

Podwójny mesiodens w uzębieniu mieszanym – opis przypadku

Double mesiodens in mixed dentition – case report

¹ Student, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Student, Poznan University of Medical Sciences, Poland

² Katedra i Klinika Chirurgii Stomatologicznej, Chorób Przyzębia i Błony Śluzowej Jamy Ustnej,
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
*Chair and Department of Dental Surgery, Periodontal and Oral Mucosa Diseases,
Poznan University of Medical Sciences, Poland*

DOI: <http://dx.doi.org/10.20883/df.2022.6>

STRESZCZENIE

Praca prezentuje opis przypadku 7-letniej pacjentki z podwójnym mesiodensem z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku zębów nadliczbowych. Zęby miały budowę stożkową. Jeden z nich był częściowo wyrżnięty. Drugi, wykryty w badaniu radiologicznym, był zatrzymany i ułożony poziomo. Z uwagi na stłoczenia siekaczy centralnych podjęto decyzję o ekstrakcji obu zębów nadliczbowych. Zabieg przeprowadzono w znieczuleniu miejscowym. Przebieg gojenia był prawidłowy. W artykule przytoczono statystyki występowania, etiologię, diagnostykę oraz możliwe powikłania i postępowanie w przypadku wykrycia zębów pośrodkowych.

Słowa kluczowe: hiperdoncja, mesiodens, ząb zatrzymany.

ABSTRACT

This paper presents a case report of double mesiodens in 7-year-old female patient with a positive family history of supernumerary teeth. The teeth had a conical shape. One of them was partially erupted. The second, detected by radiological examination, was impacted, and placed horizontally. Due to the crowding of the central incisors, a decision was made to extract both supernumerary teeth. The procedure was performed under local anesthesia. The healing process was normal. The article presents the statistics of occurrence, etiology, diagnostics, possible complications, and management in case of detection of median teeth.

Keywords: hyperdontia, mesiodens, impacted tooth.

Wstęp

Hiperdoncja jest zaburzeniem rozwojowym objawiającym się występowaniem nadmiernej liczby zębów [1, 2]. Zęby te mogą charakteryzować się budową prawidłową dla danej grupy zębowej (zęby dodatkowe) lub nieprawidłową (zęby nadliczbowe). Zaburzenie to jest drugą najczęstszą wadą zębową. Pojawia się pięciokrotnie częściej w uzębieniu stałym (0,1–3,8%) niż w uzębieniu mlecznym (0,01–1,9%) [3].

Najczęściej występującym typem zębów nadliczbowych jest zlokalizowany pomiędzy siekaczami centralnymi szczęki mesiodens (46,9%) [1–7]. Zęby środkowe charakteryzują się zróżnicowaną budową i wielkością. Morfologicznie dzielimy je na eumorficzne – przypominające prawidłowe zęby (częściej występujące w uzębieniu mlecznym) lub heteromorficzne – o różnorodnej budowie. Mesio-

dens najczęściej przyjmuje formę stożkową, charakteryzującą się szczątkowym, całkowicie uformowanym korzeniem i zmniejszoną koroną o kształcie stożka [1, 2, 4]. Rzadziej występujące formy to guzkowata, lejkwata i trzonowcowata [1–4, 7]. Położenie zęba środkowego może być jednostronne, dwustronne lub odwrócone [1–3, 5, 6].

Mesiodens wykrywany jest u 0,15–1,9% społeczeństwa, dwukrotnie częściej u mężczyzn. W 75% przypadków zęby te nie ulegają samoistnemu wyrżnięciu [1, 2]. Obserwuje się pojedyncze lub wiele zębów środkowe. Pojedyncze występowanie spotykamy często, rzadziej (20–30%) zębów pośrodkowych występuje mnogo (podwójnie, potrójnie) [6].

W niniejszej pracy zaprezentujemy opis przypadku pacjentki z podwójnym mesiodensem, z dodatnim wywiadem rodzinnym występowania

zęba środkowego oraz bez stwierdzonych wad wrodzonych.

