



UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO”

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE ARAÇATUBA

**Samuel Santos Paulon**

CÚSPIDE EM GARRA:

RELATO DE CASO

Araçatuba –SP

2014

Samuel Santos Paulon

CÚSPIDE EM GARRA:  
RELATO DE CASO CLÍNICO

Trabalho de Conclusão de Curso como parte dos requisitos para obtenção do Título de Bacharel em Odontologia da Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”.

CATEGORIA: RELATO DE CASO

**Orientador:** Professor Assistente Dr. Gilberto Aparecido Coclete

**Co- Orientador:** Professor Titular Alvimar Lima de Castro

Araçatuba – SP

2014



*Dedicatória*

A meu pai

Que é meu apoio e suporte. Que com dedicação, confiança e paciência soube me conduzir nesta jornada, não me deixando desistir em meio a um obstáculo, mas me incentivando a passar e vencer um a um.

A minha mãe

Que foi, é e sempre será o meu maior exemplo. Que me ensina todo dia, com seu jeito de viver, a ter determinação, coragem, perseverança, força e humildade. Que com amor me orienta o caminho e com confiança me permite caminhar.

Obrigada por tudo! Amo vocês.

*Agradecimentos Especiais*

A Deus por me dar a vida, saúde, sabedoria e que com Seu amor e misericórdia sempre caminhou lado a lado comigo me permitindo chegar até aqui.

Ao meu orientador professor Gilberto Aparecido Coclete, que além de professor posso chamar de amigo, que com tamanha determinação me auxilia e me orienta, assim, sendo peça fundamental tanto para a conclusão deste trabalho quanto em minha formação acadêmica.

Aos meus pais Abelardo Calvoso Paulon e Sebastiana Sabina dos Santos Paulon a que são minha base. Palavra nenhuma consegue expressar a minha gratidão, cada conquista minha o mérito é todo de vocês.

Ao meu irmão Gabriel dos Santos Paulon é pessoa a qual sempre posso me espelhar. O amor que vocês dedicam a mim me desperta a vontade de sempre ser uma pessoa melhor.

A minha namorada Beatriz Alves Furtado por ser uma pessoa maravilhosa e por estar ao meu lado nas horas boas e ruins. E por principalmente me aceitar como sou. Obrigado pelo apoio e ajuda.

## *Agradecimientos*

Aos meus familiares, que acreditam e confiam em mim e que me incentivam a nunca desistir dos meus ideais.

Aos amigos, pelo companheirismo e por torcerem por meu sucesso profissional. A caminhada pode ter sido difícil, mas foi muito mais agradável estando com vocês.

Aos meus professores, que com qualidade, iluminaram o meu caminho com a luz mais brilhante que puderam encontrar: o ensino.

A banca examinadora por dedicar de seu tempo e atenção para avaliar este trabalho, que significa a conclusão de mais uma etapa de vida.

A Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” – UNESP, a qual tenho honra de fazer parte.

*“O futuro se faz agora. Cada erro é uma vitória, pois a derrota não existe. Não há conquista sem labuta. A vida é uma infinita luta onde só perde quem desiste.”*

Douglas Rafael

*Resumo*

PAULON.S.S CÚSPIDE EM GARRA : RELATO DE CASO CLÍNICO. Trabalho de Conclusão de Curso – Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Araçatuba, 2014.

