



Janusz Goch¹, Sylwia Klewin-Steinböck², Marzena Liliana Wyganowska²

Torbiel pierwotna żuchwy – opis przypadku

Keratocystic odontogenic tumor of the mandible – case report

¹ Genesis Stomatologia i Medycyna, Zamojska 51, Biłgoraj, Polska
Private practice, Zamojska 51, Biłgoraj, 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.2023.4>

STRESZCZENIE

Praca prezentuje przypadek torbieli pierwotnej żuchwy u 60-letniego pacjenta. Pacjent zgłosił się z powodu utrzymujących się od miesiąca dolegliwości bólowych i narastającego obrzęku policzka. W badaniu klinicznym stwierdzono ból na ucisk w okolicy zatrzonowcowej. Badanie radiologiczne pokazało rozległą torbiel żuchwy strony prawej. Podjęto decyzję o wyłuszczeniu torbieli w znieczuleniu miejscowym. Przebieg gojenia był prawidłowy. Badanie histopatologiczne potwierdziło torbiel pierwotną.

Słowa kluczowe: torbiel żuchwy, torbiel pierwotna.

ABSTRACT

The paper presents a case of a 60-year-old patient with a primary mandibular cyst. The patient complained of pain and increasing cheek swelling that had been ongoing for a month. Clinical examination revealed pain on pressure in the retromolar region. Radiological examination revealed an extensive cyst of the right mandible. The decision was made to enucleate the cyst under local anesthesia. The healing process was normal. Histopathological examination confirmed the primary cyst.

Keywords: mandibular cyst, keratocystic odontogenic tumor.

Wstęp

Torbiele należą do najczęstszych zmian patologicznych rozwijających się w kościach szczęki i żuchwy [1–4]. Ich cechą charakterystyczną jest powolny i początkowo bezobjawowy wzrost powodujący powstanie różnej wielkości jam kostnych. W późniejszym etapie, w miarę wzrostu torbieli mogą pojawiać się objawy bólowe i obrzęk. Torbiel rogowaciejąca została opisana po raz pierwszy przez Philipsena w 1956 roku, a następnie Shear w 1960 roku opracowała histologiczne kryteria dla jej rozpoznania [5, 6]. Leczenie torbieli w opinii większości autorów jest wyłącznie chirurgiczne, polegające na ich wyłuszczeniu [7]. Z uzasadnionych wskazań stosowane jest leczenie chirurgiczne dwuetapowe – najpierw odbarczenie, a następnie wyłuszczenie [8, 9].

Torbiel pierwotna (torbiel rogowaciejąca, *keratocystis*) powstaje w wyniku zaburzeń rozwojowych narządu szklivnego, z resztek przetrwa-

łego nabłonka szklivnego listewki zębowej lub narządu szklivotwórczego bez cech mineralizacji [10]. Torbiel rogowaciejąca stanowi od 4,0 do 10,0 % wszystkich torbieli żębopochodnych [10–12]. Analiza przeprowadzona przez Brannon'a [11] na materiale 312 torbieli rogowaciejących wykazała najczęstsze występowanie tej torbieli w drugiej i trzeciej dekadzie życia, częściej u mężczyzn niż u kobiet i dwukrotnie częściej w żuchwie niż w szczęce. Dwukrotnie częstsze występowanie w żuchwie potwierdza Bartkowski [8]. W 2005 r. WHO dokonała rekasyfikacji keratocyst odontogennych (OKC) jako guzów, zalecając jako właściwą nazwę keratocystic odontogenic tumor (KCOT). W 2017 r. WHO zmieniła nazwę odontogenic keratocystic tumor z powrotem na odontogenic keratocyst (OKC).

Keratocysta zawiera płynną, gęstą treść. W obrazie mikroskopowym zbudowana jest z cienkiej torebki łącznotkankowej i nabłonka wielowar-

stwowego płaskiego z cechami orto- i parakera- tozy. Wykazuje nietypowy rodzaj wzrostu – z nabłonka torbieli mogą wrastać do otoczenia wąskie pasma komórkowe, które z kolei mogą się przekształcić w torbiele satelitarne. Ponieważ jej doszczętne wyłuszczenie podczas zabiegu operacyjnego nie zawsze jest możliwe, charakteryzuje się znaczną skłonnością do nawrotów (około 60%) [8, 9]. Istnieje możliwość rozwoju raka płaskonabłonkowego, ale jest ona niewielka [13, 14].

