

# Trudności diagnostyczne w przypadku współistnienia zębów zatrzymanych w szczęce i torbieli zatoki

## Opis przypadku

Kamila Giers<sup>1</sup>, Remigiusz Budzitto<sup>2</sup>, Michał Michalik<sup>3</sup>

### Diagnostic Difficulties in Cases of Coexistent Unerupted Maxillary Teeth and Antral Cyst. Description of Case

Praca recenzowana

<sup>1</sup>Z Zakładu Chirurgii Stomatologicznej Katedry Chirurgii Szczękowo-Twarzowej Instytutu Stomatologii Akademii Medycznej w Warszawie  
Kierownik: dr hab. n. med. Andrzej Wojtowicz

<sup>2</sup>Z Przychodni Stomatologicznej Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej – Wojskowy Instytut Medycyny Lotniczej w Warszawie

<sup>3</sup>Z Kliniki Otolaryngologii Wojskowego Instytutu Medycyny Lotniczej w Warszawie  
Kierownik: dr n. med. Ryszard Stablewski

#### Streszczenie

Celem pracy jest przedstawienie trudności diagnostycznych, jakie można napotkać w przypadku nałożenia się objawów *dentitio difficilis* trzeciego zęba trzonowego w szczęce i zaostrzenia się dolegliwości w przebiegu torbieli zatoki szczękowej po tej samej stronie. Opisano objawy, postępowanie diagnostyczne oraz zastosowane leczenie, oparte na skojarzonym działaniu laryngologiczno-stomatologicznym.

#### Summary

The aim of the study is to describe the diagnostic difficulties that may occur in cases of superimposed symptoms of *dentitio difficilis* of the third upper molar with exacerbation of ipsilateral maxillary antral cyst. A description is given of the symptoms, diagnostic procedures and use of combined laryngological-dental treatment.

**Hasła indeksowe:** torbiel zatoki, zęby dodatkowe i nadliczbowe, *dentitio difficilis*, chirurgia endoskopowa

**Key words:** antral cyst, additional and supernumerary teeth, *dentitio difficilis*, endoscopic surgery

Torbiel naskórkowa (*cystis epidermalis*) w jamie ustnej występuje rzadko. Rośnie powoli, nie dając dolegliwości bólowych (1, 2). Otacza ją torebka łącznotkankowa, a jej zawartość mogą stanowić różne twory pochodzenia skórniego (3, 4). Obraz radiologiczny torbieli naskórkowej jest podobny do torbieli zębopochodnej. Leczenie polega na całkowitym usunięciu torbieli. Procesy zapalne w obrębie światła zatoki szczękowej, prowadzące do trwałego uszkodzenia całości lub części wyściełającej jej światło błony śluzowej skutkują upośledzeniem funkcji zatoki.

Celem zabiegu operacyjnego jest usunięcie przyczyny stanu zapalnego oraz wytworzenie nowego, trwałego połączenia między jamą nosa a zatoką, a także przywrócenie wydolności mechanizmu samooczyszczania zatoki (2, 3, 4).

Do ustalenia wskazań do zabiegu, jego rozległości oraz wyboru techniki jest niezbędne wykonanie tomografii komputerowej, przede wszystkim w płaszczyźnie czołowej (1, 3).

Operacja Caldwell-Luca, którą przeprowadza się w znieczuleniu ogólnym, rozpoczyna się od wykonania cięcia w przedślonku jamy ustnej, w okolicy dołu nadkłowego (1, 3). W przypadku współistnienia przetoki ustno-zatokowej cięcie prowadzone jest tak, aby powstały płat był przydatny do jej zamknięcia (3, 5). Kolejnym etapem jest uzyskanie dostępu do światła zatoki szczękowej. Za pomocą kleszczy Luera lub dysektora Celisona wycina się otwór w przedniej ścianie zatoki szczękowej. Chorobowo zmienioną błonę śluzową zatoki szczękowej usuwa się, wykonując preparację za pomocą raspatora i kiret (1, 3). Zabieg ten wymaga dużej precyzji i delikatności, szczególnie w okolicy zachyłka zębodołowego oraz dna oczodołu. W zależności od tego, czy błona śluzowa zatoki zostaje usunięta w całości, czy tylko w części przeprowadzaną operację określa się jako „doszczętną” lub „oszczędzającą” (3).

