

RAFAŁ KOSZOWSKI, JADWIGA WAŚKOWSKA, AGNIESZKA RACZKOWSKA-SIOSTRZONEK

Zęby ektopowe – problemy diagnostyczno-lecznicze

Ectopic Teeth – Difficulties in Diagnosis and Treatment

Katedra i Zakład Chirurgii Stomatologicznej Śl. AM w Bytomiu

Streszczenie

Ektopia jest zaburzeniem wyrzynania zębów, polegającym na ich umiejscowieniu w strukturach anatomicznych, w których fizjologicznie zęby nie występują. W pracy przedstawiono postępowanie diagnostyczno-lecznicze związane z występowaniem zębów ektopowych. Opisano 4 przypadki zębów przemieszczonych do: zatoki szczękowej (2 przypadki), przegrody nosa (1 przypadek), podniebienia twardego (1 przypadek). Stwierdzono, że zęby ektopowe rozpoznaje się najczęściej w przypadku pojawienia się bólu, stanów zapalnych lub przypadkowo na rentgenogramach wykonanych z innych przyczyn. Decyzję o zabiegu powinna poprzedzać wnikliwa diagnostyka radiologiczna (*Dent. Med. Probl. 2004, 41, 4, 807–810*).

Słowa kluczowe: zęby ektopowe, diagnostyka, leczenie.

Abstract

Ectopy is a disturbance in teeth eruption, manifesting in an abnormal localization of the teeth. The authors present diagnostic and treatment procedures in four patients with ectopic teeth. In two cases, the teeth were displaced into maxillary sinus, one was located within nasal septum and one in the hard palate. It has been stated that the most common signs of ectopic teeth are pain or/and inflammation. They are also diagnosed accidentally on roentgenograms which are performed due to other symptoms. The decision of surgical treatment should be precluded with careful radiological examination (*Dent. Med. Probl. 2004, 41, 4, 807–810*).

Key words: ectopic teeth, diagnosis, treatment.

Ektopia to zaburzenie wyrzynania zębów, polegające na położeniu zęba lub jego zawiązka w obrębie struktur anatomicznych, w których zęby nie występują. Zaburzenie to może dotyczyć zębów mlecznych, stałych, a także nadliczbowych i dodatkowych [1, 2]. Wśród czynników etiologicznych wymienia się uwarunkowania genetyczne, zaburzenia wyrzynania zębów stałych, przetrwałe zęby mleczne, stłoczenie zębów stałych, nadmiernie zbitą strukturę kości szczęk, urazy twarzy, torbiele i guzy oraz stany zapalne kości [3–6]. Przemieszczenie zawiązków zębów do jamy nosowej może też być konsekwencją operacji rozszczepu podniebienia [1]. Zęby ektopowe występują najczęściej w obrębie jamy nosowej, zatoki szczękowej, gałęzi żuchwy, wyrostka kłykciowego i dziobiastego żuchwy, dolnego brzegu trzonu żuchwy, oczodołu, podniebienia oraz tkanek miękkich twarzy. Opisano również rzadkie przypadki zębów w jajnikach, ją-

drach, śródpiersiu, przestrzeni zaotrzewnowej oraz w okolicy krzyżowej i ogonowej [1, 4, 5, 7, 8].

Zęby ektopowe mogą powodować ból w obszarze swego występowania lub być przyczyną niezlokalizowanych, rozlanych bólów twarzy i głowy [4]. Ich położenie w obrębie środkowego piętra twarzy (jama nosowa, zatoka szczękowa, podniebienie) wiąże się niekiedy z niedrożnością nosa, krwawieniem z nosa, skrzywieniem przegrody nosowej, przetokami ustno-nosowymi, stanami zapalnymi spowodowanymi wyrzynaniem się zęba w jamie nosowej, ropniem przegrody nosowej lub zaburzeniami mowy [1, 2, 5]. Mogą też być przyczyną zatkania kanałów łzowych, zapalenia zatok szczękowych oraz zniekształcenia podniebienia [7–12]. Czasami obecności zęba ektopowego nie towarzyszą żadne objawy i jest wykrywany przypadkowo podczas badania fizykalnego lub częściej radiologicznego [1, 2, 5, 9].

Przedstawiono 4 przypadki zębów ektopowych, rozpoznanych u osób leczonych w Katedrze i Zakładzie Chirurgii Stomatologicznej w Bytomiu Śląskiej Akademii Medycznej w okresie 01.01.2000–31.05.2004 r. Omówiono objawy kliniczne, postępowanie diagnostyczne oraz przebieg leczenia u pacjentów z zębami przemieszczonymi do podniebienia twardego (1 osoba), przegrody nosa (1 osoba) oraz do zatoki szczękowej (2 osoby).