Cúspide em garra é uma anomalia que ocorre mais comumente nos incisivos superiores, apresentando-se como uma cúspide acessória bem definida que se estende a partir da junção cimento-esmalte ou da região do cíngulo, seguindo em direção à face incisal, comprometendo o dente afetado à vezes alterando a oclusão natural do mesmo. Quando esta anomalia compromete a oclusão, criterioso exame clínico/radiográfico deverá ser realizado para que se estabeleça o plano de tratamento. Esta anomalia pode estar relacionada com a Síndrome de Rubinstein-Taybi. Este trabalho relata um caso de cúspide em garra em um paciente de 07 anos de idade, apresentando quadro de Retardo Global no DNPM, hiperativo, com deficiência leve e dificuldade de aprendizagem, com etiologia de hipóxia neonatal, foi encaminhado ao CAOE – Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP. Ao exame clínico observou-se que o dente 21 apresentava uma cúspide em garra na face vestibular e palatina. A radiografia periapical não forneceu dados suficientes para auxiliar o diagnóstico. Foi então indicado o exame por tomografia computadorizada (Cone Beam) que contribuiu sobremaneira para a definição dos limites das cúspides acessórias, sugerindo o não comprometimento pulpar. Em razão disto, as cúspides foram desgastadas e algumas áreas receberam restaurações estéticas com resina composta.

**Palavras-chave:** Cúspide em garra, Incisivo superior, anomalia dental, cúspide Talon

*Abstract*

PAULON.SS GRAB ON THE CUSP: REPORT OF CASE. Completion of course work - Faculty of Dentistry, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP), Araçatuba, 2014.

#### ABSTRACT

Cusp claw is an anomaly that occurs most commonly on the upper incisors, presenting itself as a well-defined accessory cusp that extends from the cementum-enamel junction or the cingulate region, moving toward the incisal face, compromising the affected tooth times to alter the natural occlusion of the same. When this anomaly undertakes occlusion, careful clinical examination / x-ray should be performed in order to establish the plan treatment. This anomaly can be associated with Rubinstein-Taybi syndrome. This paper reports a case of cusp claw in a patient 07 years of age, showing signs of Global Delay DNPM, hyperactive, with mild disabilities and learning difficulties, and etiology of neonatal hypoxia was referred to CIOS - Service Centre dental to the Person with Disabilities, Faculty of Dentistry of Araçatuba-UNESP. On clinical examination it was observed that the tooth 21 had a claw cusp on the buccal and lingual. The periapical radiograph did not provide sufficient data to support the diagnosis. Was then appointed the examination by computed tomography (Cone Beam) which contributed greatly to defining the limits of accessory cusps, suggesting no pulp involvement. Because of this, the cusps were worn and some areas received aesthetic composite resin restorations.

Keywords: Cusp claw, upper incisor, dental anomaly, Talon cusp

*Lista de figuras*

---

Figura 1. Dente 21 apresentando uma cúspide em garra.	25
Figura 2. Cúspide em garra na face vestibular e palatina em maior aumento.	25
Figura 3. Vista panorâmica da tomografia computadorizada (CBCT)	26
Figura 4. Corte axial do dente 21	26
Figura 5. Corte sagital do dente 21	26
Figura 6. Desgaste da cúspide vestibular com broca diamantada	27
Figura 7. Desgaste da cúspide palatina do dente 21.	27
Figura 8. Ataque ácido na coroa do dente 21	27
Figura 9. Resultado final do dente 21 restaurado.	27

*Sumário*

Introdução	20
Proposição	22
Relato de caso	24
Discussão	29
Conclusão	32
Referências Bibliográficas	34



*Introdução*

Henderson (1977) foi o primeiro a descrever um caso de cúspide em garra, envolvendo um dente decíduo, um incisivo central superior esquerdo, em uma criança filipina do sexo feminino, de quatro anos de idade. A cúspide em garra pode estar associada a outras anomalias dentárias. Davis & Brook (1986) encontraram cúspides em garra associadas a dentes supranumerários, macrodontia e *dens invaginatus*. De acordo com Carvalho e colaboradores 5, a etiologia das más formações é desconhecida; mas, há evidência de que grande parte dessas anomalias seja determinada geneticamente. Ainda, áreas comprimidas nos dentes permanentes, durante o processo de formação e erupção, podem resultar em coroas com cúspides de esmalte invaginadas em direção ao conduto radicular. Segundo Mellor & Ripa (1970), a cúspide *talon* pode causar problemas estéticos, lesão de cárie por impacção alimentar, desarmonias e traumas oclusais, que podem causar fratura da anomalia.