Opis przypadku

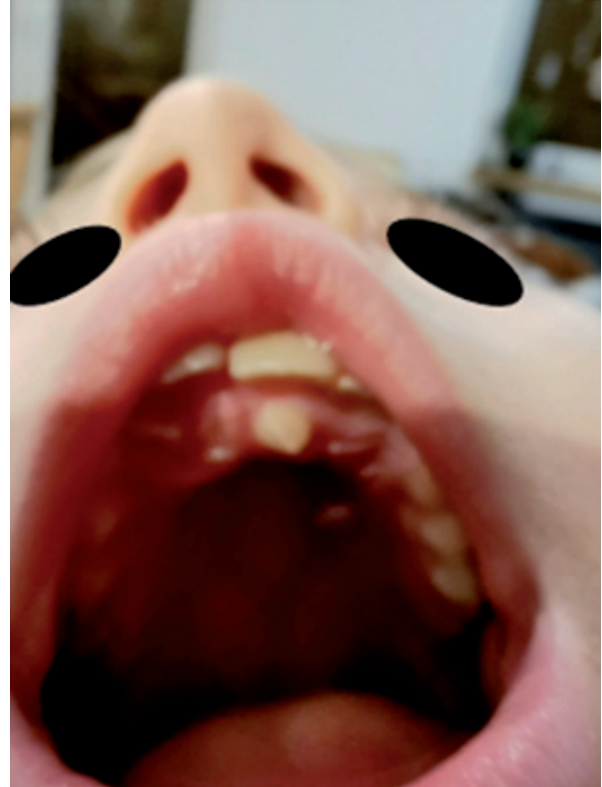
Pacjentka, lat 7 zgłosiła się do Katedry i Kliniki Chirurgii Stomatologicznej i Periodontologii w Poznaniu, skierowana przez ortodontę w celu usunięcia zęba pośrodkowego przed rozpoczęciem leczenia ortodontycznego. Wywiad ogólny wykluczył występowanie mesiodensu jako objawu zespołu chorobowego, współistnienie innych chorób przewlekłych i alergii. Wywiad rodzinny wskazał na istnienie uwarunkowania dziedzicznego – ząb środkowy występował u ojca pacjentki.

W badaniu klinicznym jamy ustnej stwierdzono uzębienie mieszane (zęby mleczne: 55, 54, 53, 63, 64, 65, 73, 74, 75, 83, 84, 85 oraz zęby stałe: 11, 12, 16, 21, 22, 26, 31, 32, 36, 41, 42, 46), stłoczenia siekaczy górnych centralnych oraz widoczny na podniebieniu za zębem 21 ząb dodatkowy o kształcie stożkowym (**rycina 1**). Pacjentka nie zgłaszała żadnych dolegliwości bólowych.

Pacjentkę skierowano na dodatkowe badanie diagnostyczne. Na wykonanym RTG panoramicznym (**rycina 2**) stwierdzono dwa zęby pośrodkowe szczęki, wykluczono inne anomalie zębowe.

W celu poszerzenia diagnostyki pacjentka została skierowana na CBCT. Tomografia stożkowa dostarczyła informacji na temat położenia obu zębów nadliczbowych. Pierwszy, widoczny w jamie ustnej, ustawiony był w pozycji pionowej (M1). Drugi, całkowicie zatrzymany, znajdował się w pozycji poziomej (M2). Wierzchołek korzenia położony był pomiędzy korzeniami zębów 11 i 21 (**ryciny 3 i 4**).

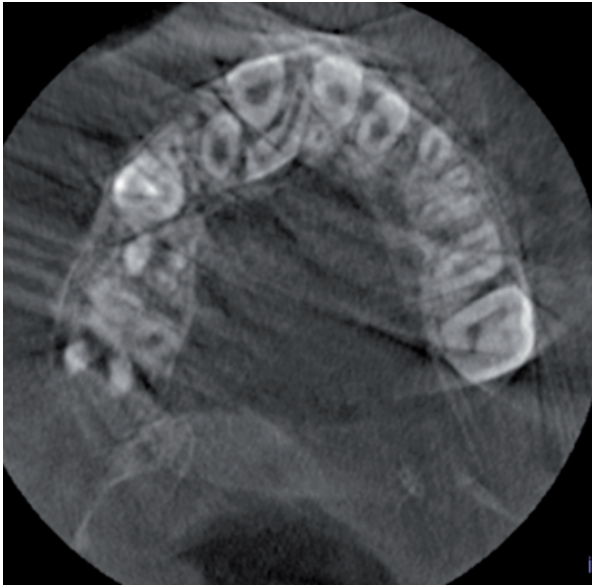
Po analizie badania podmiotowego, przedmiotowego oraz badań dodatkowych zdecydowano