Opis przypadków

Przypadek 1

60-letni mężczyzna został skierowany do leczenia chirurgicznego z podejrzeniem guza podniebienia twardego. Od kilku lat użytkował protezę całkowitą górną. Od miesiąca odczuwał ból w obrębie podniebienia, do którego przestała przylegać płyta protezy. Na podniebieniu twardym w linii pośrodkowej pojawiło się bolesne owrzodzenie.

Badaniem wewnątrzustnym stwierdzono w rzucie zębów 15–25 twarde, bolesne wygórowanie o średnicy około 2 cm oraz ubytek błony śluzowej o zaczerwienionych i pogrubiałych brzegach. Rentgenogram w projekcji zgryzowej górnej wykazał obecność cienia o wysyceniu charakterystycznym dla tkanek zęba i atypowym, soplowatym kształcie (ryc. 1). Obraz ten sugerował podniebienne przemieszczenie zęba dodatkowego (mezjodens). W znieczuleniu miejscowym usunięto ząb ektopowy. Jego kształt nie był charakterystyczny dla żadnego prawidłowego zęba. Miał soplowatą koronę i niecałkowicie wykształcony korzeń. Uznano go za ząb dodatkowy przemieszczony do wyrostka podniebiennej szczęki.

Przypadek 2

16-letni pacjent został skierowany do leczenia chirurgicznego z rozpoznaniem torbieli korzeniowej zęba 22, leczonego endodontycznie przed kilkoma laty. Na rentgenogramie zębowym w linii pośrodkowej, w obrębie podstawy przegrody nosa, stwierdzono obecność silnie wysyczonego cienia. Rentgenogram w projekcji zgryzowej potwierdził obecność zęba dodatkowego (mezjodens) i jego położenie poza wyrostkiem zębodołowym (ryc. 2). Wobec braku jakichkolwiek dolegliwości związanych z przypadkowo wykrytym zębem ektopowym, pacjent nie zdecydował się na zabieg jego usunięcia.

Przypadek 3

43-letni mężczyzna został skierowany z Oddziału Laryngologii Wojewódzkiego Szpitala

Specjalistycznego w Bytomiu z podejrzeniem ciała obcego w prawej zatoce szczękowej. W wywiadzie podawał, że od około pół roku odczuwał okresowo nasilające się bóle szczęki po stronie prawej, którym towarzyszył obrzęk policzka.

Na rentgenogramach w projekcji Watersa oraz PA i bocznym czaszki, stwierdzono dobrze wysycony cień w świetle prawej zatoki szczękowej. Jego obraz był niejednoznaczny. Pantomogram potwierdził obecność dobrze wysyczonego, nieregularnego cienia, przypominającego kształtem koronę zęba trzonowego (ryc. 3).

Diagnostykę przedoperacyjną poszerzono o TK zatok szczękowych. Ocenę przeprowadzono w płaszczyznach poprzecznych i czołowych, posługując się warstwami grubości 5 mm. W dnie prawej zatoki szczękowej uwidoczniło się hiperdensyjny cień, o policyklicznych obrysach, w największym wymiarze sięgający długość 15 mm (ryc. 4). Stwierdzono ponadto zgrubienie błony śluzowej prawej zatoki szczękowej oraz pogrubienie małżowin nosowych po stronie lewej.

Pacjenta zakwalifikowano do operacyjnego usunięcia ciała obcego z zatoki szczękowej, z jednoczesną endoskopową kontrolą jej światła. Zabieg wykonano w znieczuleniu miejscowym. Po wprowadzeniu endoskopu do światła prawej zatoki szczękowej stwierdzono w zachyłku zębodołowym mieszek zawiązkowy związany z przednią ścianą zatoki. Zawierał zawiązek zęba, przypominający kształtem koronę zęba trzonowego z nieufornowanymi korzeniami. Usunięte tkanki przekazano do badania histopatologicznego, które potwierdziło rozpoznanie śródoperacyjne.

Przypadek 4

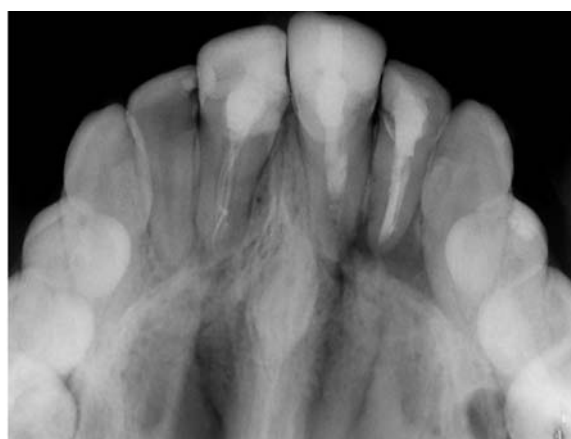
28-letnia kobieta została skierowana do leczenia chirurgicznego. Od kilku miesięcy odczuwała ból w okolicy guza szczęki i zatoki szczękowej po stronie prawej.

