

Osica Piotr, Szczepkowska Aleksandra, Janas-Naze Anna. Głęboko zatrzymany ząb 21 z zagięciem koronowo-korzeniowym - opis przypadku = Deeply retained dilacerated tooth 21 - case report. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(11):54-62. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.163885>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3962>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.
Received: 22.10.2016. Revised 30.10.2016. Accepted: 31.10.2016.

Głęboko zatrzymany ząb 21 z zagięciem koronowo-korzeniowym - opis przypadku

Deeply retained dilacerated tooth 21 - case report

Piotr Osica¹, Aleksandra Szczepkowska¹, Anna Janas-Naze¹

¹Zakład Chirurgii Stomatologicznej UM w Łodzi

Kierownik: dr hab. n. med. prof. nadzw. Anna Janas-Naze

Adres do korespondencji:

Piotr Osica

Zakład Chirurgii Stomatologicznej UM w Łodzi

92-213 Łódź, ul. Pomorska 251

e-mail: piotr.osica@umed.lodz.pl

tel. 42 675 75 71

Praca finansowana przez Uniwersytet Medyczny w Łodzi w ramach działalności statutowej nr 503/2-163-01/503-21-001

Streszczenie

W pracy opisano przypadek 12 letniej dziewczynki z głęboko zatrzymanym zębem 21 z dilaceracją, czyli zagięciem koronowo-korzeniowym.

Słowa kluczowe: ząb zatrzymany, dilaceracja, opóźnione wyrzynanie

Abstract

The article presents the case of 12 year old girl with deeply retained dilacerated tooth 21 with

Key words: retained tooth, dilaceration, delayed eruption.

Wstęp

Zębem zatrzymanym nazywa się w pełni wykształcony ząb, który nie uległ wyrznięciu w okresie fizjologicznej erupcji. Może całkowicie lub częściowo pozostawać w kości szczęki lub żuchwy, a jego budowa najczęściej jest prawidłowa (1). W szczęce najczęściej spotyka się zatrzymane trzecie zęby trzonowe oraz kły, zaś w żuchwie zęby mądrości.

Częstość występowania zatrzymanych siekaczy centralnych w szczęce jest większa niż siekaczy bocznych i wynosi od 0,006% do 1% wszystkich zębów zatrzymanych (2). Wśród czynników miejscowej retencji wymienia się: nieprawidłowe ułożenie zawiązków, zarośnięcie zębodołu po przedwczesnym usunięciu zęba mlecznego, urazy, zęby nadliczbowe, zębiaki (3). Najczęstszą przyczyną hamującą erupcję zęba wg Petersona (4) jest brak wystarczającej przestrzeni w łuku zębowym.

Wyrznięcie się zębów jest wynikiem skomplikowanych, wieloetapowych procesów i zależności zachodzących pomiędzy tkanką nabłonkową jamy ustnej a znajdującą się pod nią mezenchymą. Dlatego zawiązki zębów są narażone na wiele czynników, które mogą zaburzać dalszy proces ich prawidłowego rozwoju. Etiologia zatrzymania siekacza centralnego w szczęce jest wieloczynnikowa i nie w pełni poznana, jednak Kaczor-Urbanowicz i wsp. (5) systematyzując, wymieniają przyczyny obstrukcyjne, nieprawidłowy rozwój na skutek wcześniej przebytego urazu oraz ostre urazowe przemieszczenie zęba w wyniku ostatnio przebytego urazu. Uraz zębów siecznych we wczesnym uzębieniu mlecznym może doprowadzić do bezobjawowego, nieprawidłowego rozwoju stałego zęba siecznego w postaci zagięcia koronowo- korzeniowego, czyli dilaceracji.

Cel pracy

W pracy przedstawiono przypadek 12 letniej dziewczynki z głęboko zatrzymanym zębem 21 z dilaceracją.

Opis przypadku

Dyskomfort w poczuciu estetyki i zaniepokojenie związane z brakiem w łuku zębowym obecności centralnego, stałego siekacza w szczęce po stronie lewej to główne motywy zgłoszenia się rodziców z 12 letnią dziewczynką do Zakładu Chirurgii Stomatologicznej UM w Łodzi. Jak podkreślamy wielokrotnie w naszych artykułach nie jest to przypadek odosobniony, jednak zazwyczaj dotyczy dzieci w wieku 8-10 lat.

