

Całkowite wbicie centralnych siekaczy górnych w uzębieniu mlecznym – postępowanie stomatologiczne na podstawie trzech przypadków klinicznych

Total intrusion upper central incisors in primary dentition – report of three cases

Katedra i Zakład Stomatologii Wieku Rozwojowego, Uniwersytet Medyczny, Łódź
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Joanna Szczepańska

KEY WORDS

primary teeth, trauma, case reports

SUMMARY

One third of all children in the primary dentition stage suffer from traumatic injuries to the mouth. Tooth intrusion is the most common dental trauma during infancy. Intrusion drives the tooth deeper into alveolar socket, which results in damage to the pulp and periodontium. The primary teeth most frequently injured are the maxillary central incisors and dental luxations are more common than crown fractures. We described 3 cases of total intrusion upper central incisors in primary dentition in infants aged 2.-3. years old. Clinical and radiographic examinations were use for the evaluation for a period 1.5 year. In all cases teeth have been displaced towards or through the labial bone plate and spontaneous eruption was observed after one month without any periapical periodontitis, alveolar abscess or discoloration. It is suggested that cases of intrusion of primary tooth should be observed until some disturbing symptom reveals instead of surgical treatments.

WSTĘP

W okresie rozwojowym dziecka pomiędzy 2.-3. rokiem życia często dochodzi do urazów zębów mlecznych (1-3). Jak wynika z piśmiennictwa, urazowi ulegają najczęściej przyśrodkowe siekacze, częściej w szczęce niż w żuchwie (1, 2, 4). Zwykle następstwem urazu w uzębieniu mlecznym jest zwichnięcie częściowe, które stanowi 21-81% wszystkich uszkodzeń zębów mlecznych (2, 5, 6). Przyczyny uszkodzeń zębów są różne i zależą od: wieku pacjenta, siły urazu, miejsca jego działania i wytrzymałości tkanek. U małych dzieci przyczyną jest głównie upadek podczas zabawy (7). Postępowanie lecznicze w uzębieniu mlecznym jest różne w zależności od

urazu, jaki wystąpił. Ponadto należy pamiętać, że niewłaściwe leczenie po urazie może spowodować większe szkody niż sam uraz. W związku z powyższym wybór procedury leczniczej jest ważny i zależy od okresu rozwojowego zęba, jego podatności do okluzji i współpracy dziecka. Celem leczenia jest przede wszystkim zmniejszenie ryzyka uszkodzenia zawiązka zęba stałego lub dalszego jego uszkodzenia po urazie. Przed wyborem właściwej metody leczenia należy przeprowadzić dokładny wywiad, badanie kliniczne i zdjęcie radiologiczne. Wnikliwe przebadanie pacjenta pozwoli na prawidłowe rozpoznanie, wybranie odpowiedniej procedury leczenia i osiągnięcie pozytywnego wyniku leczenia.

Celem pracy jest omówienie trzech przypadków, w których doszło do całkowitego wbicia centralnych siekaczy górnych w uzębieniu mlecznym.

OPISY PRZYPADKÓW

Przypadek 1

W dniu 23 stycznia 2013 roku do Zakładu Stomatologii Wieku Rozwojowego UM w Łodzi zgłosił się pacjent w wieku 2,5 roku po urazie zębów mlecznych, który miał miejsce w domu. Podczas zabawy pacjent spadł z kanapy i uderzył głową o podłogę. W wyniku upadku doszło do całkowitego wbicia zęba 51, częściowego wbicia 61, a ząb 52 został częściowo zwichnięty. Pierwszej pomocy udzielono w Szpitalu im. J. Korczaka, gdzie zaopatrzone rany w obrębie wargi górnej, a na dalsze leczenie skierowano do naszego Zakładu. Dziecko w dniu przyjęcia było ogólnie zdrowe.

Z wywiadu wynika, że uraz miał miejsce dzień wcześniej, po urazie nie doszło do utraty przytomności ani do zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego. W szpitalu pacjentowi zlecono antybiotyk Dalacin C. Badaniem przedmiotowym zaobserwowano obrzęk i krwaki w obrębie wargi górnej, zaczerwienienie i obrzęk dziąsła nad zębami po urazie. Ząb 51 był wbity całkowicie, ząb 61 wbity na 1 mm, a ząb 52 rozchwiany (II stopień). Pacjenta skierowano na zdjęcie RTG, które wykazało brak złamania w obrębie korzeni zębów oraz przemieszczenie korzenia wbitego zęba 51 w kierunku wargowym. Dziecko skierowano również na konsultację chirurgiczną. Po przeprowadzonych konsultacjach przyjęto postawę wyczekującą, pozwalającą na ponowne wyrzynanie się zębów. Zalecono pacjentowi papkowaty pokarm przez 2 tygodnie oraz picie naparów z rumianku i szalwii lub przemywanie dziąseł naparem.