Po oczyszczeniu światła zatoki należy wykonać jej nowe ujęcie do jamy nosa, które po operacji znajdzie się pod dolną małżowiną. Następnie wykonuje się zabieg antrostomii dolnej, polegający na wywinieciu błony śluzowej jamy nosa do światła zatoki szczękowej (3,

4). Etapem kończącym zabieg jest szycie rany. W przypadku przetoki ustno-zatokowej należy je przeprowadzić w taki sposób, by ją równocześnie zamknąć (1, 3).

Zasadą jest przesyłanie usuniętej zawartości zatoki do badania histopatologicznego.

Utrudnione wyrzynanie (*dentitio difficilis*), któremu może towarzyszyć bakteryjne powikłanie zapalne, stanowi odrębną jednostkę chorobową. Charakterystyczny zespół objawów, który może wystąpić, to ból, obrzmienie policzka, obecność wydzieliny ropnej, szczękoscisk, powiększenie okolicznych węzłów chłonnych. Ponadto mogą się dołączyć się objawy ogólne, takie jak ogólne złe samopoczucie, podwyższona ciepłota ciała, bóle głowy, dreszcze (6).

Decydujące w rozpoznawaniu, rokowaniu i leczeniu *dentitio difficilis* jest badanie radiologiczne (6, 7).

O hiperdoncji mówi się wówczas, gdy liczba zębów stałych w jamie ustnej przekracza 32, a zębów mlecznych 20, lub gdy w którejś z grup zębowych zębów jest więcej, niż powinno być w stanie prawidłowym (8).

Istnieje wiele doniesień, że anomalie tego typu mają uwarunkowania genetyczne i mogą występować w kilku pokoleniach. Do nieprawidłowości dotyczących zwiększonej liczby zębów należą:

- zęby nadliczbowe (*dentes supernumerarii*)
- zęby dodatkowe (*dentes supplementarii*) (5, 9)

Zęby nadliczbowe o budowie nieprawidłowej (potworniaki, zęby stożkowate) są wskazaniem do usunięcia ze względów estetycznych.

Zęby dodatkowe, mające budowę prawidłową, powstają na skutek zaburzeń w rozwoju listewki zębowej. Spotyka się je częściej w szczęce. Często są przyczyną utrudnionego wyrzynania się zębów stałych lub uniemożliwiają ich prawidłowe ustawienie w łuku zębowym. Z tych względów są usuwane (3, 5).

Wielokrotna hiperdoncja występuje przeważnie symetrycznie. Bywa także objawem zespołów o uwarunkowaniu genetycznym (zespół Gardnera, wadliwe kostnienie obojczykowo-czaszkowe) (3).

### Opis przypadku

Pacjent Z.M. zgłosił się w roku 2003 do swojego stomatologa. Podczas prowadzonego leczenia w związku z wykonaniem w trakcie jego przebiegu zdjęcia zębowego oraz pantomogramu ujawniono całkowicie zatrzymany ząb nad zębem 17. Ponieważ pacjent nie zgłaszał żadnych dolegliwości w wymienionej okolicy, odstąpiono od usunięcia całkowicie zatrzymanego zęba.

W styczniu roku 2005 pacjent zgłosił się do lekarza stomatologa z obrzmie-

niem okolicy prawego policzka. Po badaniu został skierowany do chirurga stomatologa, który postawił wstępne rozpoznanie *dentitio difficilis* zęba 18. Wykonano cięcie w okolicy guza szczęki w celu opróżnienia formującego się ropnia, jednak nie uzyskano treści ropnej. Nie sporządzono dokumentacji radiologicznej.