Segundo Farias, J. G.; a cúspide em garra é uma alteração de desenvolvimento da forma dentária que se caracteriza pela presença de uma cúspide acessória na face lingual ou vestibular de um dente anterior. Sua etiologia é incerta, sendo uma provável alteração na morfodiferenciação do estágio de odontogênese.

*Proposição*

O propósito deste trabalho foi relatar o caso clínico de uma paciente que através de exames clínicos, radiográficos e restaurar a estética e a oclusão presente no sistema maxilo mandibular do paciente.

*Relato de Caso*

Paciente de 07 anos de idade, apresentando quadro de Retardo Global no DNPM, hiperativo, com deficiência leve e dificuldade de aprendizagem, com etiologia de hipóxia neonatal, foi encaminhado ao CAOE – Centro de Assistência Odontológica à Pessoa com Deficiência, da Faculdade de Odontologia de Araçatuba-UNESP. Ao exame clínico observou-se que o dente 21 apresentava uma cúspide em garra na face vestibular e palatina (Fig.1). A oclusão do paciente apresentava-se alterada devido à anomalia presente.



Fig.1 –Presença do dente 21 apresentando uma cúspide em garra na face vestibular e palatina.



Fig. 2 - Presença do dente 21 apresentando uma cúspide em garra na face vestibular e palatina em maior aumento.

Para que o dente pudesse ocluir de forma correta com os dentes inferiores, o mesmo passou por transformações que só poderia acontecer através de materiais restauradores. Portanto foi a partir deste momento que exames radiográficos foram realizados para o planejamento do tratamento. Inicialmente foi solicitada documentação ortodôntica para o estudo em modelos do caso. Radiografia panorâmica, cefalométrica e periapical pelo método do paralelismo foram solicitadas. Os exames pela radiografia panorâmica e pelo método do paralelismo não forneceram dados conclusivos para o tratamento do dente 21, pois, não evidenciou a relação das cúspides com a câmara pulpar coronária e canal radicular. A partir deste momento foi solicitado o exame por tomografia computadorizada (CBCT) para observarmos a relação entre as cúspides com a câmara pulpar coronária e canal radicular (Fig. 3).

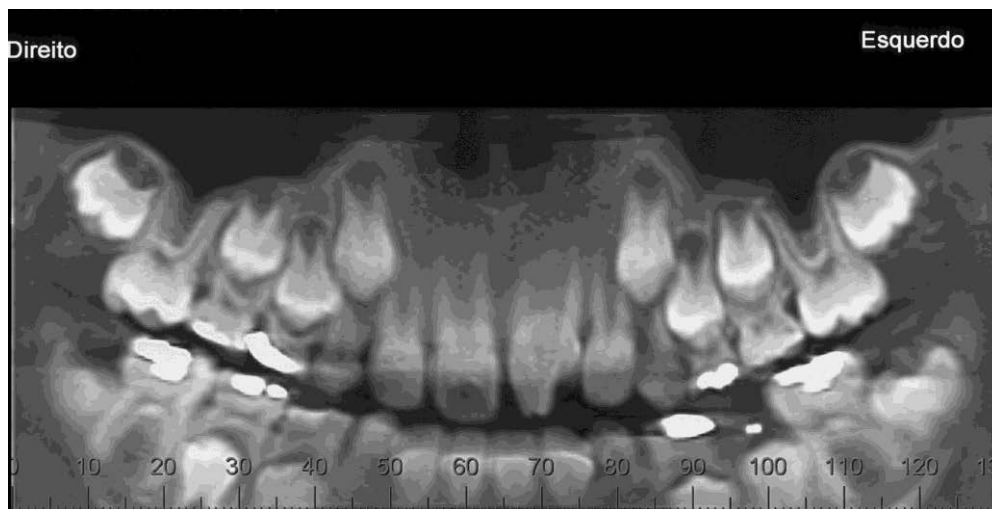


Fig. 3 – Vista panorâmica da tomografia computadorizada (CBCT)

Os cortes tomográficos da região do dente 21 foram decisivos em relação às informações para o planejamento do tratamento, pois observou-se que as cúspides não tinham relação íntima com a câmara pulpar e canal radicular (Fig. 4 e 5), nos dando a oportunidade de restaurarmos a estética e a função do dente 21.

