

Anna Janas¹, Rafał Stelmach², Piotr Osica²

DUŻA TORBIEL ZAWIĄZKOWA SPOWODOWANA ZATRZYMANYM ZĘBEM 25*

LARGE DENTIGEROUS CYST CAUSED BY RETAINED TOOTH 25

¹Zakład Stomatologii Ogólnej UM w Łodzi

²Zakład Chirurgii Stomatologicznej UM w Łodzi

Streszczenie

Torbiele zawiązkowe należą do łagodnych, niezapalnych torbieli zębopochodnych, nie dających dolegliwości i najczęściej są rozpoznawane przypadkowo podczas badania radiologicznego. W pracy przedstawiono opis przypadku dużej torbieli zawiązkowej z zatrzymanym zębem 25. Na zdjęciu pantomograficznym widoczna była duża torbiel zawiązkowa zlokalizowana z boku wokół korony zatrzymanego zęba 25. W procedurach chirurgii jednego dnia wyłuszczone torbiel wraz z zatrzymanym zębem. Wykonano plastykę połączenia ustno-zatokowego. Po upływie 3 miesięcy wdrożono leczenie ortodontyczne w Zakładzie Ortodontji UM w Łodzi.

Słowa kluczowe: torbiel zawiązkowa, zatrzymany ząb, wyłuszczenie

Abstract

Follicular cysts are benign, non-inflammatory odontogenic cysts, usually painless and discovered during routine radiographic examination. The article describes a case of a large follicular cyst with retained tooth 25. Pantomographic x ray showed the presence of a large follicular cyst located on the side of the impacted 25 tooth. The cyst has been enucleated and the tooth extracted surgically with subsequent closure of oro-antral communication. After 3 months orthodontic treatment was initiated.

Key words: follicular cyst, retained tooth, enucleation

DEV. PERIOD MED., 2014, XVIII, 3, 356-359

Torbiel zawiązkowa (*cystis follicularis*) rozwija się z zawiązka zęba wskutek zaburzeń rozwojowych. Zaburzenie występujące w okresie początkowym, powoduje tworzenie torbieli i bezzębnej, zawierającej płyn, gdyż twarde tkanki jeszcze się nie rozwinęły. Zaburzenie pojawiające się w okresie późniejszym, powoduje pojawienie się torbieli zawierającej niedokształcony ząb lub resztki zębów. W trzecim okresie zwanym tworzeniem się korony, spotyka się w torbielach zawiązkowych wykształcony ząb lub jego koronę. Torbiel występująca w okresie drugiego ząbkowania jest niebolesna i daje zniekształcenie szczęk. Nabłonek torbieli zawiązkowej ma charakter nabłonka

szkliwnego, w której znajduje się dobrze rozwinięty ząb lub jego szczątki (*kyste dentifere*). Natomiast w odpowiednim miejscu łuku zębowego brak jest zęba stałego. Obecność torbieli nie zawierającej zęba świadczy o wczesnym jej powstaniu, zanim nastąpił rozwój i zwapnienie zawiązka. Rodzaj nabłonka wyściełającego mieszek torbieli jest zależny od czasu wystąpienia zaburzeń rozwojowych. Najczęściej nabłonek jest warstwowy, rzadziej cylindryczny. Łącznotkankowy mieszek torbieli zawiązkowej nie różni się od torbieli korzeniowej (1, 2).

Celem pracy było przedstawienie przypadku dużej torbieli zawiązkowej z zatrzymanym zębem.

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

OPIS PRZYPADKU

13-letni chłopiec został skierowany do naszego szpitala przez lekarza stomatologa, z powodu braku zęba 25 w łuku zębowym i asymetrii twarzy po stronie lewej. W wywiadzie matka dziecka nie podawała przebytych chorób przez dziecko oraz urazu twarzowej części czaszki. Pacjent w stanie ogólnym dobrym, bez dolegliwości bólowych. Trzy miesiące wcześniej, przed przybyciem do naszego zakładu chłopiec był leczony przez lekarza stomatologa z powodu wygórowania w okolicy zęba 25. Terapia polegała na nacięciu wewnątrzustnym i antybiotykoterapii, jednak nie uzyskano poprawy.

Badaniem zewnątrzustnym stwierdzono niewielką asymetrię twarzy spowodowaną wygórowaniem okolicy policzkowej po stronie lewej. Innych odchyień od stanu prawidłowego nie obserwowano.

W badaniu wewnątrzustnym stwierdzono przetrwały ząb 65, brak zęba 25 w łuku zębowym (ryc. 1). Badaniem palpacyjnym wyrostek zębodołowy szczęki w okolicy zęba 25 był niebolesny z widoczną blizną, co świadczyło o wcześniej wykonywanym nacięciu. Stwierdzono stan zapalny błony śluzowej jamy ustnej.