Jak wynikało z wywiadu dziewczynka w wieku 4 lat doznała urazu zębów, czego następstwem była utrata 4 zębów siecznych mlecznych w szczęce. Rodzice nie zgłosili się wówczas do dentysty, a późniejsze wizyty córki w gabinecie stomatologicznym odbywały się w ramach leczenia zachowawczego. Podczas jednej z wizyt lekarz dentysta zlecił wykonanie zdjęcia pantomograficznego i skierował do naszego Zakładu celem konsultacji zatrzymanego zęba 21.

Badaniem klinicznym nie stwierdzono nacieku zapalnego, błona śluzowa jamy ustnej była różowa, lśniąca i gładka, bez zmian patologicznych. Nie zaobserwowano rozdęcia kości oraz wygórowania błony śluzowej okolicy zęba 21 (ryc.1). Na dostarczonym zdjęciu pantomograficznym stwierdzono głęboko zatrzymany ząb 21. Korona zęba zlokalizowana była na wysokości 2/3 korzenia zęba 22, natomiast korzeń powyżej szczytu korzenia zęba 23 (ryc.2).

Po konsultacji z ortodontą, ze względu na niekorzystną lokalizację zęba oraz zagięcie koronowo-korzeniowe uniemożliwiające włączenie postępowania ortodontyczno-chirurgicznego podjęto decyzję chirurgicznym usunięciu zęba 21. Opiekunom prawnym pacjenta przedstawiono plan leczenia chirurgicznego i po uzyskaniu pisemnej zgody wyznaczono termin zabiegu. Po konsultacji chirurgicznej, anestezjologicznej oraz ze względu na rozległość operacji chorego zakwalifikowano do zabiegu w znieczuleniu ogólnym procedurach chirurgii jednego dnia.

W znieczuleniu ogólnym z użyciem sewofluranu oraz propofolu, nacięto płat śluzówkowo-okostnowy w przedsionku jamy ustnej, który odwarstwiono (ryc.3). Następnie zdjęto wiertłem maszynowym warstwę korową kości, co spowodowało uwidocznienie korony zatrzymanego zęba 21 (ryc.4). Z wykorzystaniem dźwigni bocznej Beina, wywarzono i usunięto ząb 21 (ryc.5,6). Ranę pooperacyjną

przepłukano roztworem 0,02% chlorheksydyny oraz soli fizjologicznej i zaopatrzone chirurgicznie (ryc.7). Warto podkreślić oszczędność tkanki kostnej podczas wykonywania zabiegu, gwarantując tym samym możliwość estetycznej odbudowy protetycznej.

Po wykonanym zabiegu dzieci przekazywano do sali wybudzeń, gdzie lekarz kontrolował stan ogólny chorych. Szczególnie zwracano uwagę na problemy z oddychaniem, zaburzeniami równowagi, bólem i zawrotami głowy, nudnościami i wymiotami. Obserwacja i badanie wykluczające powyższe objawy, pozwoliło skierować dzieci do domu pod opieką rodziców. Pacjent w pierwszej dobie po zabiegu zgłosił się na badanie kontrolne, podczas którego stwierdzono niewielki w stosunku do skali zabiegu obrzęk okolicy operowanej. Ranę przepłukano 0,02% roztworem chlorheksydyny, a po 14 dniach od zabiegu zdjęto szwy.

Dyskusja

Pomimo iż zatrzymanie siekacza centralnego dotyczy niespełna 1% przypadków to wymaga wczesnej interwencji z przyczyn rozwojowych, funkcjonalnych, psychologicznych i estetycznych.

Standardowe, chirurgiczno–ortodontyczne postępowanie z zębami zatrzymanymi polega na odsłonięciu zęba, śródoperacyjnym przyklejeniu zamka z ligaturą drucianą na zatrzymany ząb, ponownym pokryciu zęba płatem śluzówkowo–okostnowym i wyprowadzeniu ligatury do światła jamy ustnej. Leczenie ortodontyczne ma na celu odtworzenie dostatecznej ilości miejsca w łuku zębowym dla zęba zatrzymanego, sprowadzenie go i poprawne ustawienie.

Jednak takie postępowanie jest znacznie utrudnione w przypadku zatrzymanego zęba z zagięciem koronowo–korzeniowym.