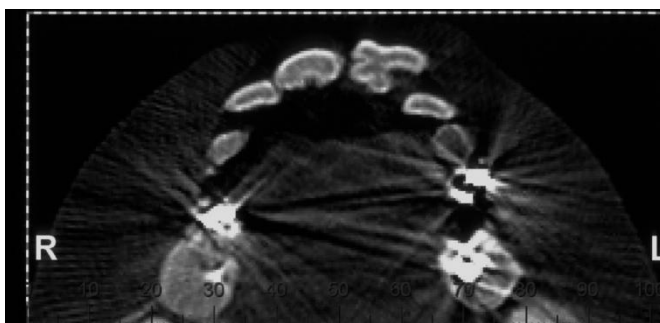


Fig. 4- Corte axial do dente 21



Fig. 5 –Corte sagital do dente 21

Com o resultado do exame tomográfico, o tratamento foi a remoção das cúspides e a restauração do dente com resina composta (Fig. 6, 7 e 8), onde o mesmo passou a ocluir com os dentes inferiores e a estética do paciente foi restaurada (Fig. 9).



Fig. 6 – Desgaste da cúspide vestibular com broca diamantada



Fig. 7 – Desgaste da cúspide palatina do dente 21.



Fig. 8 – Ataque ácido na coroa do dente 21



Fig. 9 – Resultado final do dente 21 restaurado.

## *Discussão*

A cúspide em garra ou cúspide Talon e uma anomalia de desenvolvimento na qual uma estrutura em forma de cúspide projeta-se da área do cingulo ou da junção cimento-esmalte nos dentes anteriores, unida a superfície lingual no sentido longitudinal da coroa, variando em tamanho, forma, comprimento e grau de união com a superfície. Sendo assim, esta cúspide supranumerária pode ocorrer tanto na superfície lingual quanto na vestibular da coroa de incisivos. Esta anomalia é mais freqüente na maxila do que na mandíbula e ocorre em ambas as dentições, com maior incidência no sexo masculino. A etiologia exata é desconhecida e o aparecimento desta anomalia pode estar associado com outras. De acordo com Davis & Brook (1986), a cúspide talon parece ter uma etiologia multifatorial, ou seja, uma associação de fatores genéticos e do meio externo. Segundo Hattab & Yassin (1996), esta anomalia é histologicamente composta de esmalte e dentina normais e extensões variáveis de tecido pulpar, porém a extensão da polpa pode estar presente ou não (MELLOR & RIPPA, 1970). Segundo Hattab *et al.* (1995), desde que a cúspide *talon* foi descrita, em 1892, dos 73 casos reportados (com 96 dentes afetado com cúspide *talon* até o relato deles, a dentição permanente foi envolvida três vezes mais que a dentição decídua. O sexo masculino apresenta maior incidência de *talon* cúspide que o sexo feminino, ocorrendo na proporção de masculino para feminino de 47:26. A cúspide em garra pode estar associada a outras anomalias dentárias. Davis & Brook (1986) encontraram cúspides em garra associadas a dentes supranumerários, macrodontia e *dens invaginatus*. Também relataram dentes com morfologia anormal da coroa apresentando alterações na oclusão. Mader (1981) sugeriu que a cúspide *talon* poderia estar associada a outras anomalias dentárias, como o aparecimento de um cingulo bifi do na forma de lasca nos incisivos laterais superiores, *mesiodens* e caninos impactados, odontomas, megadentes supra numerários, entre outros. De acordo com Zhu *et al.* (1997), nos dentes pré-molares ou molares, uma anomalia similar, que se projeta através da superfície oclusal, foi denominada *dens evaginatus*. Seus estudos clínicos e histológicos confirmaram que *dens evaginatus* e cúspide em garra são idênticos morfológicamente e o termo *dens evaginatus* descreve melhor esta anomalia, sendo o termo cúspide *talon* limitado. A maioria dos casos tem sido publicada durante os últimos 25 anos, talvez devido ao crescente conhecimento do significado clínico da anomalia. Mader (1981) e Mader & Kellog (1985) afirmaram que a cúspide *talon* pode ser encontrada em ambos os sexos e pode ser detectada radiograficamente; porém, há necessidade de conhecimento do clínico para que ela não seja confundida com um supranumerário e tampouco com um dente que esteja irrompendo. A imagem radiográfica da cúspide *talon* revela duas linhas radiopacas delgadas em forma de "V", compostas por esmalte e dentina normais, que convergem da porção cervical em direção à margem incisal, sobrepondo-se à coroa do dente. Pode variar amplamente em sua forma, tamanho, estrutura e localização (HATTAB & YASSIN, 1996). Quando não realizado o diagnóstico e o tratamento correto, podem ocorrer, segundo Mellor & Ripa (1970), lesões de cáries, problemas estéticos, interferências oclusais, exposição da polpa e, de acordo com Mader (1981), pode causar problemas periodontais e irritação dos tecidos moles, tais como a língua, durante a fala e a mastigação.



