

Ratajek-Gruda Monika, Białkowska-Głowacka Jolanta, Janas-Naze Anna. Ząb dwoisty i nadliczbowy przyczyną opóźnionego wyrzynania zębów 21 i 22 = Dual and supernumerary tooth as a cause of delayed dentition of teeth 21 and 22. *Journal of Education, Health and Sport*. 2016;6(6):308-317. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.55605>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3581>

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: 05.05.2016. Revised 25.05.2016. Accepted: 10.06.2016.

Ząb dwoisty i nadliczbowy przyczyną opóźnionego wyrzynania zębów 21 i 22

Dual and supernumerary tooth as a cause of delayed dentition of teeth 21 and 22

Monika Ratajek-Gruda, Jolanta Białkowska-Głowacka, Anna Janas-Naze

Zakład Chirurgii Stomatologicznej UM w Łodzi
Kierownik dr hab. n. med. prof. nadzw. Anna Janas-Naze

Dr n. med. Monika Ratajek-Gruda, Dr n. med. Jolanta Białkowska-Głowacka, Prof. nadzw. dr hab. n. med. Anna Janas-Naze
Zakład Chirurgii Stomatologicznej UM
ul. Pomorska 251
92-213 Łódź
email: mogruda@wp.pl

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

Streszczenie

W pracy przedstawiono przypadek 10 letniego chłopca, u którego stwierdzono jednocześnie 2 zęby zatrzymane, ząb nadliczbowy i zęby dwoiste.

Hasła indeksowe: opóźnione wyrzynanie, ząb nadliczbowy, zęby dwoiste.

Summary

In the study a case of 10 years old boy with 2 impacted teeth, supernumerary tooth and dual teeth was presented.

Key words: delayed dentition, supernumerary tooth, dual teeth.

W okresie wymiany uzębienia w jamie ustnej obserwuje się wiele zaburzeń, powstających na skutek tego procesu. Nieprawidłowości te dotyczą zarówno ilości zębów, terminów ich wyrzynania, umiejscowienia w łuku, jak i zmian patologicznych w otaczającej kości, głównie torbieli zawiązkowych. Patologie mogą dotyczyć zębów mlecznych, stałych lub obu grup. Wśród przyczyn tych zaburzeń wymienia się szereg czynników zarówno ogólnoustrojowych, jak i miejscowych. Podkreśla się również uwarunkowania genetyczne.

Zęby dwoiste: zrosnięte, zlane lub bliźniacze powstają na różnym etapie odontogenezy. Występują częściej w uzębieniu mlecznym – 0,15-1,6%, niż stałym – 0,1%, co świadczy o tym, że zaburzenie to nie musi przekładać się na jednoimienne zęby obu grup. Bywają także przypadki występowania wady w obu rodzajach zębów u tego samego pacjenta (1). W przypadku występowania wady w uzębieniu mlecznym ma to mniejsze znaczenie kliniczne w aspekcie estetyki, natomiast ważne jest zapewnienie prawidłowego i terminowego wyrzynania zębów stałych. Jednak dwoiste zęby mleczne w około połowie przypadków współistnieją z wadami w uzębieniu stałym takimi jak: hipodoncja, hiperdoncja, nieprawidłowe kształty zębów, wgłobienie (1,2).

Hipodoncja to brak zębów, bądź ich zawiązków, natomiast hiperdoncja jest związana ze zwiększoną ich liczbą. Zęby dodatkowe mogą tworzyć się w każdym odcinku łuku

zębowego, ale najczęściej są obserwowane w przednim odcinku szczęki. Jeśli lokalizują się w okolicy linii pośrodkowej, są określane mianem mezjodensów (3).

Wśród przyczyn tej anomalii wymienia się nadaktywność listewki zębowej, dychotomię zawiązka, a także atawizm, kombinację czynników genetycznych i uwarunkowań środowiskowych. Wymienia się również dziedziczenie autosomalne i związane z chromosomem X (1,4).

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie opisu przypadku pacjenta, u którego stwierdzono opóźnione wyrzynanie zębów 21 i 22, przetrwały dwoisty ząb 61 i ząb nadliczbowy.