Na rentgenogramie wewnątrzustnym uwidoczniło się w okolicy zęba 16 fragment korony zęba w świetle zatoki szczękowej. Pantomogram potwierdził poziome położenie zęba 18, przemieszczonego do zachyłka zębodołowego prawej zatoki szczękowej (ryc. 5). Ząb ektopowy usunięto w znieczuleniu miejscowym. Po nawierceniu otworu w przedniej ścianie prawej zatoki szczękowej uwidoczniło się w jej świetle poziomo leżący ząb 18 z pogrubiałym mieszkem zawiązkowym. Po usunięciu zęba zrewidowano światło zatoki szczękowej: z zachyłka zębodołowego usunięto zmienioną zapalnie błonę śluzową.



Ryc. 1. Przypadek 1 – rentgenogram w projekcji zgryzowej górnej

Fig. 1. Case 1 – upper occlusal radiographic view



Ryc. 2. Przypadek 2 – rentgenogram w projekcji zgryzowej górnej

Fig. 2. Case 2 – upper occlusal radiographic view

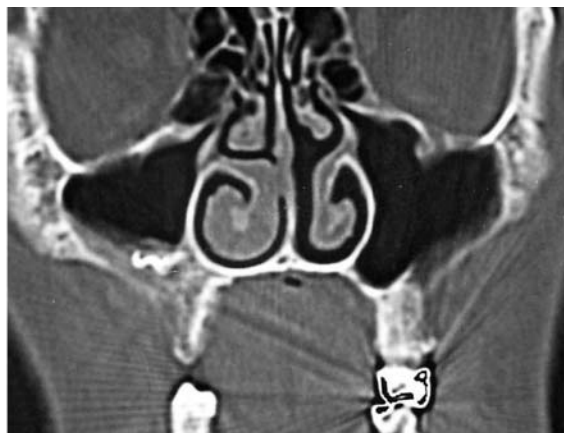


Ryc. 3. Przypadek 3 – zdjęcie pantomograficzne

Fig. 3. Case 3 – orthopantomograph radiograph

Omówienie

Ektopia zębów występuje rzadko. Najczęściej są opisywane ektopowe stałe kły, trzecie zęby trzonowe oraz mezjodensy [2, 4, 8, 13]. U najmłodszych pacjentów z rozszczepem warg i podniebienia spotyka się ektopowe zęby mleczne w przednim odcinku szczęki [1, 3, 14].



Ryc. 4. Przypadek 3 – TK twarzoczaszki

Fig. 4. Case 3 – CT scan of maxillofacial region



Ryc. 5. Przypadek 4 – zdjęcie pantomograficzne

Fig. 5. Case 4 – orthopantomograph radiograph

Lee oraz Alexandrakis et al. [2, 4] donoszą o tworach przypominających zęby o nietypowej budowie, utrudniającej ich klasyfikację. W materiale własnym dwukrotnie rozpoznano ektopowe położenie mezjodensów: zawiązka zęba trzonowego oraz trzeciego zęba trzonowego.

Diagnostyka zębów ektopowych opiera się głównie na badaniu radiologicznym. Przydatne są zarówno wewnątrzustne rentgenogramy zębowe i zgryzowe, zdjęcia przeglądowe czaszki (PA i boczne), jak i rentgenogramy w projekcji Watersa. W niektórych przypadkach konieczne jest obrazowanie metodą TK [10, 11, 15].

Zęby ektopowe najczęściej są umiejscowione wewnątrznosowo. Wykrywa się je zwykle u kilkuletnich dzieci lub nastolatków. Często towarzyszą zaburzeniom rozwojowym części twarzowej czaszki [1, 3, 5, 6, 14]. W 3 opisanych przypadkach własnych ektopowe położenie zębów rozpoznano u osób dorosłych, a w jednym u 16-letniego pacjenta. U wszystkich dorosłych pacjentów były przyczyną dolegliwości bólowych i nawracających stanów zapalnych. Zęby ektopowe w świetle zatok szczękowych powodują zwykle nawracające stany zapalne, niedrożność nosa lub zatkanie prze-

wodu nosowo-łzowego z nadmiernym łzawieniem. Wszyscy autorzy zgodnie stwierdzają ustąpienie objawów po usunięciu zęba ektopowego [7, 9, 10, 12]. Potwierdzają to również obserwacje własne.