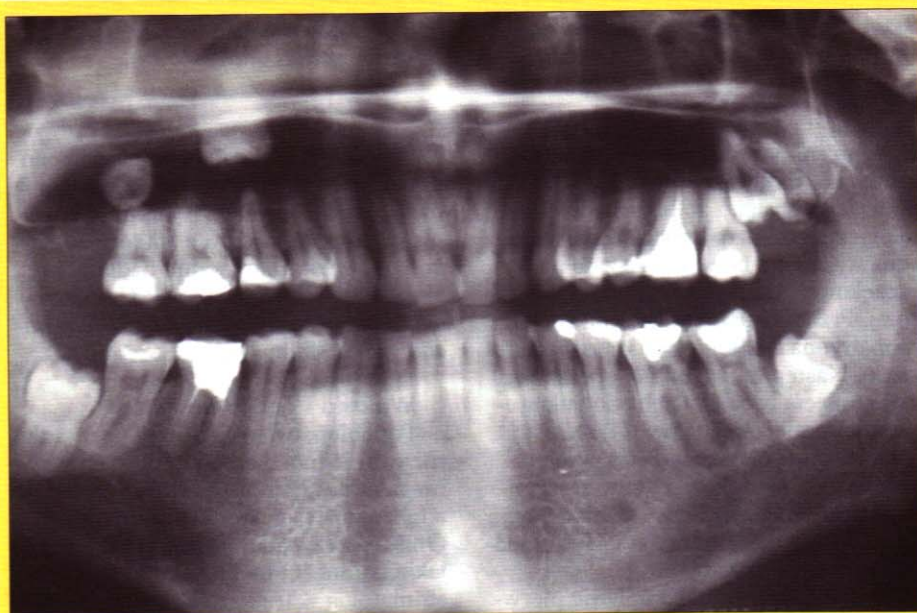
Choremu zlecono przyjmowanie antybiotyku (Dalacin C 300 mg), jednak pacjent nie podawał subiektywnej poprawy po zastosowanym leczeniu chirurgiczno-farmakologicznym. Następnie chory otrzymał od prowadzącego go lekarza stomatologa kolejny antybiotyk (Zinnat 500 mg).

Ostatecznie 32-letni pacjent trafił do lekarza laryngologa, który stwierdził czynną przetokę ustno-zatokową w okolicy zęba 17, z której przy próbie Valsalvy uzyskiwano treść ropną. Lekarz zlecił wykonanie zdjęcia rtg pantomograficznego, rtg zatok obocznych nosa, a także tomografii komputerowej głowy pacjenta w projekcji czołowej. Chory został również skierowany na konsultację stomatologiczną.