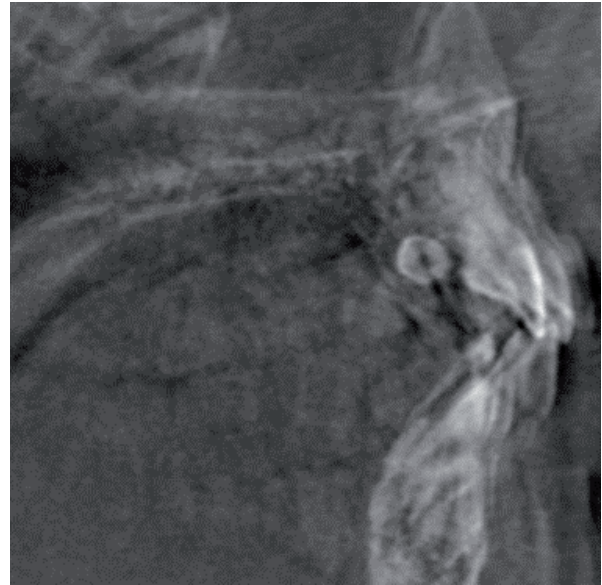
Rycina 1. Obraz kliniczny w dniu pierwszej wizyty
Figure 1. The clinical picture on the first visit



Rycina 2. Zdjęcie pantomograficzne
Figure 2. Panoramic X-ray



Rycina 3. CBCT - przekrój osiowy
Figure 3. CBCT - axial section



Rycina 4. CBCT – przekrój strzałkowy
Figure 4. CBCT - sagittal section

o ekstrakcji zębów. Plan leczenia zakładał usunięcie zęba M2 z dojscia od strony podniebiennej.

Po uzyskaniu zgody rodziców zabieg wykonano w znieczuleniu nasiękowym Scandonest 3%. Usunięto widoczny w jamie ustnej ząb M1. Następnie od strony podniebiennej nacięto i odwarstwiono płat kopertowy na wysokości zębów 14–23. Usunięto wiertłem fragment blaszki kostnej na wysokości zęba 11. Zęby usunięto w całości (**rycina 5**). Zębodoły zaopatrzone gąbką kolagenową. Płat po przywróceniu do pozycji pierwotnej umocowano szwami Dafilon 5/0. Zalecono dietę półpłynną oraz leki przeciwbólowe w razie potrzeby.

W drugiej dobie po ekstrakcji w trakcie kontroli zaobserwowano nieznaczną ruchomość zęba 11. W wywiadzie brak znaczących dolegliwości bólowych (pacjentka zażyła 1 tabletkę paracetamolu w dniu ekstrakcji po ustąpieniu znieczulenia).

Szwy usunięto po 10 dniach. Gojenie przebiegało prawidłowo, ruchomość zęba 11 ustąpiła.

Dyskusja

Etiologia występowania zębów nadliczbowych nie została w pełni wyjaśniona, jednak w literaturze znajdziemy kilka teorii. Teoria atawizmu zakłada obecność mesiodensu jako pozostałości po szczęciu siekaczach pierwszych ssaków łżyskowych [7], teza dychotomii sugeruje powstanie zęba pośredniego w wyniku rozszczepienia zawiązka siekacza centralnego [1, 2, 4, 5, 7]. Z kolei hipoteza naczyniowa wskazuje na związek mesiodensu z przetrwałą tętnicą klinowo-podniebienną [7]. Kolejna teoria sugeruje nadmierną aktywność blaszki

zębowej pod wpływem czynników zewnętrznych [1, 2, 4, 5, 7]. Liczne źródła sugerują skłonność rodzinną do jego występowania, co jest tłumaczone teorią dziedziczenia wielogenowego [5, 7]. Zęby nadliczbowe towarzyszą różnym zespołom chorobowym. Spotykamy je w takich zespołach, jak Crouzona, Aperta, Gardnera, Marfana, Downa, Hallermanna-Streiffa oraz przy rozszczepie wargi i podniebienia, dysplazji obojczykowo-czaszkowej, cherubinkowości [1, 4, 7].

W większości przypadków zęby nadliczbowe są bezobjawowe, wykrywane są przypadkowo w trakcie rutynowego badania klinicznego lub radiologicznego [4–6]. Proces wyrzynania jest opóźniony bądź nie występuje wcale (26–52%). Obecność zęba środkowego może być przyczyną