Dilaceracją nazywamy patologię budowy zęba polegającą na zakrzywieniu korzenia w stosunku do jego korony, które powstaje w trakcie rozwoju zawiązka zęba i powoduje jego zatrzymanie (6, 7, 8). W większości przypadków ortodonta nie podejmuje się leczenia, kwalifikując te zęby do usunięcia, co potwierdza opisany przez nas przypadek.

Autorzy wskazują na dwie teorie wyjaśniające powstawanie tego zaburzenia. Pierwsza wskazuje, że jest to izolowane zaburzenie rozwojowe zęba siecznego górnego. Druga, teoria urazowa, upatruje powstawanie dilaceracji zęba stałego w urazie zębów mlecznych co powoduje przemieszczenie rozwijających się nad nimi

związków stałych zębów siecznych. (9, 10). Z badań epidemiologicznych wynika, że tylko jedno na troje dzieci z dilaceracją zębów siecznych przeżyło uraz, który wydarzył się przed szóstym rokiem życia, co podkreśla wartość przypadku leczonego w naszym zakładzie (7).

Zagadnienia związane z postępowaniem pourazowym zębów mlecznych są trudne dla dentystów, a osoby niezwiązane ze stomatologią niejednokrotnie bagatelizują potrzebę ich leczenia. To błędne postępowanie znacznie ogranicza możliwości leczenia konsekwencji urazów zębów mlecznych. W większości przypadków zaniedbania w okresie okołourazowym prowadzą do nieodwracalnych skutków, a dotyczą już zębów stałych.

Spis rycin:

Ryc. 1. Badanie wewnątrzustne pacjentki.

Ryc. 2. Na zdjęciu pantomograficznym stwierdzono głęboko zatrzymany ząb 21.

Ryc. 3. Odwarstwiony płat śluzówkowo-okostnowy.

Ryc. 4. Uwidocznienie korony zęba 21.

Ryc. 5. Usunięcie zęba 21

Ryc. 6. Usunięty ząb 21 z widoczną dilaceracją.

Ryc. 7. Chirurgiczne zaopatrzenie rany.

Piśmiennictwo:

1. Janas A.: Całkowicie zatrzymane zęby przedtrzonowe w materiale własnym. Por. Stomat., 2010, 1, 7-9.
2. Kurol J.: Early treatment of tooth eruption disturbances. Am J Ortho Dentofacial Orthop 2002;121: 588-591.
3. Janas A., Grzesiak- Janas G.: Zębiaki złożone. Dent. Med. Prob. 2005, 42, 425-429.
4. Peterson L. J., Ellis E., Hupp J.R., Tucker M.R.: Chirurgia Stomatologiczna i szczękowo- twarzowa., Wyd. Czelej, 2001, 9, 229-262
5. Kaczor-Urbanowicz K., Becker A., ChaushuS., Zadurska M., Czochołowska E.: Etiologia zatrzymanego zęba siecznego przyśrodkowego- przegląd piśmiennictwa. Forum Ortod, 2015,11,49-56.
6. Zabel M., Kulczyk T., Pernak A.: Leczenie ortodontyczno-chirurgiczne pacjentki z zatrzymanym w szczęce przyśrodkowym zębem siecznym z dilaceracją. Czas.Stomatolo., 2006,12,882-890.