Wyrznięcie zęba ektopowego na podniebieniu spotyka się bardzo rzadko. W materiale własnym zaobserwowano przemieszczenie do podniebienia twardego mezjodensu. W dostępnym piśmiennictwie podobne położenie mezjodensu opi-

sał tylko Sutton, który badał szkielet australijskiego Aborygena sprzed 13 000 lat. Diekmann et al. [13] opisali natomiast przypadek 3-letniego dziecka, u którego rozpoznano obecność mezjodensu w uszypułowanym guzie podniebienia twardego.

W podsumowaniu należy stwierdzić, że decyzję o zabiegu operacyjnym powinna poprzedzać wnikliwa diagnostyka radiologiczna, pozwalająca ustalić położenie zębów ektopowych względem sąsiadujących struktur anatomicznych.

Piśmiennictwo

- [1] GUPTA Y. K., SHAH N.: Intranasal tooth as a complication of cleft lip and alveolus in a four-year-old child: case report and literature review. *Int. J. Paediatr. Dent.* 2001, 11, 221–224.
- [2] LEE F. P.: Endoscopic extraction of an intranasal tooth: a review of 13 cases. *Laryngoscope* 2001, 111, 1027–1031.
- [3] RANTA R.: Tooth germ transposition: report of cases. *J. Dent. Child.* 1989, 56, 366–370.
- [4] ALEXANDRAKIS G., HUBBELL R. N., AITKEN P. A.: Nasolacrimal duct obstruction secondary to ectopic teeth. *Ophthalmology* 2000, 107, 189–192.
- [5] KIM D. H., KIM J. M., CHAE S. W., HWANG S. J., LEE S. H., LEE H. M.: Endoscopic removal of an intranasal ectopic tooth. *Int. J. Paediatr. Otorhinolaryngol.* 2003, 67, 79–81.
- [6] SHAH N.: Extraoral tooth eruption and transposition of teeth following trauma. *Endod. Dent. Traumatol.* 1994, 10, 195–197.
- [7] PRACY J. P., WILLIAMS H. O., MONTGOMERY P. Q.: Nasal teeth. *J. Laryngol. Otol.* 1992, 106, 366–367.
- [8] TUMER C., ESET A. E., ATABEK A.: Ectopic impacted mandibular third molar in the subcondylar region with a dentigerous cyst: a case report. *Quintessence Int.* 2002, 33, 231–233.
- [9] EL SAYED Y.: Sinonasal teeth. *J. Otolaryngol.* 1995, 24, 180–183.
- [10] GOH Y. H.: Ectopic eruption of maxillary molar tooth – an unusual cause of recurrent sinusitis. *Singapore Med. J.* 2001, 42, 80–81.
- [11] YEUNG K. H., LEE K. H.: Intranasal tooth in a patient with cleft lip and alveolus. *Cleft Palate Craniofac. J.* 1996, 33, 157–159.
- [12] ATLAS E., KARASEN R. M., YILMAZ A. B., AKTAN B., KOCER I., ERMEN Z.: A case of a large dentigerous cyst containing a canine tooth in the maxillary antrum leading to epiphora. *J. Laryngol. Otol.* 1997, 111, 641–643.
- [13] DIEKMANN S. L., COHEN D. M., GUTZ D. P.: Ectopic soft-tissue mesiodens. *Oral Surg.* 1982, 391–394.
- [14] YILMAZ A. B.: Ectopic tooth in cleft lip and palate patient. *Plastic and Reconstructive Surg.* 2002, 110, 1598–1589.
- [15] BODNER L., TOVI F., BAR-ZIV J.: Teeth in the maxillary sinus – imaging and management. *J. Laryngol. Otol.* 1997, 111, 820–824.
- [16] SUTTON P. R. N.: Tooth eruption and migration theories: Can they account for the presence of a 13000-year-old mesiodens in the vault of the palate? *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol.* 1985, 59, 252–255.

Adres do korespondencji:

Katedra i Zakład Chirurgii Stomatologicznej Śl. AM
Pl. Akademicki 17
41-902 Bytom
tel./fax: +48 32 282 74 78
e-mail: chirstom@slam.katowice.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 30.06.2004 r.
Po recenzji: 30.07.2004 r.
Zaakceptowano do druku: 30.07.2004 r.

Received: 30.06.2004
Revised: 30.07.2004
Accepted: 30.07.2004