Rycina 5. Usunięte zęby pośrednie
Figure 5. Removed mesiodens

powstania wielu anomalii. Pojawianie się zębów nadliczbowych może opóźnić lub uniemożliwić wyżynanie pozostałych zębów. Może także prowadzić do rotacji lub przemieszczenia stałych siekaczy centralnych (28–63%) oraz ich dowargowego przesunięcia (82%). Dodatkowo obecność mesiodensu może być przyczyną stłoczeń zębów, powstawania diastemy oraz resorpcji korzeni [2, 4, 7]. Dość często występującym powikłaniem (do 6% przypadków) zatrzymanego zęba pośrodkowego jest powstawanie z ich pęcherzyka torbieli zębo-pochodnych lub zawiązkowych. W rzadkich przypadkach torbiele w dalszej ewolucji histologicznej mogą przeobrazić się w szkliwiaka albo zmianę o charakterze raka wewnątrztorbielowatego – intracystic carcinoma [4]. Typowym powikłaniem dla stożkowego typu zęba środkowego jest wyrzynanie się do jamy nosowej, co może dalej skutkować problemami z oddychaniem i nawracającymi infekcjami [1, 4].

Leczenie hiperdoncji jest uzależnione od położenia, liczby, kształtu zębów dodatkowych, a także wpływu na pozostałe zęby w łuku. Wczesne diagnozowanie pozwala na wybranie odpowiedniej metody leczenia. W przypadku zębów o nieprawidłowej budowie leczenie najczęstszą metodą leczenia jest ekstrakcja. W przypadku zębów bezobjawowych, których lokalizacja nie wpływa na sąsiadujące zęby, możliwe jest odroczenie ekstrakcji i obserwacja [1, 4, 6]. Czas planowanej ekstrakcji może być wczesny (przed 6. rokiem życia) lub późny (pomiędzy 8.–10. rokiem życia) po całkowitym rozwoju korzeni siekaczy centralnych [1, 4, 6]. Wczesna ekstrakcja pozwala uniknąć zaawansowanego i skomplikowanego leczenia ortodontycznego i chirurgicznego w przyszłości. W późnej ekstrakcji z kolei minimalizujemy ryzyko uszkodzenia niedorozwiniętego wierzchołka korzenia zęba sąsiedniego oraz chronimy niegotowe psychicznie dziecko przed niepotrzebną operacją, która w dalszej perspektywie może okazać się nieskuteczna [1, 4]. W opisanej powyżej sytuacji klinicznej leczenie chirurgiczne jest podstawową metodą leczenia pozwalającą ograniczyć dalszy negatywny wpływ zębów dodatkowych oraz umożliwiającą rozpoczęcie leczenia ortodontycznego.

Podsumowanie

Pomimo że występowanie mesiodensu jest obserwowane stosunkowo często, to obecność dwóch zębów pośrodkowych zdarza się stosunkowo rzadko [3]. Badania radiologiczne (OPG, CBCT) są bardzo istotne zarówno na etapie diagnostyki, jak i podejmowania decyzji o dalszym leczeniu. Wcze-

sne wykrycie zębów nadliczbowych pozwala uniknąć skomplikowanego leczenia ortodontycznego. Jeśli mesiodens jest przyczyną powikłań, na przykład stłoczenia zębów sąsiadujących, główną metodą leczenia jest ekstrakcja zęba.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

- [1] Primosch RE. Anterior supernumeraryteeth -- assessment and surgical intervention in children. *Pediatric Dentistry*. 1981. Vol. 3, No. 2 204–215.
- [2] Russell KA, Folwarczna MA. Mesiodens – Diagnosis and Management of a Common Supernumerary Tooth. *JCDA*. 2003. Vol. 69, No. 6. 362–366.
- [3] Bruzda-Zwiech A, Marut-Krawczyńska K, Janas-Naze A, Szczepańska J. Podwójne zęby środkowe szczęki w uzębieniu mlecznym – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa. *Nowa Stomatologia* 3/2020; 63–68
- [4] Lucas Penalva PM, Perez-Albacete Martinez C, Ramirez Fernandez MP, Mate Sánchez De Val JE, Calvo Guirado JL. Mesiodens: Etiology, Diagnosis and Treatment: A Literature Review. *BAOJ Dentistry*. 2015; 1:002.
- [5] Rana SS, Ohri N. Double mesiodens in mixed dentition period: Report of 3 cases. *SRM J Res Dent Sci* 2018;9:125–9.
- [6] Parampill A, Rastogi R, Bhatia R. A rare case report of dual mesiodens. *SRM J Res Dent Sci* 2020;11:87–90.
- [7] Greinke M. Mesiodens as the Most Common Supernumerary Tooth – Literature Review. *Dent. Med. Probl.* 2013, 50, 4, 476–479.

Zaakceptowano do edycji: 11-01-2023
Zaakceptowano do publikacji: 11-01-2023

Adres do korespondencji:

sklewinsteinbock@ump.edu.pl