oehlers, 1957).

Dependendo da classificação que o *dens in dente* apresenta, este, pode oferecer maior dificuldade aos tratamentos não cirúrgicos. Perante os tratamentos endodônticos, o tipo I não oferece dificuldade significativa, devido ao fato de que, a invaginação é limitada somente à coroa do dente. Já o tipo II tende a oferecer uma dificuldade mais acentuada, pelo fato de poder estender-se até a raiz dentária, fazendo com que, seja necessária a retirada dessa invaginação que se encontra dentro do canal radicular para conseguir o seu acesso. O *dens in dente* tipo III,

devido à invaginação conseguir formar outro forame no dente, já apresenta comunicação com a cavidade bucal, onde facilita a contaminação do tecido pulpar, o que pode resultar em necrose pulpar e evoluir para o desenvolvimento de periodontites apicais. Sendo este tipo o que oferece mais complexidade ao tratamento endodôntico convencional. Quando o tratamento endodôntico convencional não se faz eficaz ao dente, é sugerida a realização de cirurgia parendodôntica com obturação retrógrada. (NETO *et al.*, 2012).

O tratamento endodôntico é a escolha terapêutica para tratar as alterações ocorrentes no tecido pulpar. A periodontite apical (lesão periapical) é uma inflamação que ocorre como resposta biológica de defesa natural aos microorganismos patógenos presentes no canal radicular. Pode-se dizer que, essa alteração é decorrente de vários fatores etiológicos, tais como: bacterianos, físicos, químicos e outros. O caráter inflamatório e/ou infeccioso envolvido na alteração periapical vai designar qual o diagnóstico e a opção de tratamento a ser escolhida. (ESTRELA *et al.*, 2012).

Pode-se observar que, este tipo de tratamento, não é comum de ser realizado na prática durante a graduação dos acadêmicos em Odontologia. A realização deste trabalho irá trazer conhecimento aos graduandos a respeito do tratamento endodôntico em *dens in dente*, como suas complexidades desde o diagnóstico às técnicas utilizadas. O presente trabalho teve como objetivo, demonstrar a realização de um caso clínico sobre tratamento endodôntico em dente com lesão periapical apresentando *dens in dente*, assim demonstrando se a presença do *dens in dente* interfere no sucesso do tratamento endodôntico.

2 RELATO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, meloderma, 21 anos, compareceu à Clínica de Endodontia II do ITPAC-PORTO relatando que um ano atrás, começou a sentir dor espontânea e contínua com secreção purulenta no dente 23 e não fez uso de medicamentos. Quando compareceu à clínica, já não sentia mais dor e não havia mais secreção há cerca de 6 meses.

O tratamento foi realizado na Clínica Odontológica do ITPAC – Porto, pelas acadêmicas responsáveis pelo relato do caso, com auxílio e supervisão dos professores da disciplina de Endodontia da instituição. Utilizou-se tomadas radiográficas para avaliação da evolução do tratamento.

Na anamnese e exame físico, não se verificou problema de saúde sistêmica. O exame clínico intrabucal e radiográfico revelaram a presença de lesão cariosa nos dentes 37, 46 e 47, ausência dos dentes 18 e 28 e necessidade de tratamento endodôntico nos dentes 23 (Figura 1) e 37.

Após obter a confirmação da necessidade do tratamento endodôntico no dente 23, por apresentar lesão periapical e sinais clínicos característicos, concluiu-se o diagnóstico de periodontite apical assintomática. O tratamento foi iniciado no mesmo dia da avaliação clínica inicial. Nesta sessão, realizou-se anestesia com mepivacaína 2% com adrenalina 1:100000 (DFL Industria E Comércio S.A., Rio De Janeiro-Rj, Brasil), isolamento absoluto, abertura coronária com broca esférica diamantada haste longa 1013 (Metalúrgica Fava Ind. E Com. Ltda., Industria Brasileira, Brasil) e Endo-Z (Angelus Prima Dental Ltda, Londrina-Pr, Brasil); preparo dos terços cervical e médio (brocas Gates-Glidden e Largo) (Microdont Ltda, Ind. Brasileira, Brasil); odontometria e preparo do terço apical com limas do tipo K (VDW GmbH Bayerwaldsrt, Munique, Alemanha), iniciando da lima n.15 e como lima memória n.40; irrigação com hipoclorito de sódio a 2,5% (Mega Mix Industria E Comercio Ltda, Patos De Minas-Mg, Brasil) e EDTA 17% (Biodinâmica Química E Farmacêutica Ltda, Ibiporã-Pr, Brasil); secagem do canal com cone de papel absorvente n.40 (Dentsply Industria E Comercio Ltda, Petrópolis-Rj, Brasil); medicação intracanal com hidróxido de cálcio p.a. (Biodinâmica Química E Farmacêutica Ltda) e, como veículo, utilizou-se o mesmo anestésico local usado no procedimento anestésico, e restauração provisória com restaurador temporário Coltosol (Dentsply Industria E Comercio Ltda).