Keratocysty w trakcie wzrostu niszczą kość, mogą prowadzić do zmiany pozycji i rozchwiania zębów. Dodatkowo mogą być przyczyną zaburzeń czucia oraz złamań patologicznych. Niszczenie kości nie jest tak intensywne jak w przypadku torbieli korzeniowej i częściej dotyczy istoty gąbczastej niż zbitiej. Kość na ogół ulega rozdęciu wzdłuż wyrostka zębodołowego. Torbiel rogowaciejąca bywa jedno- lub wielokomorowa. W obrazie rentgenowskim charakterystyczny jest znaczny wymiar podłużny przy stosunkowo niewielkim wymiarze poprzecznym. Widoczne mogą być przegrody kostne. Mnogie torbiele pierwotne są charakterystyczne dla zespołu Gorlina-Goltza (zespół nabłonniaków znamionowych, nevoid basal cell carcinoma syndrome, NBCCS) [15, 16].

Opis przypadku

Pacjent, lat 60, zgłosił się do Katedry i Kliniki Chirurgii Stomatologicznej, Chorób Przyzębia i Błony

Śluzowej Jamy Ustnej UM w Poznaniu z powodu dolegliwości bólowych okolicy zatrzonowcowej żuchwy po stronie prawej oraz narastającego obrzęku policzka. Dotychczasowe leczenie antybiotykami (Dalacin C 300 mg przez 5 dni, a następnie Augmentin 1000 mg 2 razy dziennie przez 7 dni) zaordynowane przez lekarza rodzinnego nie przyniosło żadnej poprawy. Pacjent został skierowany do chirurga stomatologicznego w celu diagnozy i dalszego leczenia. Po wywiadzie i badaniu zalecono diagnostykę radiologiczną (CBCT). W obrazie radiologicznym (**Ryciny 1–4**) stwierdzono dwukomorową torbiel położoną za ostatnim zębem trzonowym. Dodatkowo badanie żywotności (reakcja na bodźce elektryczne) potwierdziło prawidłową reakcję zęba sąsiadującego ze zmianą. W trakcie pierwszej wizyty torbiel została odbarczona poprzez punkcję. Uzyskano około 20 ml płynu ropno-krwistego. Zabieg wyłuszczenia torbieli został zaplanowany za miesiąc.

W znieczuleniu przewodowym artykainą (Citicartin 200) przeprowadzono cięcie wzdłuż wyrostka zębodołowego, a następnie odwarstwiono płat śluzówkowo-okostnowy. Bardzo cienka górna ściana kości pozwoliła przy użyciu raspatora na wykonanie okienka. Torbiel została wyłuszczonej w całości. Uzyskany materiał biologiczny wysłano do badania histopatologicznego. Jama torbieli została wypełniona CGF (concentrated growth factors, skoncentrowane czynniki wzrostu) uzyskanym



Rycina 1. CBCT – obraz trójwymiarowy

Figure 1. CBCT – three-dimensional image

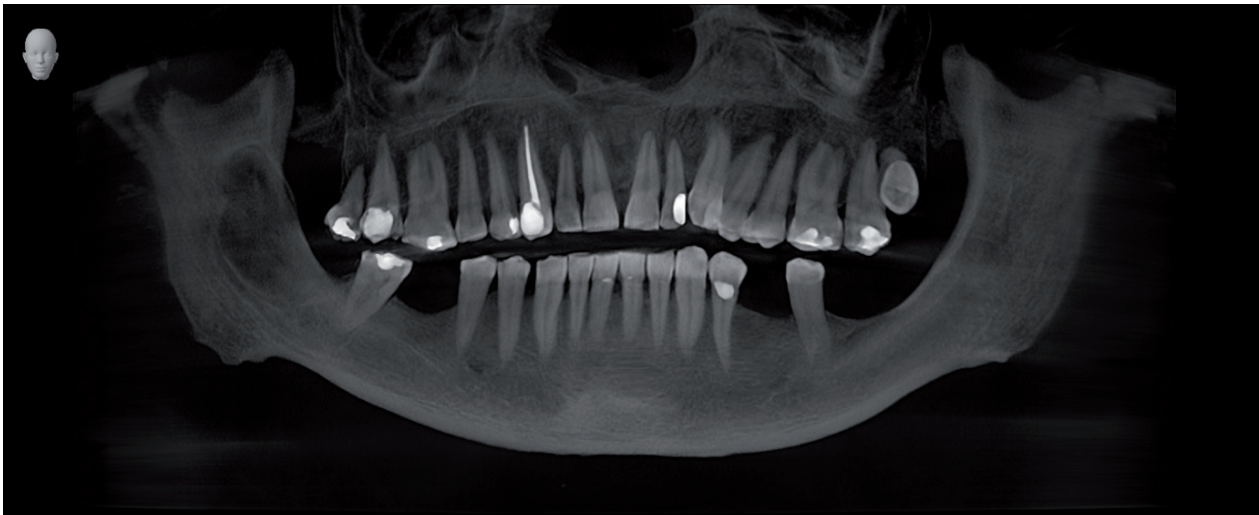
z krwi obwodowej pacjenta. Ranę zaopatrzono szwami materacowymi, nićmi monofilamentowymi Dafilon 4/0. Dodatkowo włączono antybiotykoterapię pozabiegową (Clindamycin-MIP 600 mg co 12 godzin przez sześć dni). Szwy usunięto po 10 dniach. Gojenie przebiegało prawidłowo. Podczas kolejnej wizyty kontrolnej (po miesiącu od zabiegu) pacjent nie zgłaszał żadnych dolegliwości. Kolejna wizyta kontrolna została zaplanowana po 6 miesiącach w celu oceny gojenia zmian w kości.