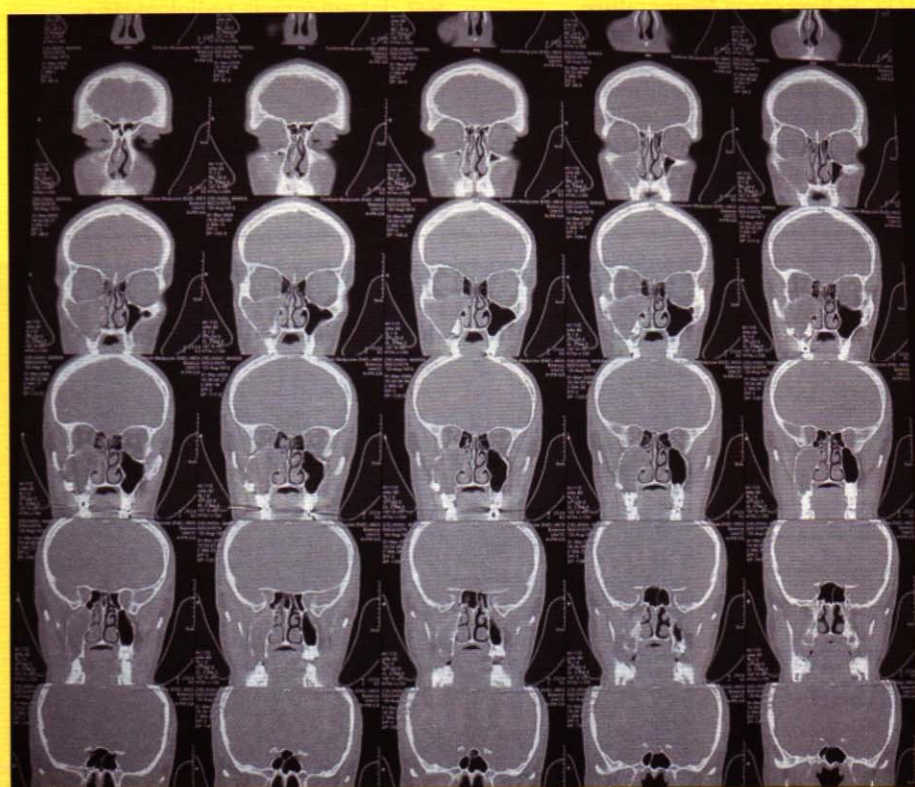
Badający pacjenta lekarz stomatolog, po dokładnym zebraniu wywiadu oraz analizie dokumentacji radiologicznej, stwierdził nieprawidłowości dotyczące liczby oraz położenia zębów. Zdjęcia ujawniły obecność całkowicie zatrzymanego zęba 18 i zęba dodatkowego tkwiącego w świetle zatoki szczękowej prawej, w okolicy dolnej małżowiny nosowej. Zdjęcia uwidoczniły ponadto całkowicie zatrzymany ząb 28 oraz ząb dodatkowy w szczęce po stronie lewej, a także zatrzymane po obu stronach żuchwy trzecie zęby trzonowe (ryc. 1). Obraz pantomograficzny ukazał nieprawidłowości dotyczące liczby zębów. Po stronie prawej w szczęce widoczny był ząb dodatkowy w świetle zatoki szczękowej, położony w okolicy dolnej ściany oczodołu. Weryfikacja dokonana po wykonaniu TK w projekcji czołowej wykazała, że ząb ten jest położony w okolicy bocznej ściany nosa na wysokości dolnej małżowiny nosowej (ryc. 2).

Ostatecznie rozpoznanie wstępne brzmiało: przewlekłe zapalenie zatoki szczękowej prawej. Pacjent został zakwalifikowany do zabiegu operacyjnego wyluszczenia torbieli zatoki z jednoczesnym usunięciem zęba tkwiącego w jej świetle oraz zęba 18, a także całkowicie zatrzymanego zęba 28 i towarzyszącego mu zęba dodatkowego.

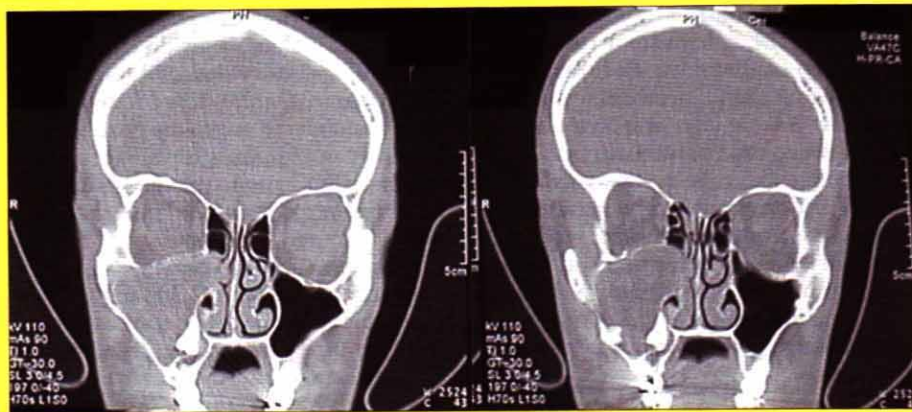
W znieczuleniu ogólnym z dostępu wewnątrzustnego poprowadzono cięcie w okolicy dołu nadkłowego. Za pomocą dysektora Celisona wykonano okienko w przedniej ścianie zatoki szczękowej prawej. Uzyskano obfitą treść ropną, ewakuującą się ze światła zatoki. Przez uzyskany otwór wprowa-



Ryc. 1. Pantomogram pacjenta Z.M. Stan przed rozpoczęciem leczenia.



Ryc. 2. Obraz tomografii komputerowej pacjenta Z.M. Stan przed rozpoczęciem leczenia.