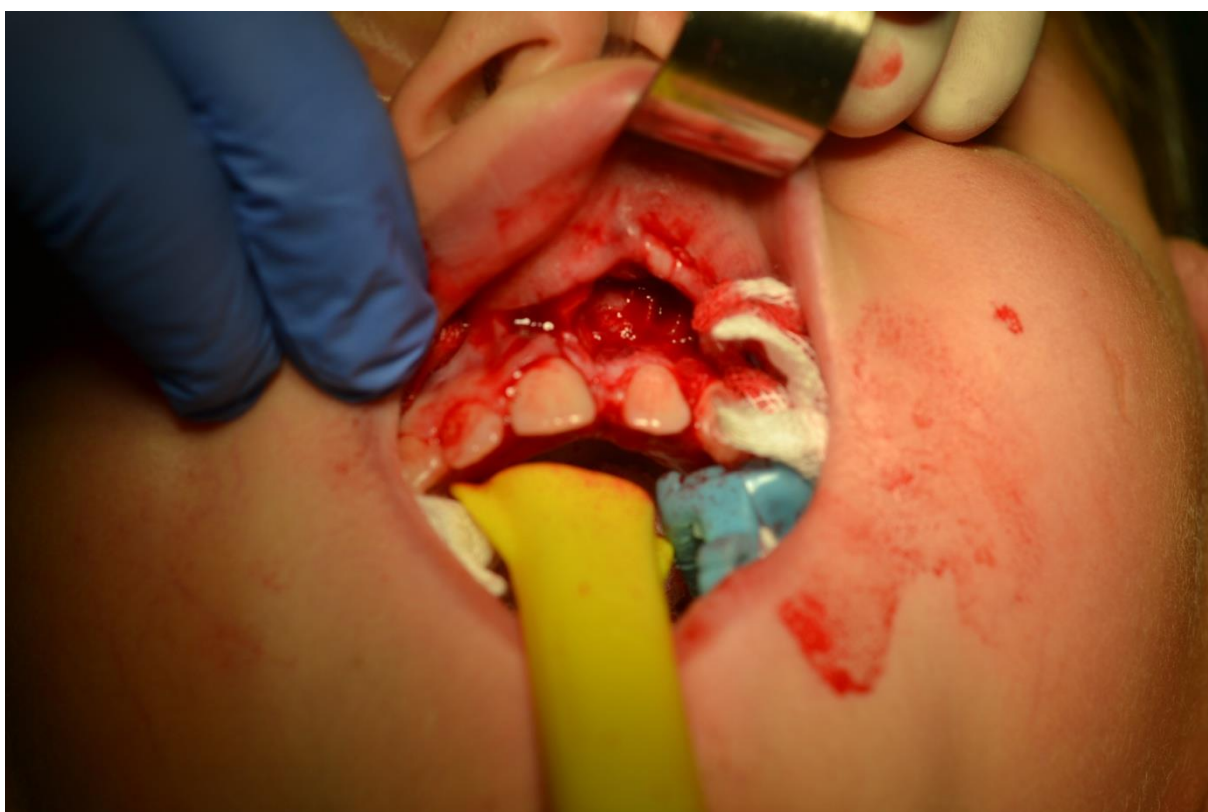
7. Crescini A., Doldo T.: Dilaceration and angulation in upper incisors consequent to dental injuries in the primary dentition: orthodontic management. *Prog. Orthod.*, 2002, 3, 29-41.
8. Lin T. J.: Treatment of an impacted dilacerated maxillary central incisor. *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.*, 1999, 115, 406-409.
9. Andreasen J. O., Sundstorm B., Ravn J. J.: The effect of traumatic injuries to primary teeth on their permanent successor. I. A clinical and histologic study of 117 injured permanent teeth. *Scand. J. Dent. Res.*, 1971, 79, 219-283.
10. Thoma K. H.: *Oral Pathology*. 6th edn. St Louis: CV Mosby Co, 1970, Vol. I. 105- 106.



Ryc. 1. Badanie wewnątrzustne pacjentki.