Wizytę kontrolną ustalono na za tydzień. Zaobserwowano wtedy niewielką ruchomość zębów 61 i 52, ząb 51 pozostawał nadal w kości szczęki niewidoczny w jamie ustnej. Dziąsła były w stanie zapalnym w okolicy zębów badanych. Poinformowano rodziców dziecka o ewentualnej ekstrakcji zębów w razie powikłań ze strony ozębnej. Zalecono ponownie przemywanie dziąseł rumiankiem i dokładne szczotkowanie zębów. Kolejna wizyta miała miejsce po 3 tygodniach od urazu. Badania kliniczne wykazały stopniową reerupcję zęba 51. Pacjent nie zgłaszał żadnych dolegliwości bólowych. Po 2 miesiącach po urazie ponownie przeprowadzono kontrolę zębów. Pacjent nie zgłaszał dolegliwości bólowych zębów. Zaobserwowano dalsze wyrzynanie się zęba 51, ząb 61 osiągnął pozycję sprzed urazu, a ząb 52 ustabilizował się w zębodole. Nie stwierdzono żadnych objawów zapalenia dziąseł zębów ani objawów patologicznych świadczących o obumarciu miazgi. Zalecono dalszą obserwację. Pacjent zgłosił się na kolejną wizytę po 5 miesiącach. Przeprowadzono wówczas badania kliniczne zębów. Stwierdzono dalszą reerupcję zęba 51 bez zmian zapalnych. Pozostałe zęby po urazie były bez dolegliwości bólowych i stanów zapalnych dzią-

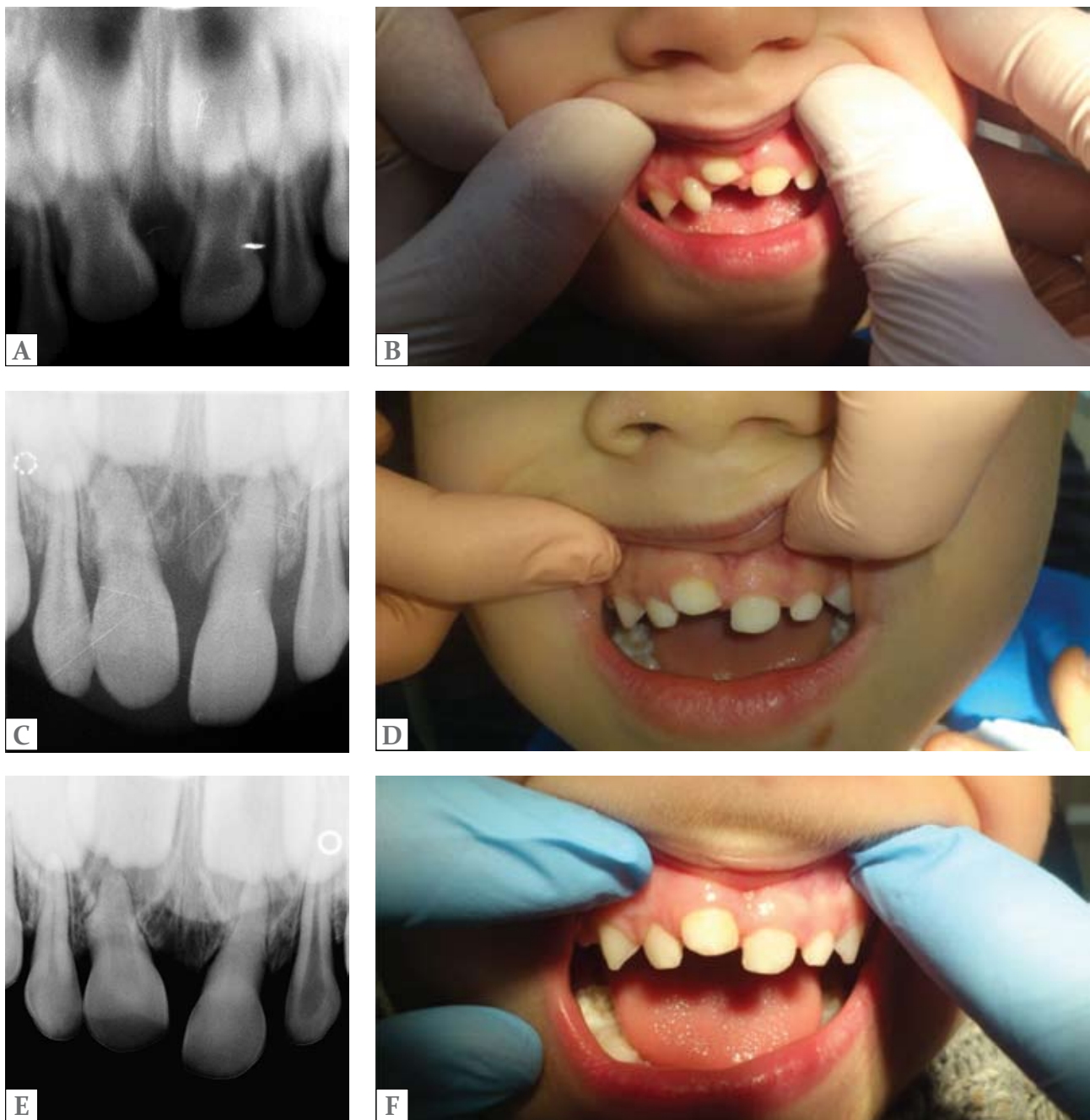
seł. Skierowano dziecko na zdjęcie RTG zębów po urazie. Nie wykazało ono stanu zapalnego tkanek okołokorzeniowych zęba. Po kolejnych 4 miesiącach zbadano pacjenta. Ustalono, że wyrzynanie zęba zatrzymało się na pewnym poziomie i nie następuje dalej. Ząb reagował na chlorek etylu. Zalecono wizytę za 3 miesiące. Badanie po 1,5 roku od urazu wykazało, że proces reerupcji zatrzymał się w stosunku do poprzednich badań, a ząb był krótszy o 2 mm od zęba sąsiedniego 61. Ząb nie dawał dolegliwości bólowych i nie doszło do zmiany barwy korony zęba. Zdjęcie RTG nie ujawniło zmian w obrębie korzenia zęba 51. Pacjent jest pod stałą opieką stomatologiczną i zalecana jest dalsza obserwacja (ryc. 1A-1F).