Na zdjęciu pantomograficznym widoczne było jednolite przejaśnienie o gładkich zarysach ostro odgraniczone od otaczającej kości oraz poziomo zatrzymany ząb 25 i ząb przetrwały 65 (ryc. 2).

Matce chłopca przedstawiono rozpoznanie oraz jednoczasowy plan leczenia chirurgicznego w procedurach chirurgii jednego dnia i po uzyskaniu pisemnej zgody wyznaczono termin zabiegu.

W znieczuleniu ogólnym usunięto przetrwały ząb 65 (ryc. 3). Następnie nacięto kątowno płat śluzówkowo-okostnowy, który odwarstwiono. Powyższa procedura nie uwidoczniła zatrzymanego zęba, dlatego zdjęto wiertłem maszynowym warstwę korową kości, ranę przepłukano roztworem soli fizjologicznej. Takie postępowanie pozwoliło na odsłonięcie korony zatrzymanego poziomo zęba 25 (ryc. 4), który usunięto dźwignią prostą Beina (ryc. 5). Zatrzymany ząb miał prawidłową budowę anatomiczną, zaś korzeń był zakrzywiony. Następnie wyłuszczono torbiel, która zawierała płyn koloru żółtego. Ze względu na wcześniejsze nacięcie wygórowania poza naszym zakładem, usunięcie torbieli w całości sprawiło trudności i dlatego wyłuszczono ją w częściach (ryc. 6 i 7). Materiał pooperacyjny przesłano do badania histopatologicznego Katedry Histopatologii UM w Łodzi. Ranę pooperacyjną przepłukano. Wykonano plastikę połączenia ustno-zatokowego. Przebieg śród i pooperacyjny był bez powikłań.

Po wykonanym zabiegu chłopca przekazano do sali wybudzeń, gdzie lekarz kontrolował stan ogólny pacjenta. Szczególnie zwracano uwagę na problemy z oddychaniem, zaburzeniami równowagi i podwójnego widzenia, bólem i zawrotami głowy, nudnościami i wymiotami. Badanie wykluczające powyższe objawy, stwierdzające stan równowagi, pozwalało na podjęcie decyzji, że pacjent pod opieką rodziców może opuścić szpital.

W badaniu kontrolnym w 1. dobie po zabiegu stwierdzono obrzęk okolicy operowanej. Wykonano toaletę rany pooperacyjnej i zlecono dalsze wizyty kontrolne.

W 12. dobie po zabiegu zdjęto szwy. Rana była zagojona prawidłowo.

Wynik badania histopatologicznego potwierdził wstępne rozpoznanie kliniczne: *cystis follicularis*.

DYSKUSJA

Torbiel zawiązkową stanowi około 24% zmian torbielowatych w szczęcie i żuchwie, zaś 75% jest obserwowana jedynie w żuchwie. Jest najczęściej spotykana w jamie ustnej o podłożu niezapalnym i stanowi drugą, co do częstości występowania wśród torbieli zębopochodnych (3).

W okresie, gdy torbiel otoczona jest ze wszystkich stron tkanką kostną, wzrost jej przebiega bezobjawowo i może być ona wykryta jedynie za pomocą badania radiologicznego. Zdarza się często, że na zdjęciu rentgenowskim, wykonanym z innego powodu, zostaje przypadkowo wykryta torbiel zawiązkowa. Postępujący wzrost torbieli powoduje zanik otaczającej kości, powiększenie się wymiarów torbieli prowadzi do rozdzicia kości.

Torbiel zawiązkową spotyka się około 30 razy rzadziej w porównaniu z torbielą korzeniową. Umieściawia się ona zarówno w szczęcie jak i żuchwie. Tworzy się z pozostałości narządu szkliwotwórczego w okresie, kiedy już powstało szkliwo. Nabłonkowa resztką leży nad koroną. W torbieli lub między nią a szkliwem gromadzi się płyn. Do powstałej torbieli wciska się korona. Torbiel jest przyczepiona do zęba na wysokości szkliwa i cementu. Wytwarza się z zawiązków zębów stałych i u dzieci, jest najczęstsza wśród torbieli żuchwy (4). W opisanym przez nas przypadku torbiel zawiązkowa zlokalizowana była w szczęcie.