As trocas de medicação intracanal foram realizadas após 14 dias, 35 dias e 52 dias. Durante a remoção da medicação intracanal, nesta terceira troca, observou-se a entrada de outro canal radicular, foi então que, houve a confirmação da presença do *dens in dente* do tipo III. Fez-se a sanificação do canal encontrado e inserção da medicação intracanal nos dois canais, sendo um deles o *dens in dente*. Após 84 dias do início do tratamento e 32 dias após a última troca de medicação, observou-se a regressão significativa da lesão periapical.

Então realizou-se a obturação dos canais, nos seguintes passos operatórios: remoção do restaurador provisório e da medicação intracanal; aplicação do EDTA 17% (Biodinâmica Química E Farmacêutica Ltda); secagem do canal com cones de papel absorvente n.40 (Dentsply Industria E Comercio Ltda); prova do cone principal

n.40 (Dentsply Industria E Comercio Ltda); obturação do canal, com cimento endodôntico Endofill (Dentsply Industria E Comercio Ltda) e cone de guta percha acessórios FF (Dentsply Industria E Comercio Ltda); corte dos excessos dos cones com condensador de Paiva (Metalúrgica Fava Ind. E Com. Ltda.) aquecido; limpeza dos restos de material obturador da cavidade coronária com bolinha de algodão com álcool 70%; forramento com ionômero de vidro forrador (Dfl Industria E Comércio S.A.). A restauração definitiva foi realizada com aplicação de ataque ácido, com ácido fosfórico a 37% (Biodinâmica Química E Farmacêutica Ltda), aplicação de adesivo dentinário (Dentsply Indústria E Comercio Ltda), aplicação de resinas compostas para dentina e esmalte nas cores DA2 (Dentscare Ltda, Joinville-Sc, Brasil) e EA2 (Dentscare Ltda), polimento com brocas de acabamento F e FF (Metalúrgica Fava Ind. E Com. Ltda), pasta diamantada para polimento (Bravi Indústria E Comercio De Produtos Odontológicos Ltda, Itajaí-Sc, Brasil), taça de borracha, discos e feltros (Fgm Produtos Odontológicos, Joinville-Sc, Brasil) e checagem do contato oclusal com papel carbono (Acculfilm Parkell, Nova York, Estados Unidos). Ao final foi realizada a radiografia periapical final do tratamento.



Figura 1. Radiografia inicial em 14/09/2016.

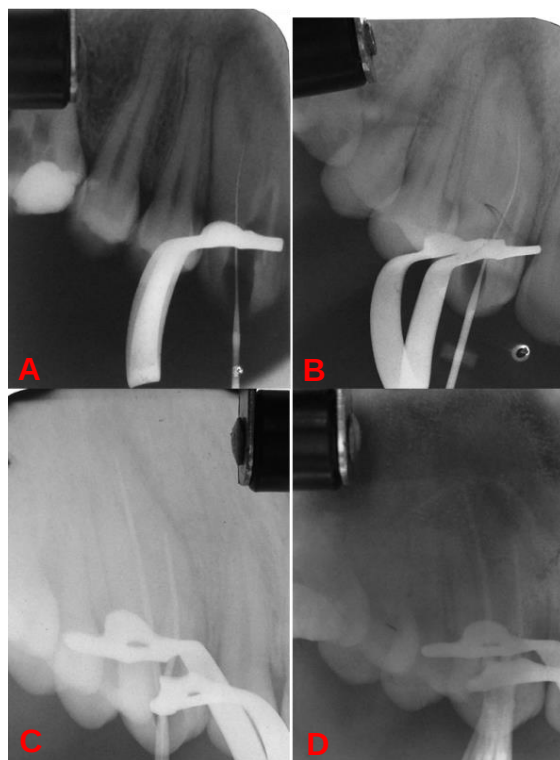


Figura 2. Procedimentos do tratamento endodôntico. A: Odontometria do canal principal em 28/09/2016. B: Odontometria no canal do *dens in dente* em 05/11/2016. C: Prova do cone em ambos os canais em 07/12/2016. D: Cones acessórios já na etapa de obturação dos canais em 07/12/2016.