*Conclusão*

Durante os processos de desenvolvimento dos dentes, podem ocorrer distúrbios de morfodiferenciação, formando uma cúspide supranumerária chamada *talon* cúspide. Através da multidisciplinaridade os profissionais da área odontológica estabelecerão um diagnóstico correto para a intervenção afim de obter a oclusão desejada e estabelecendo a estética do paciente.

## *Referências Bibliográficas*

1. Timosca GC, Galesanu RM, Cotutiu C, Grigoras M. Aggressive form of cherubism: report of a case. *J Oral Maxillofac Surg* 2000;58:336–44.
2. Jones WA. Familial multilocular cystic disease of the jaws. *Am J Cancer* 1933;17:946–50.
3. Ongole R, Pillai RS, Pai KM. Cherubism in siblings: a case report. *J Can Dent Assoc* 2003;69:150–4.
4. Lannon DA, Earley MJ. Cherubism and its charlatans. *Br J Plast Surg* 2001;54:708–11.
5. Carroll AL, Sullivan TJ. Orbital involvement in cherubism. *Clin Experiment Ophthalmol* 2001;29:38–40.
6. Arnott DG. Cherubism – an initial unilateral presentation. *Br J Oral Surg* 1978;16:38–46.
7. Caballero R, Vinals H. Cherubism: a study of three generations. *Med Oral* 1998;3:163–71.
8. Bianchi SD, Boccardi A, Mela F, Romagnoli R. The computed tomographic appearances of cherubism. *Skeletal Radiol* 1987;16:6–10.
9. Ahmadi AJ, Pirinjian GE, Sires BS. Optic neuropathy and macular chorioretinal folds caused by orbital cherubism. *Arch Ophthalmol* 2003;121: 570–3.
10. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. *Oral and maxillofacial pathology*. 3rd ed. Philadelphia, PA: WB Saunders, 2002:547–9.
11. Laskin DM. *Oral and maxillofacial surgery*. St. Louis, MO: CV Mosby, 1985:585–91.