W populacji dorosłych ujawnia się najczęściej między 20 a 50 rokiem życia, przeważnie przy kle w szczęcie lub przy trzecim zębie trzonowym żuchwy lub szczęki (5). Umiejscowione jest w głębi zębodołu, osiągając nieraz spore wymiary może niszczyć kość oraz przemieszczać zęby. Czasem przebieg bywa klinicznie bezobjawowy. Wyściółkę cysty stanowi nierogowaciejący nabłonek wielowarstwowy płaski o niewielu warstwach komórek dość równomiernej grubości z pojedynczymi ameloblastami. Wokół torbieli czasem występuje naciek zapalny. Znajdujący się w torbieli płyn jest żółtawy, zawiera białko (5-7 g/dl), oraz cholesterol, jest hipertoniczny, co powoduje powiększenie się torbieli. Tworzyć może się nad koroną zęba lub z boku od niej (6). U leczonego przez nas pacjenta znajdowała się nad koroną zatrzymanego zęba 25.

Talagi i wsp. (7) wyróżnia 3 typy torbieli z opisanym powyżej nabłonkiem, jako cechą wspólną:

1. torbiel bez zawiązka zęba,
2. torbiel z zawiązkiem zęba wykształconym częściowo,
3. torbiel z zawiązkiem zęba wykształconym całkowicie.

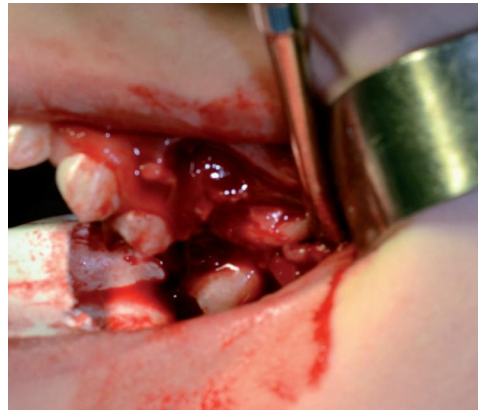
Biorąc pod uwagę powyższy podział, w opisanym przez nas przypadku był to 3 typ torbieli.

Rozpoznanie torbieli ustala się na podstawie badania klinicznego i radiologicznego. Badaniem radiologicznym znacznie łatwiej jest ustalić obecność torbieli w żuchwie, niż w szczęcie. W szczęcie często trudno jest odróżnić torbiel w obrębie wyrostka zębodołowego od głębokiego zachyłka dna zatoki, wpuklającego się między korzenie zębów. Także trudno jest ustalić obecność torbieli w zatoce



Ryc. 1. Widoczny przetrwały ząb 65, brak zęba 25 w łuku zębowym.

Fig. 1. Visible tooth 65, lack of 25 tooth in the dental arch.



Ryc. 4. Odślonięta korona zatrzymanego zęba 25.

Fig. 4. Visible crown of retained 25 tooth.



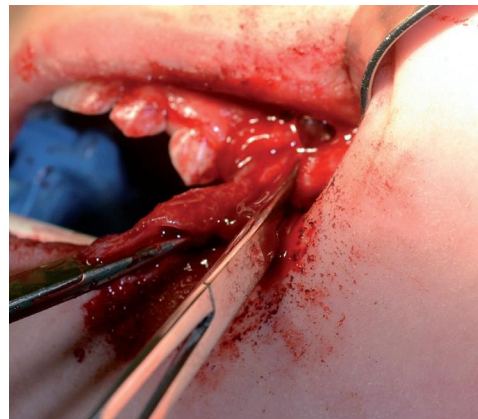
Ryc. 2. Na zdjęciu pantomograficznym widoczne jednolite przejaśnienie o gładkich zarysach ostro odgraniczone od otaczającej kości oraz poziomo zatrzymany ząb 25 i przetrwały 65.

Fig. 2. The OPG shows uniform, focus of higher density with smooth contours sharply demarcated from the surrounding bone and horizontally impacted 25 and persistent 65 tooth.



Ryc. 5. Usunięty poziomo zatrzymany ząb 25 z zakrzywionym korzeniem.

Fig. 5. Surgically removed horizontally impacted 25 with curved root.



Ryc. 3. Usunięty przetrwały ząb 65.

Fig. 3. Surgically removed persistent 65 tooth.

Ryc. 6 i 7. Wyluszczenie torbieli.

Fig. 6 and 7. Enucleation of the cyst.

szczękowej, jeśli nie występuje cień przegrody kostnej, oddzielającej torbiel od światła zatoki. Wskazane jest wówczas wykonanie endoskopii i badanie przy użyciu tomografu komputerowego. W symptomatologii radiologicznej torbieli zawiązkowej dominują objawy jednokomorowych ubytków kości o wyraźnie zaznaczonych brzegach, zazwyczaj z otoczką sklerotyczną, zaś w świetle zmiany tkwi zawiązek zęba zwrócony koroną do światła zmiany. Wczesną postacią torbieli zawiązkowej jest torbiel erupcyjna. Charakteryzuje się zniekształceniem łożyska oraz poszerzeniem mieszka zawiązka zęba o ponad 3-4 mm (8, 9, 10, 11).