Figura 3. Acompanhamento pós-tratamento. A: Radiografia após seis meses da realização do tratamento em 16/05/2017. B: Radiografia após 11 meses da realização do tratamento em 16/11/2017

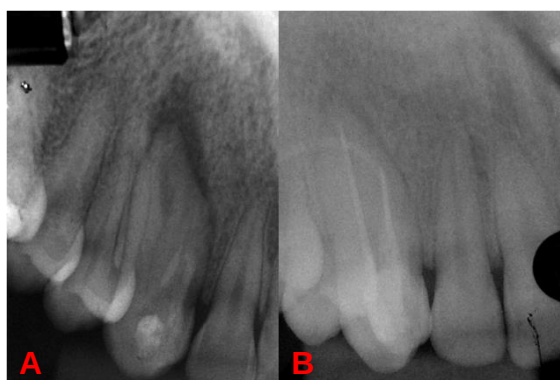


Figura 4. Radiografias de comparação. A: Radiografia inicial em 14/09/2016. B: Radiografia após onze meses de acompanhamento pós-tratamento endodôntico em 16/11/2017.

Foi realizada preservação da paciente durante o período de onze meses, com intuito de verificar o sucesso da terapia endodôntica, e se haveria a ocorrência de complicações pós-tratamento. Após a conclusão do tratamento endodôntico e acompanhamento da paciente, constatou-se o sucesso da terapia aplicada, onde foi verificada a regressão da lesão periapical com reparo ósseo, ausência de sinais e/ou sintomas indicativos de falha.

3 DISCUSSÃO

A realização com sucesso do tratamento endodôntico em *dens in dente* pode ser observada, também, em trabalhos realizados por diversos autores. Gesteira *et al.* (2007) utilizam o tratamento endodôntico como escolha terapêutica, assim como se optou no presente trabalho. Neto *et al.* (2012), assim como, neste caso apresentado realizam o tratamento em um dente com o diagnóstico de periodontite apical, porém, apresentando o *dens in dente* tipo II. Já Ruschel *et al.* (2011) apresentam como diferença deste caso clínico, a realização do tratamento em *dens in dente* com a aplicação de selante de fóssulas e fissuras nos incisivos superiores de um paciente que apresentava traumatismo dentário. Neste caso não havia a indicação de tratamento endodôntico.

Com defende GESTEIRA *et al.* (2007), a terapia endodôntica em dentes com a presença do *dens in dente* é indicada para casos onde já exista uma patologia pulpar associada ao dente em questão. Quando se trata de *dens in dente* não temos uma anatomia pré-definida, pois, o *dens in dente* pode apresentar uma variabilidade do sistema de canais radiculares, podendo apresentar o interior deste canal com depressões, comunicações intra-canais, canais com dificuldades de acesso, ramificações na região periapical onde a chegada do instrumento é dificultada, entre outras variações que trazem dificuldades para a realização do tratamento endodôntico.

Pode-se então observar que, o tratamento endodôntico torna-se mais dificultoso de ser realizado quando há a presença do *dens in dente*, que, de acordo com as particularidades apresentadas por cada tipo em sua classificação de Oehlers, apresentam graus de complexidade diferentes. Em concordância com Neto *et al.* (2012) podemos citar o tipo I como o que oferece menor dificuldade perante a terapia endodôntica pois este fica limitado somente à coroa dentária, o *dens in dente* do tipo II apresenta uma dificuldade maior para o tratamento endodôntico, pois se

faz necessária a retirada da projeção de esmalte presente no interior do canal radicular para poder acessá-lo, já o *dens in dente* tipo III é considerado o de maior complexidade para a terapia endodôntica por estender-se de modo a conseguir criar outro forame no dente criando uma comunicação com a cavidade bucal, nestes casos o tratamento endodôntico convencional nem sempre se mostra eficaz, sendo necessária a realização de cirurgia parendodôntica com obturação retrógrada para que se obtenha sucesso na terapia aplicada.

Já instrumentação e irrigação são realizadas de maneira convencional, utilizando como irrigante o hipoclorito de sódio, por apresentar-se bactericida, sendo solvente de tecidos vitais e necróticos, fazendo uma limpeza eficaz do canal radicular facilitando o reparo dos tecidos (SETEVES e FROES, 2013; BORIN, BECKER e DE OLIVEIRA, 2007).