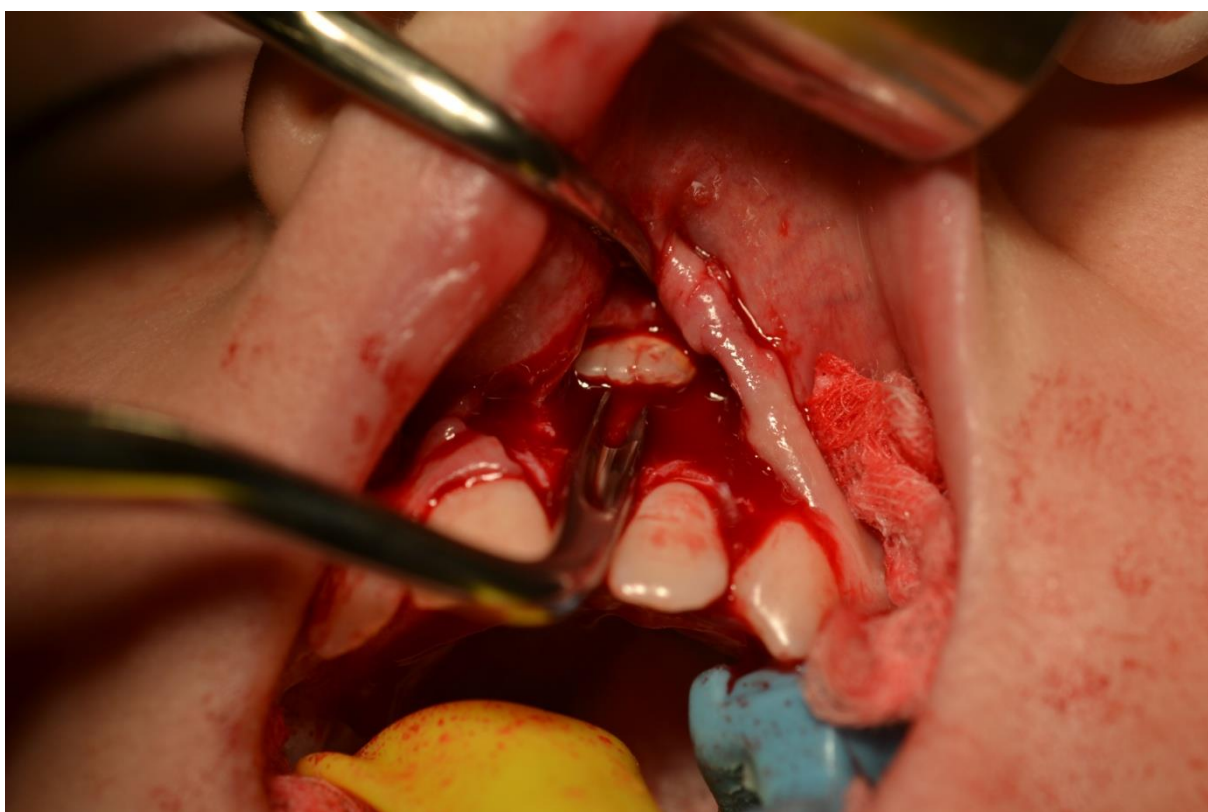
Ryc. 2. Na zdjęciu pantomograficznym stwierdzono głęboko zatrzymany ząb 21.



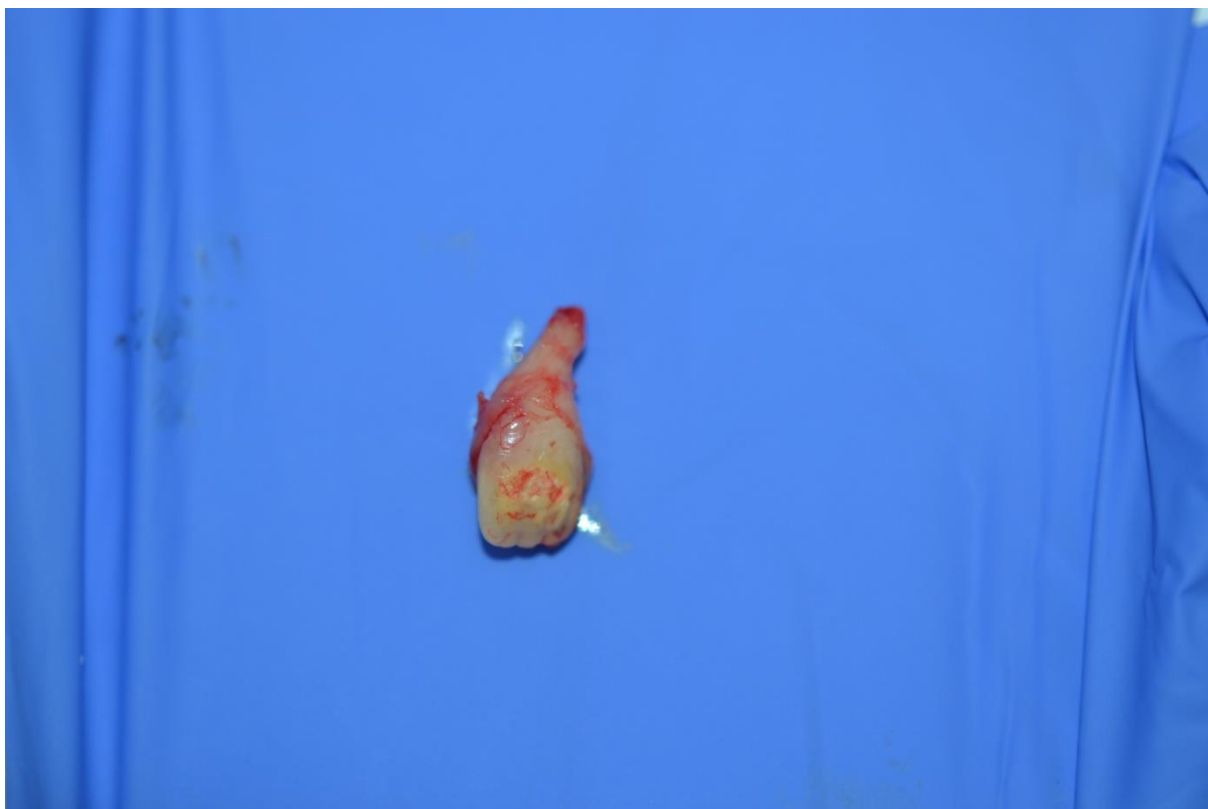
Ryc. 3. Odwarstwiony płat śluzówkowo-okostnowy.