Badanie histopatologiczne wykazało przekroje ściany torbieli wystanej nabłonkiem wielowarstwowym płaskim (8–10 warstw komórek), z wy-

datną warstwą bazalną i ogniskową widoczną cienką warstwą parakeratozy. W świetle i ścianie torbieli widoczna ziarnina zapalna. Ponadto w ścianie torbieli, pod nabłonkiem, nacieki przewlekłego zapalenia i dość licznie rozproszone makrofagi obładowane hemosyderyną. Fragmenty bełczek kostnych i gruczołu ślinowego. Przy zgodności z badaniem klinicznym, obraz mikroskopowy odpowiadał: odontogenic keratocyst.

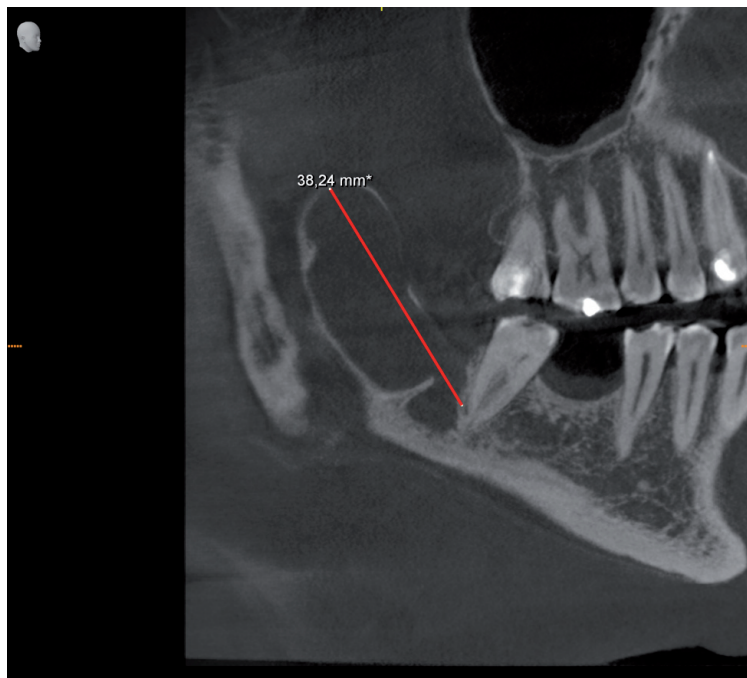
Dyskusja

Leczenie torbieli pierwotnej jest wyłącznie chirurgiczne. Preferowaną metodą jest całkowit-



Rycina 2. CBCT – przekrój łuku

Figure 2. CBCT – arch section



Rycina 3. CBCT – przekrój strzałkowy

Figure 3. CBCT – sagittal section



Rycina 4. CBCT – przekrój czołowy.
Figure 4. CBCT – frontal section

te wyłuszczenie mieszka torbieli nazywane cystectomią lub metodą Partcha II [8]. Polega ona na całkowitym wyłuszczeniu mieszka torbieli wraz z jej zawartością i następnym zeszcyciu na głucho rany pooperacyjnej. W wybranych przypadkach stosuje się metodę dwuetapową, zwaną też cystomią lub metodą Partcha I [8]. Metoda Partsch I wycięcie fragmentu ściany torbieli i przekształceniu jamy torbieli w dodatkowy uchyłek jamy ustnej, co stanowi pierwszy etap leczenia metodą dwuetapową. Wadą jej jest pozostawienie mieszka torbieli, co niesie ze sobą ryzyko wznowy lub transformacji nowotworowej. Obecnie cystomia stosowana jest najczęściej w przypadku dużych torbieli [17, 18]. Istnieją różne modyfikacje tych metod, np. modyfikacja Drozdowskiego, polegająca w pierwszym etapie na wytworzeniu okna w ścianie torbieli oraz jej odbarczeniu. Zarośnięciu wytworzonego otworu zapobiega zastosowanie obturatora. Jest ona zabiegiem technicznie prostszym i oszczędzającym tkanki [8]. Inną modyfikacją metody Partcha I jest metoda Jankowskiego [19]. Polega na całkowitym jednoczesnym wyłuszczeniu rozległych torbieli i wgłobieniu płata śluzówkowo-okostnowego do kostnej jamy pooperacyjnej. Zastosowana u naszego pacjenta metoda dwuetapowa miała na celu w pierwszej kolejności odbarczenie torbieli oraz zmniejszenie

dolegliwości bólowych, a w następnej kolejności całkowite jej wyłuszczenie.