Przypadek 2

Do Zakładu Stomatologii Wieku Rozwojowego UM w Łodzi w dniu 26 kwietnia 2013 roku zgłosił się pacjent w wieku 3 lat po urazie zębów mlecznych, do którego doszło w domu podczas zabawy. Pierwszej pomocy udzieliło pogotowie ratunkowe w dniu urazu, która polegała jedynie na zdiagnozowaniu całkowitego zwichnięcia zęba mlecznego 51. Po 2 dniach od urazu dziecko zgłosiło się do naszego Zakładu celem kontroli. W dniu przyjęcia dziecko było ogólnie zdrowe, a przeprowadzone badania wykazały obrzęk okolicy zęba 51 i dolegliwości bólowe przy ucisku dziąsła. Wykonano zdjęcie RTG, które ujawniło, że ząb 51 pozostał w zębodole i nie jest całkowicie zwichnięty, jak zdiagnozowano na pogotowiu. Stwierdzono całkowite wbicie zęba 51 z przemieszczeniem wierzchołka korzenia w kierunku wargowym bez jego złamania. Zalecono obserwację zęba oraz papkowaty pokarm przez 2 tygodnie, utrzymanie prawidłowej higieny i przecieranie okolicy dziąsła po urazie przez 2-3 dni tamponem z gazy nasączonej rumiankiem lub 0,02% chlorheksydyną. Pacjent zgłosił się po 4 tygodniach na kontrolę, która wykazała ponowne wyrzynanie się zęba mlecznego bez objawów zapalnych i bólowych. Kolejna wizyta miała miejsce po 3 miesiącach od urazu. U pacjenta stwierdzono dalsze wysuwanie się zęba z zębodołu, choć różnica była niewielka. Badanie kliniczne nie wykazało jakichkolwiek objawów zapalnych dziąsła. Brak bólu i przetok w okolicy wierzchołka zęba pozwalał na dalszą obserwację zęba. Po 2 miesiącach pacjent zgłosił się ponownie do Zakładu. Nie zauważono dalszego wysuwania się zęba z zębodołu. Ząb pozostawał w tej samej pozycji. Pacjent nie skarżył się na dolegliwości bólowe ze strony zęba. Na kolejnej wizycie w czerwcu 2014 roku (14 miesięcy po urazie) również nie zauważono dalszej reerupcji zęba, a zdjęcie RTG nie wykazywało stanu zapalnego wokół wierzchołka zęba. Pacjent jest pod opieką ortodontyczną, gdzie zostało zaplanowane dalsze leczenie (ryc. 2A-2F).