Opis przypadku

Chłopiec lat 10 został skierowany do naszego Zakładu przez lekarza ortodontę z powodu braku wyrzynania zębów 21 i 22, zęba dodatkowego w tej okolicy oraz przetrwałych zębów mlecznych: 62 i dwoistego 61. Z wywiadu wynikało, że rodzice pacjenta początkowo oczekiwali, iż wyrzynanie zębów nastąpi samoistnie, czym należy tłumaczyć późne zgłoszenie do specjalisty. Anomalia nie występowała rodzinnie.

Badaniem zewnątrzustnym nie stwierdzono odchyień od stanu prawidłowego. Wewnątrzustnie widoczne były dwa przetrwałe zęby mleczne w tym dwoisty 61, częściowo zniszczony z powodu próchnicy. W łuku zębowym brak było zębów 21 i 22, pomimo przekroczenia okresu ich fizjologicznego wyrzynania. Nie stwierdzono innych nieprawidłowości w obrębie jamy ustnej, pozostałe uzębienie mieszane było stosowne do wieku pacjenta (ryc. 1).

Na rtg pantomograficznym (ryc. 2) dostarczonym przez pacjenta widoczne były 2 niewyróżnione zęby 21 i 22. Ząb 21 położony wysoko, jego brzeg sieczny był powyżej szyjki zęba 11, brzeg sieczny zęba 22 ok.5 mm niżej. W rzucie korony zęba 22 od strony mezialnej nakładał się kulisty cień zęba nadliczbowego. Obrazy koron zębów prawidłowych również częściowo na siebie nachodziły. Zęby mleczne 61 i 62 miały częściowo zresorbowane korzenie. Dwoisty ząb 61 miał odrębne korony i korzenie, zrośnięcie dotyczyło szkliwa i w nieznacznym stopniu zębiny w części koronowej. Badanie to nie było wystarczająco czytelne, dla zaplanowania leczenia chirurgicznego. W badaniu tomograficznym CBCT (ryc. 3) w przekroju strzałkowym ząb 22 leżał podniebiennie, przed nim ząb nadliczbowy, natomiast 21 przedsiódkowo, powyżej pozostałych. Inne zawiązki zębów stałych w prawidłowej ilości, w różnej fazie rozwoju, zlokalizowane były w kości wyrostka zębodołowego w ułożeniu fizjologicznym.

Postawiono rozpoznanie – dens supernumeratus, persistentio dentes 61, 62 oraz zaplanowano ekstrakcję zęba nadliczbowego i obu zębów mlecznych. Po uzyskaniu pisemnej zgody, przystąpiono do wykonania zabiegu. W znieczuleniu nasiękowym 2% lignokainą usunięto przetrwałe zęby mleczne: dwoisty 61 oraz 62. Następnie nacięto i odwarstwiono płat śluzówkowo-okostnowy, zniesiono blaszkę kostną i uwidoczniono fragment korony zęba nadliczbowego w okolicy 21, 22. Ekstrakcję wykonano z użyciem nakładacza i dźwigni prostej Beina, zachowując szczególną ostrożność, aby nie zwichnąć siekacza bocznego, zlokalizowanego w bezpośrednim sąsiedztwie. Usunięte zęby (ryc. 5) o patologicznym kształcie odpowiadały obrazowi radiologicznemu. Zębodoły po zabiegu zaopatrzone chirurgicznie. Ranę pooperacyjną zaszyto szwami pojedynczymi. Przebieg śród- i pooperacyjny był bez powikłań.

Omówienie

Zębem zatrzymanym określamy taki ząb, który po zakończeniu rozwoju i upływie okresu fizjologicznego wyrzynania pozostaje w kości lub pod błoną śluzową, natomiast jeśli rozwój zęba nie został zakończony, mówimy o opóźnionym wyrzynaniu. Taka sytuacja miała miejsce u leczonego przez nas pacjenta.