12. Pulse CL, Moses MS, Greenman D, Rosenberg SN, Zegarelli DJ. Cherubism: case reports and literature review. *Dent Today*. 2001;20 (11):100-3.
13. Sonis ST, Fazio RC, Fang L. *Princípios e prática de medicina oral*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1996. p.16.
14. Stiller M, Urban M, Golder W, Tiziani V, Reichenberger E, Frege J, Opitz C *et al*. Craniosynostosis in cherubism. *Am J Med Genet*. 2000; 95:325-31.
15. Von Wowern N. Cherubism: a 36-year long-term follow-up of 2 generation in different families and review of the literature. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 2000;90(6):765-72.
16. Yalçın S, Yalçın F, Soydiñç M, Palanduz S, Gunham O. Gingival fibromatosis combined with cherubism and psychomotor retardation: a rare syndrome. *J Periodontol*. 1999;70:201-4.
17. LEE, J. *et al.*, Investigation of the SH3BP2 gene mutation in Cherubism. *ActaMed Okayama*. Gwangju, v. 62, n. 3, p. 209-12, jun., 2008.
18. Jundt G. Cherubism. In: Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D. *Pathology & Genetics Head and Neck Tumours*. Lyon: IARC Press; 2005. p. 325
19. Oliveira FMP, Cavasin Filho JC, Costa C, Dib LL. Querubismo: aspectos clínicos, radiográficos e terapêuticos. *Rev Inst Ciênc Saúde* 2008; 2: 254-7.
20. Piva F, Fontanella V, Farraco Junior IM, Gomes CS. Querubismo: relato de caso. *RGO*. 2006; 54: 265-8.
21. Tosios, KI.; Gopalakrishnan, R.; Koutlas, I. So-called hybrid central odontogenic fibroma/central giant cell lesion of the jaws. A report on seven additional cases, including an example in a patient with Cherubism, and hypotheses on the pathogenesis. [online] *Head Neck Pathol.*, Athens, v. 2, n.4, p. 333-8, aug., 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s12105-008-0076-z>

22. Dias ARM, Guedes AML. Aspecto radiográfico do querubismo: relato de caso. *Rev Bras Odontol.* 1999;56(3):104-7.
23. Silva EC, Souza PEA, Barreto DC, Dias RP, Gómez RS. An extreme case of cherubism. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2002;40(1):45-8.
24. Southgate J, Sarma U, Townend JV, Barron J, Flanagan AM. Study of the cell biology and biochemistry of cherubism. *J Clin Pathol.* 1998; 51:831-7.
25. Levine B, Skope L, Parker R. Cherubism in a patient with noonan syndrome. *J Oral Maxillofac Surg.* 1991;49:1014-8.
26. Cawson RA, Binnie WH, Speight PM, Barret AW, Wright JM. Lucas's pathology of tumors of the oral tissues. London: Churchill Livingstone: 1998. p. 103-5.
27. Shafer WG, Hine MK, Levy BM. Tratado de patologia bucal. Rio de Janeiro: Interamericana; 1985. p.134, 609.
28. Bertelli AP. Contribuição ao estudo do querubismo. Patogenia, genética e aspectos anatomoclinicos de uma família brasileira [Tese de Doutorado] São Paulo: Escola Paulista de Medicina; 1975.
29. MORET, Y. Querubinismo: Seguimiento del paciente durante cuatro años. Reporte de un caso y revisión de la Literatura. *Acta odontol. venez.* [online] Caracas, v. 42, n 3, p. 199-202, set., 2004. Disponível em <[http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0001-63652004000300009&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652004000300009&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0001-6365
30. Hitomi G, Nishide N, Mitsui K, Cherubism: diagnostic imaging and reviwie of the literature in Japan. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1996;81:623-8.
31. Kozakiewicz M, Perezynska-Partika W, Kobos K. Cherubism-clinical picture and treatment. *Oral Dis.* 2001;7:123-30.

32. Kaugars GE, Niamtu J, Svirsky. Cherubism: diagnosis, treatment and comparasion with central giant cell granulomas and giant cell tumors. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1992;73:369-74.