Podsumowanie

Rozwój torbieli pierwotnej może przez długi czas może przebiegać bezobjawowo, co może doprowadzić do znacznej destrukcji kości. Często zostają one rozpoznane przypadkowo podczas badania radiologicznego. Leczenie jest wyłącznie chirurgiczne, a pacjent ze względu na duże prawdopodobieństwo wznowy wymaga wieloletniej obserwacji klinicznej oraz radiologicznej.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

- [1] Knapik S, Kowol L, Majewski H. Torbiele szczęki i żuchwy. *Czas Stomat.* 1973;26:377–383.
- [2] Mosqueda-Taylor A, Irigoyen-Camacho ME, Diaz-Franco MA, Torres-Tejero MA. Odontogenic cysts. Analysis of 856 cases. *Medicina Oral.* 2002;7(2):89–96.
- [3] Nakamura T, Ishida J, Nakano Y, Ishii T, Fukumoto M, Izumi H, Kaneko K. A study of cysts in the oral re-

- gion. Cysts of the jaw. Journal of Nihon University School of Dentistry. 1995;37(1):33–40.
- [4] Szyszkowska AM, Gałkowska E. Ocena statystyczna 117 przypadków torbieli korzeniowych. Czas Stomat. 1986;39:535–540.
- [5] Dubiel-Bigaj M. Torbiele zębopochodne – histogeneza, histologia, możliwości transformacji nowotworowej. Pat Pol. 1993;44:45–54.
- [6] Kobos J, Łyszkiewicz-Dreslewska B, Hendzel K. Zębopochodna torbiel rogowaciejąca (odontogenic keratocyst). Opis dwóch przypadków i przegląd piśmiennictwa. Czas Stomat. 1995;48:39–45.
- [7] Fliger S, Lewandowski L. Klinika i leczenie torbieli zębopochodnych. Poznańska Stomat. 1992;9–15.
- [8] Kaczmarzyk T, Stypułowska J, Tomaszewska R. Torbiele obszaru szczękowo-twarzowego. Metody leczenia torbieli obszaru szczękowo-twarzowego. Wydawnictwo Kwintesencja, Warszawa; 2015. s. 252–273. Polski.
- [9] Ephros H, Lee HY. Treatment of a Large Odontogenic Keratocyst Using the Brosch Procedure. J Oral Maxillofac Surg. 1991;49:871–874.
- [10] Sciubba JJ, Fantasia JE, Kahn LB. Tumors and cysts of the jaws. Atlas of tumor pathology. Armed Forces Institute of Pathology. Washington, D.C. 2001.
- [11] Brannon RB. The odontogenic keratocyst. A clinicopathologic study of 312 cases. Part I. Clinical features. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1976;42:54–72.
- [12] Daley TD, Wysocki GP, Pringle GA. Relative incidence of odontogenic tumors and oral and jaw cysts in a Canadian population. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1994;77:276–80.
- [13] Meara JG, Shah SS, Li KK. The odontogenic keratocyst: a 20-year clinicopathologic review. Laryngoscope. 1998;108(2):280–3.
- [14] Piloni MJ, Keszler A, Itoiz ME. Agnor as a marker of malignant transformation in odontogenic keratocysts. Acta Odontol Latinoam. 2005;18(1):37–42.
- [15] Crutchfield CE, Geiger J. What syndrom is this? Case report Gorlin Syndrome. Referenc Pediatric Dermat. 2000;17:484–486.
- [16] Kim HM, Lim SJ, Cho YC, Sung IY, Son JH. Management of multiple odontogenic keratocysts associated with nevoid basal cell carcinoma syndrome: a case report of 11-year follow-up. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2022;48(6):386–389.
- [17] Tyndorf M, Arkuszewski P, Manowska B. Współczesne metody leczenia chorych z torbielami części twarzowej czaszki. e-Dentico. 2009;22:94–102.
- [18] Ochsenius E, Escobar E, Godoy L, Penafiel C. Odontogenic cysts: analysis of 2944 cases in Chile. Med Oral Pathol Oral Cir Bucal. 2007;12:85–91.
- [19] Wziątek-Kuczmik D, Drugacz J, Niedzielska I, Pająk J, Wziątek W. Chirurgiczne leczenie torbieli zębopochodnych w materiale Katedry i Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej ŚAM w Katowicach. Poradnik Stomatologiczny. 2004;38:5–8.

Zaakceptowano do edycji: 18.10.24
Zaakceptowano do publikacji: 30.01.25

Adres do korespondencji:
e-mail: nkokowicz@ump.edu.pl