Wśród przyczyn zatrzymania zębów w kości na pierwszym miejscu wymienia się czynniki miejscowe, do których należą między innymi przetrwałe zęby mleczne i zęby dodatkowe. U operowanego u nas dziecka stwierdzono obie te nieprawidłowości.

Dla wykrycia obecności zębów dodatkowych zaleca się zdjęcie radiologiczne, w szczególności pantomogram. Jest to obecnie powszechne i nie generujące wysokich kosztów badanie, w wielu placówkach medycznych wykonywane rutynowo, przed leczeniem stomatologicznym, również w naszym szpitalu. Niekiedy jest ono wystarczające również dla zaplanowania i przeprowadzenia leczenia, jednak nie we wszystkich przypadkach.

Mason i wsp. (5) prezentują wartościową klinicznie, opartą na badaniu radiologicznym, 5-stopniową klasyfikację Cveka omawiającą rozwój zębów siecznych w kości. Do grupy I zaliczają zawiązki zębów z ukształtowaną koroną, których korzeń nie osiągnął połowy swojej przyszłej długości. W II klasie znajdują się zawiązki, których korzenie osiągnęły od 1/2 do 2/3 długości. III grupę stanowią zęby z korzeniami rozwiniętymi od 2/3 do prawidłowej długości. W IV i V klasie znajdują się zęby z prawidłowo wykształconym korzeniem, odróżnia je niezamknięty otwór wierzchołkowy w IV klasie, natomiast w pełni rozwinięte zalicza się do V. U chłopca leczonego w naszym zakładzie na podstawie badania radiologicznego zęby 21 i 22 zaklasyfikowano do II grupy.

W miarę zwiększenia dostępności tomografii komputerowej, wielu autorów (6,7) zaleca wykorzystanie tej techniki, szczególnie w trudnych klinicznie przypadkach. Liu i wsp. (8) wysoko oceniają komputerową tomografię stożkową (CBCT – cone-beam computed tomography), pozwalającą na precyzyjne określenie położenia zęba w trzech płaszczyznach, a także ocenę relacji pomiędzy zębem dodatkowym, a zębami sąsiednimi i innymi strukturami anatomicznymi. Sawamura i wsp. (9) zalecają wykonywanie takiego badania przed trudnymi ekstrakcjami zębów zatrzymanych, podkreślając precyzyjne uwidocznienie kształtów ich korzeni. W opisywanym przez nas przypadku rtg pantomograficzne nie obrazowało na tyle dokładnie struktur, aby na jego podstawie prawidłowo zaplanować zabieg chirurgiczny. Niezbędna okazała się tomografia stożkowa, która również była trudna do oceny.

Leczenie zębów dodatkowych, zrośniętych oraz opóźnionego wyrzynania i związanych z nimi powikłań powinno być zaplanowane i prowadzone przez lekarzy specjalistów. Często wymaga ono współpracy interdyscyplinarnej, szczególnie chirurgiczno-ortodontycznej. Jednoczesne występowanie tych wad u jednej osoby jest rzadkim przypadkiem klinicznym. Z chirurgicznego punktu widzenia, ząb dodatkowy, będący przyczyną zaburzeń w układzie stomatognatycznym, należy usunąć, a w kolejnych etapach leczenia likwidować skutki powikłań wywołanych jego wystąpieniem. Van Buggenhout i wsp. (10) przytaczają dwie metody leczenia nieprawidłowości zębowych w przednim odcinku szczęki. Pierwszy sposób polega na jak najwcześniejszej ekstrakcji zębów dodatkowych, natychmiast po ich wykryciu. Zaletą takiego postępowania jest możliwość uniknięcia powikłań związanych z wyrzynaniem zębów stałych oraz samoistne zejście do łuku zębów po usunięciu przeszkody mechanicznej w postaci zębów dodatkowych. Taką metodę zastosowano u leczonego u nas pacjenta. Innym opisywanym sposobem leczenia chirurgicznego jest późniejsze usuwanie zębów dodatkowych, po uformowaniu wierzchołków

korzeni zębów stałych, jednak daje to gorszy wynik terapeutyczny. Obserwacje innych autorów (1) potwierdzają słuszność takiego założenia.