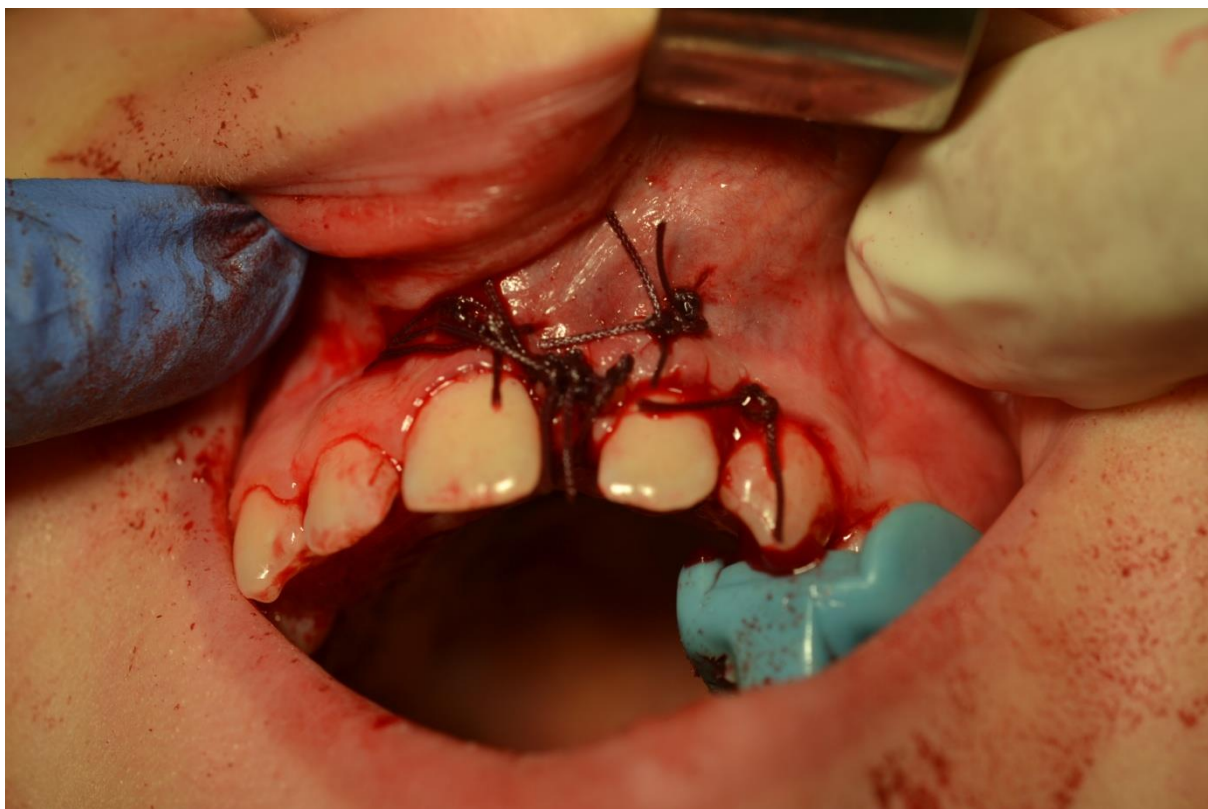
Ryc. 4. Uwidocznienie korony zęba 21.



Ryc. 5. Usunięcie zęba 21



Ryc. 6. Usunięty ząb 21 z widoczną dilaceracją.



Ryc. 7. Chirurgiczne zaopatrzenie rany.