Ryc. 3. Skan TK głowy pacjenta. Prawa zatoka szczękowa w całości wypełniona masami guza.



Ryc. 4. Zęby usunięte w trakcie zabiegu (szczeka, strona prawa i lewa).

dzono do zatoki szczękowej endoskop w celu oceny jej wnętrza oraz zlokalizowania zęba dodatkowego i zęba 18.

Ząb 18 położony był poziomo nad zębem 17 w taki sposób, że jego oś długa układała się w płaszczyźnie policzkowo-podniebiennej. Nie można było jednak ocenić jego położenia względem ściany torbieli. Podczas próby wyjęcia zęba za pomocą kleszczy okienkowych Weila stwierdzono, że jest on przytwierdzony do błony śluzowej zatoki, w okolicy szyjki zęba. Nasunęło to podejrzenie torbieli zawiązkowej od zęba 18. Ostatecznie jednak nie było możliwe jednoznaczne określenie punktu wyjścia tej torbieli.

Po wyjęciu zęba 18, korzystając z endoskopu wprowadzonego od przedścionka jamy ustnej, zlokalizowano ząb dodatkowy. Ząb ten był położony zgodnie z obrazem tomografii komputerowej w okolicy dolnej małżowiny nosowej (ryc. 3). Usunięto go ze światła zatoki szczękowej za pomocą kleszczy okienkowych. Następnie za pomocą raspatora odluszczone zapalnie zmienioną błonę

śluzową zatoki, wykonując klasyczny zabieg wg Caldwell-Luca. Uzyskany materiał przesłano do badania histopatologicznego. Za pomocą kleszczy Celsona wykonano nowe ujście zatoki szczękowej pod dolną małżowiną nosową. Przetoka ustno-zatokowa została zaopatrzona według ogólnie przyjętych zasad. Następnie dokonano operacyjnego usunięcia zęba 28 i zęba dodatkowego w tej samej okolicy (ryc. 4). Nie stwierdzono połączenia ze światłem lewej zatoki szczękowej. Rany zaszyto na glucho. Założono szwy wchłaniające. Pacjent otrzymał Biotraxon i Metronidazol we wlewie dożylnym.

Badanie kontrolne po upływie pierwszej doby od operacji wykazało niewielkie obrzmienie okolicy okołozabiegowej oraz podwyższoną temperaturę.

W drugiej dobie prawą zatokę szczękową przepłukano „na tępo” fizjologicznym roztworem soli, uzyskując czyste popłuczyny z niewielką domieszką skrzepów krwi. Chorego wypisano do domu w szóstej dobie po operacji w stanie ogólnym dobrym. W wy-

niku badania kontrolnego stwierdzono prawidłowo przebiegający proces gojenia pola operacyjnego. Choremu przepisano Zinnat, w dawce 500 mg co 12 godzin. Otrzymany wynik badania histopatologicznego brzmiał: *Cystis epidermalis in statu inflammatoris chronicae granulomatosae*.

#### Wnioski i podsumowanie

Podobieństwo objawów w przypadku różnych jednostek chorobowych wymaga od lekarza prowadzącego wiedzy, a także doświadczenia klinicznego. Opisany przypadek jest przykładem, jakie trudności może napotkać lekarz stomatolog w trakcie stawiania diagnozy. Jest też potwierdzeniem, jak ważnym elementem w procesie leczenia jest dokumentacja radiologiczna. Wskazuje także na konieczność szerokiego interdyscyplinarnego podejścia do chorego.

**Piśmiennictwo** – 9 pozycji – u autorów

Klinika stomatologiczna z filią  
(7 lat doświadczenia na rynku)

**poszukuje lekarzy stomatologów  
wszelkich specjalności**

**Domek szeregowy  
z dobrze prosperującym gabinetem  
stomatologicznym w Gdańsku  
sprzedam**

**Zbieraj punkty edukacyjne**

z **MS**

Test **100 punktów**

Prenumerata

„Magazynu Stomatologicznego”

**5 punktów**

w okresie rozliczeniowym