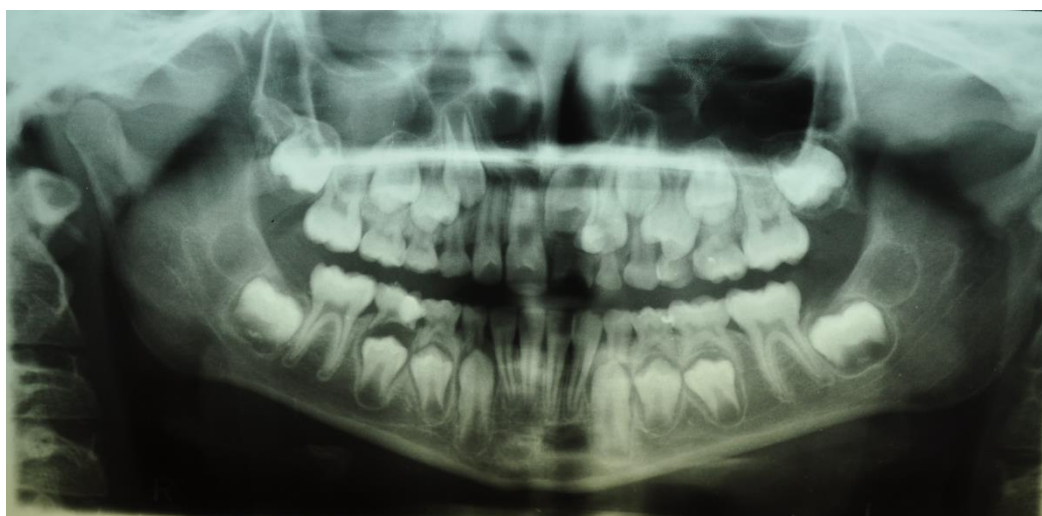
Piśmiennictwo

1. Zadurska M., Siemińska-Piekarczyk B., Pogorzelska-Młynarczyk A., Pietrzak-Bilińska B., Chądzyński P.: Zęby dwoiste w uzębieniu mlecznym – postacie, objawy, postępowanie. *Czas. Stomatol.*, 2006, LIX, 10, 740-746.
2. Ratajek-Gruda M., Grzesiak-Janias G., Białkowska-Głowacka J.: Dwa nadliczbowe zęby zatrzymane – opis przypadku. *Mag. Stomat.*, 2014, 7-8, 12-14.
3. Ratajek-Gruda M., Grzesiak-Janias G., Białkowska-Głowacka J.: Dwa wyrżnięte mezjodensy przyczyną zatrzymania siekaczy centralnych szczęki. *TPS*, 2014, 9, 42-45.
4. Nagaraj K., Upadhyay M., Yadav S.: Impacted maxillary central incisor, canine, and second molar with 2 supernumerary teeth and an odontoma. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 2009;135:390-399.
5. Mason C., Azam N., Holt R.D., Rule D.C.: A retrospective study of unerupted maxillary incisors associated with supernumerary teeth. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 2000, 38, 62–65.
6. Ashkenazi M., Greenberg B., Chodik G., Rakocz M.: Postoperative prognosis of unerupted teeth after removal of supernumerary teeth or odontomas. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2007;131:614-619.
7. Bayrak S., Dalci K., Sari S.: Case report: Evaluation of supernumerary teeth with computerized tomography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2005;100: 65-69.
8. Liu D., Zhang W., Zhang Z., Wu Y., Ma X.: Three-dimensional evaluations of supernumerary teeth using cone-beam computed tomography for 487 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*, 2007;103:403-411.
9. Sawamura T., Minowa K., Nakamura M.: Impacted teeth in the maxilla: usefulness of 3D Dental-CT for preoperative evaluation. *European Journal of Radiology*, 2003, 47: 221- 226.
10. Van Buggenhout G., Bailleul-Forestier I.: Mesiodens. *European Journal of Medical Genetics*, 2008, 51, 178-181.