A medicação intracanal escolhida para este tratamento foi o hidróxido de cálcio, pois como defende DE OLIVEIRA *et al.* (2010) o hidróxido de cálcio apresenta ação antimicrobiana contra todos os micro-organismos testados *in vitro*, sendo então eficaz na sua ação antibacteriana. Mesmo com todas as dificuldades apresentadas durante a realização do tratamento, é possível que este seja realizado com sucesso por alunos da graduação do curso de Odontologia, tais dificuldades podem ser superadas com um bom diagnóstico através de exames clínicos e radiográficos, e estudos sobre o *dens in dente* e suas particularidades para dar início ao tratamento endodôntico, realizando-o de forma minuciosa e cuidadosa com atenção redobrada a anatomia apresentada, seguindo corretamente o protocolo estabelecido, sem negligenciar nenhuma etapa do tratamento, para que se consiga assim, superar as dificuldades deste tratamento e, obter êxito na terapia aplicada

4 CONCLUSÃO

Após a realização deste caso clínico pode-se observar que o *dens in dente* oferece maior dificuldade a realização do tratamento endodôntico, fazendo-se importante o conhecimento sobre o tratamento, para que se obtenha sucesso na terapia aplicada, evitando a possibilidade de deixá-lo passar despercebido, fazendo um tratamento inadequado. É importante que o acadêmico adquira este conhecimento durante a graduação, tanto de como diagnosticar como também de como tratar, para que se possa tomar a conduta correta para o sucesso do tratamento em casos de *dens in dente*.

5 AGRADECIMENTOS

Ninguém chega a lugar algum sozinho, e não foi diferente durante a realização deste trabalho. Passamos por momentos difíceis, momentos de pressão em que pensamos por muitas vezes em desistir, porém foi graças àqueles que estiveram conosco que a cada passo realizado íamos ficando mais encorajadas a seguir em frente. Agradecemos primeiramente a Deus pelo dom da vida e por nunca nos ter deixado perder a Fé, sempre nos mostrando que Ele estava conosco abençoando e guiando cada passo que íamos dando ao decorrer dessa trajetória acadêmica. As nossas famílias, em especial nossos pais, que sempre foram nossos alicerces, sempre nos apoiaram a cada decisão e que mesmo a distância nos enviaram forças para continuarmos persistindo. Ao Instituto Tocantinense Presidente Antônio Carlos - PORTO, pela disponibilidade da clínica odontológica para que pudéssemos realizar as atividades necessárias para a construção deste caso clínico. Ao nosso orientador Professor Dr. Felipe Cavalcanti Sampaio, por aceitar nos orientar, e, principalmente por ter nos orientado sempre com muita atenção e dedicação, agradecemos por todo o conhecimento que passou a nós, não somente teórico, mas também prático, as suas palavras e ensinamentos serão levadas conosco mesmo após o fim desta trajetória acadêmica. A todos os amigos que com palavras de carinho nunca nos deixaram perder o ânimo. Deixamos aqui nossos sinceros agradecimentos, vocês são parte desta conquista.

REFERÊNCIAS

BORIN, G.; BECKER, A.N.; DE OLIVEIRA, E.P.M. A história do hipoclorito de sódio e a sua importância como substância auxiliar no preparo químico mecânico de canais radiculares. **Revista de Endodontia Pesquisa e Ensino On Line - Ano 3, n.5, Jan/Jun. 2007.**

DE OLIVEIRA, E.P.M. *et al.* Avaliação da ação antimicrobiana de quatro formulações a base de hidróxido de cálcio utilizadas como medicação intracanal. **RFO UPF, Passo Fundo. v.15. n.1, Jan./Abr. 2010.**

ESTRELA, C. *et al.* Influência de estratégias de sanificação no sucesso do tratamento da periodontite apical. **Rev Odontol Bras Central. v.21. n.56, 2012.**

GESTEIRA, M.F.M. *et al.* Terapia endodôntica em dens invaginatus: relato de um caso. **R. Ci. méd. biol., Salvador, v.6. n.3. p.362-370, Set./Dez. 2007.**

MAMED NETO, I.M. *et al.* Tratamento Endodôntico Convencional de Dente Invaginado com Periodontite Apical. **Rev. Odontol. Bras. Central. v.21. n.56, 2012.**

RUSCHEL, H.C. *et al.* Dens in dente bilateral: relato de caso e considerações de tratamento. **Stomatos, v.17, n.32, Jan./Jun. 2011**

SIQUEIRA JR, J.F.S. *et al.* Princípios biológicos do tratamento endodôntico de dentes com polpa necrosada e lesão perirradicular. **Rev. Bras. Odontol. Rio de Janeiro. v.69. n.1, Jan./Jun. 2012.**

STEVES, D.L.S.; FROES, J.A.V. Soluções Irrigadoras em Endodontia - Revisão de Literatura. **Arquivo Brasileiro de Odontologia. v.9 n.2, 2013.**