Należy również podkreślić, że trudności rozpoznawcze mogą wystąpić w przypadkach zakażenia zawartości torbieli. Występujące wówczas ostre objawy zapalne mogą sugerować obecność ropnia podokostnowego lub podśluzówkowego. Lekarze często, o czym świadczy przedstawiony przez nas opis przypadku, bez uprzedniego badania radiologicznego przystępują do nacięcia domniemanego ropnia.

Torbiel zawiązkową należy różnicować:

- 1) ze szkliwiakiem, ze względu na często występujące podobieństwo w obrazie klinicznym i radiologicznym
- 2) z rakiem kolczystokomórkowym.

Decydujące w rozpoznaniu torbieli jest badanie histopatologiczne.

W opisanym przypadku po 3 miesiącach po wykonanym leczeniu chirurgicznym, polegającym na wyluszczeniu torbieli zawiązkowej oraz usunięciu poziomo zatrzymanego zęba 25 i przetrwałego 65, chłopca przekazano do leczenia ortodontycznego w Zakładzie Ortodontyki UM w Łodzi zgodnie z zaleceniami *Kawali* i wsp. (12).

WNIOSEK

W omówionym przypadku zastosowano jednoetapowe leczenie torbieli, jednak wybór terapii musi być dobrany indywidualnie dla każdego pacjenta, po wykonaniu dokładnego badania podmiotowego i przedmiotowego oraz wnikliwej analizie zdjęcia pantomograficznego.

PIŚMIENNICTWO

1. *Janas A., Grzesiak-Janias G.*: Zatrzymany stały kieł dolny powodem obecności zęba przetrwałego i torbieli zawiązkowej. *Por. Stomat.*, 2009, 3, 111-113.
2. *Kaneda T., Minami M., Kurabayashi T.*: Benign odontogenic tumors of the mandibulae and maxilla. *Neuroimaging Clin. N. Am.*, 2003, 13, 495-507.

3. *Janas A., Grzesiak-Janias G., Olszewski D., Zielińska K.*: Duża torbiel zawiązkowa zlokalizowana w trzonie i gałęzi żuchwy. *Por. Stomat.*, 2008, 10, 259-262.
4. *Suresh R., Janardhanan M., Joseph A., Vinodkumar R., Peter S.*: Rare case of dentigerous cyst in a one year old child: the earliest known reported occurrence. *Head Neck Pathol.*, 2011, 5, 171-174.
5. *Janas A.*: Ząb przetrwały, zębiak, torbiel zawiązkowa i zatrzymany stały kieł górny u 13-letniego chłopca. *Por. Stomat.*, 2009, 5, 178-180.
6. *Pramad D., Shukla J.*: Dentigerous cyst of maxilla in a young child. *Natl. J. Maxillofac. Surg.*, 2011, 1, 196-199.
7. *Talagi S., Koyama S.*: Guided eruption of an impacted second premolar associated with a dentigerous cyst in the maxillary sinus of a 5-year old child. *J. Ora. Maxillofac. Surg.*, 1998, 56, 237-239.
8. *Kawamura T., Kushiro H., Hariya M.*: Large follicular cyst of the maxilla associated with sinusitis, including endoscopic observations. Report of a case. *J. Oral Surg.*, 1980, 26, 221-223.
9. *Golden A., Forte J., Lally E.*: Dentigerous cyst of the maxillary sinus causing of the orbital floor. *Oral Surg.*, 1983, 52, 133-135.
10. *Kopczyński P., Flieger R.*: Ocena radiologiczna zmian zębowych spowodowanych obustronną torbielą zawiązkową kłów w szczęce. *Mag. Stomat.*, 2011, 4, 70-72.
11. *Hyuomoto M., Kawakami M., Inoue M., Kirita T.*: Clinical conditions for eruption of maxillary canines and mandibular premolars associated with dentigerous cysts. *Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop.*, 2003, 5, 515-520.
12. *Kawala B., Szeląg J.*: Postępowanie ortodontyczno-chirurgiczne w nietypowych przypadkach zębów zatrzymanych. *Dent. Med. Prob.*, 2006, 40, 355-362.

Wkład Autorów/Authors' contributions

Według kolejności/According to the order of the Authorship

Konflikt interesu/Conflicts of interest

Autorzy pracy nie zgłaszają konfliktu interesów.
The Authors declare no conflict of interest.

Received/Nadesłano: 11.03.2014 r.

Accepted/Zaakceptowano: 15.04.2014 r.

Published online/Dostępne online

Adres do korespondencji:

Piotr Osica

Zakład Chirurgii Stomatologicznej UM w Łodzi

ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź

e-mail: pioosica@interia.pl

tel. 692-607-174