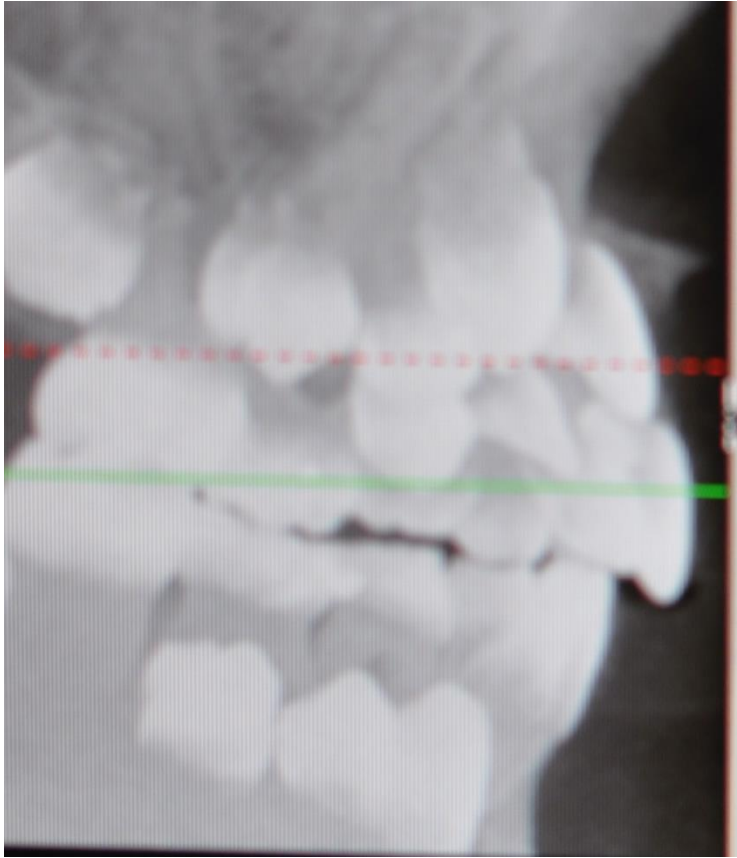
Opis rycin



Ryc. 1. Wewnątrzustnie widoczne przetrwałe zęby mleczne, w tym dwoisty 61.



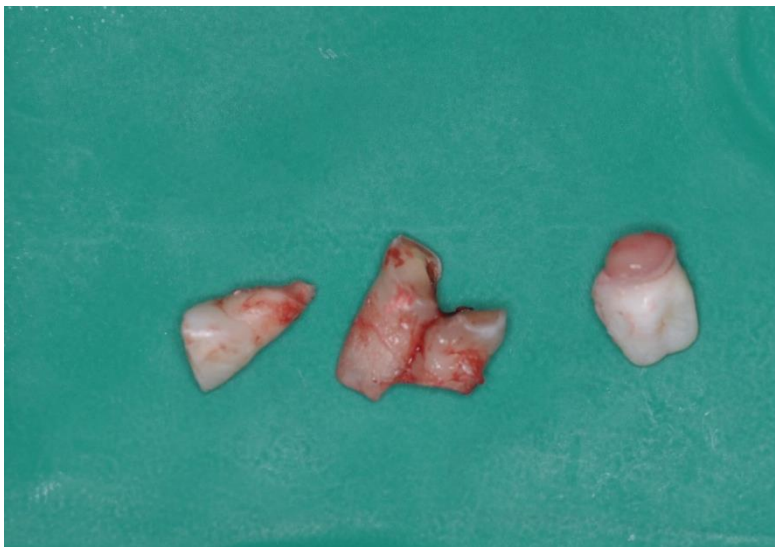
Ryc. 2. Rtg pantomograficzne z nakładającym się cieniem zęba dodatkowego na koronę 22.



Ryc. 3. W badaniu CBCT (przekrój strzałkowy) widoczny ząb nadliczbowy pomiędzy koronami 21 i 22.



Ryc. 4. Zdjęcie śródzabiegowe, pokazujące ząb nadliczbowy i brzeg sieczny zęba 22 od strony podniebiennej.



Ryc. 5. Usunięte zęby 61, 62 i nadliczbowy z niezakończonym rozwojem.