Przypadek 3

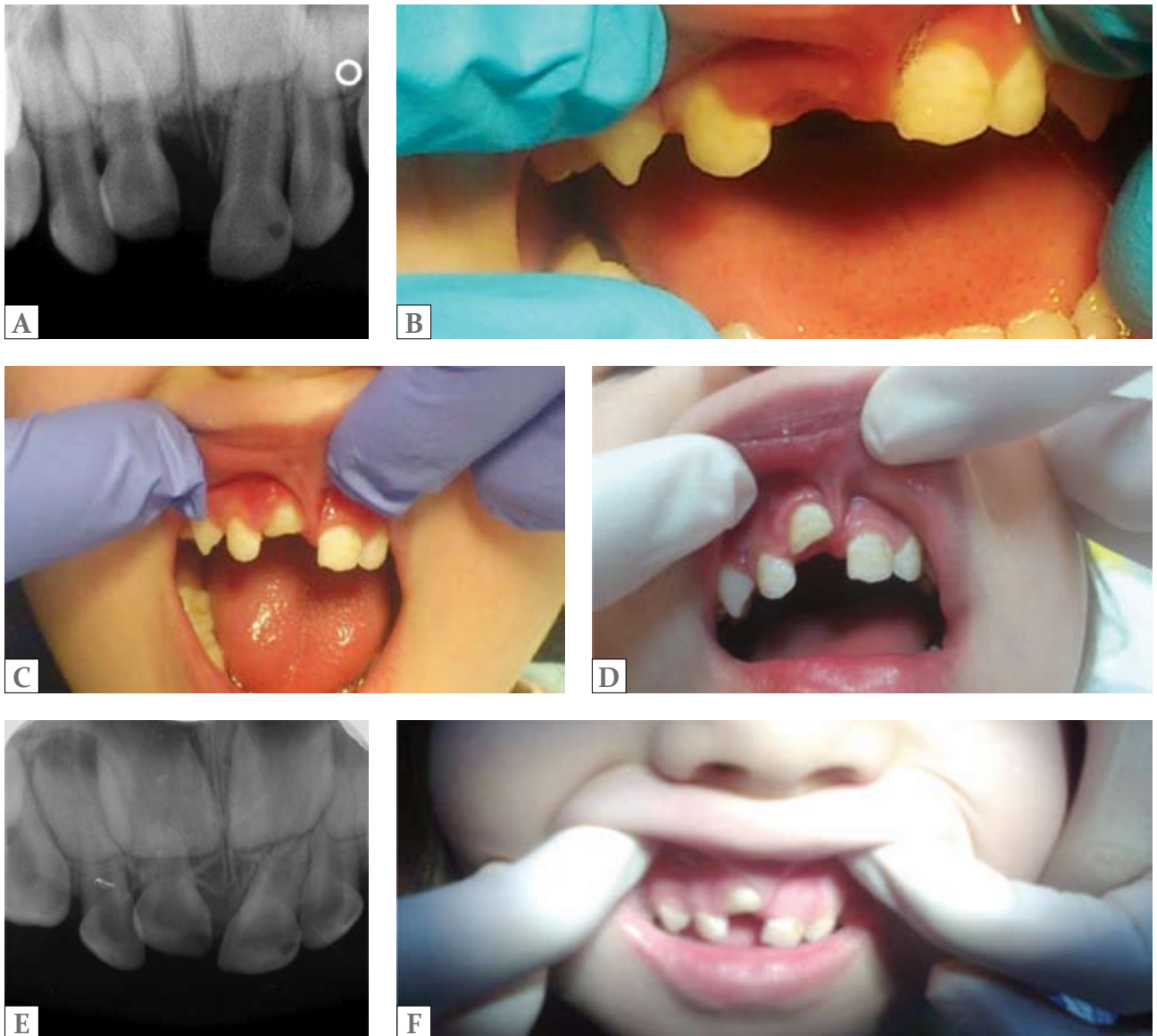
Kolejny pacjent w wieku 2,5 roku zgłosił się w dniu 9 października 2013 roku do Zakładu Stomatologii Wieku Rozwojowego UM w Łodzi po urazie, który miał miejsce



Ryc. 1. Przypadek 1. 1A) Zdjęcie RTG bezpośrednio po urazie. 1B) Zdjęcie zębów po miesiącu od urazu. 1C) Zdjęcie RTG po 5 miesiącach po urazie. 1D) Zdjęcie zębów po 5 miesiącach po urazie. 1E) Zdjęcie RTG zębów po 1,5 roku od urazu. 1F) Zdjęcie zębów po 1,5 roku od urazu.

w domu. Dziecko podczas zabawy upadło na fotel, po upadku matka zrobiła kompresy z zimnej wody i zgłosiła się do naszej Poradni celem konsultacji. W dniu przyjęcia przeprowadzono badanie i wykonano zdjęcie RTG. Badanie ujawniło całkowite wbicie zęba 61, zaczerwienie dziąsła, obrzęk bez dodatkowych obrażeń wargi i dziąsła. Dziecko było w dobrym stanie zdrowia. RTG wykazało wbicie zęba mlecznego w kierunku błazki wargowej kości bez złamania korzenia zęba. Zalecono obserwację i okładę z rumianku i papkowaty pokarm. Rodzice zostali

poinformowani, że muszą się zgłosić w razie pojawienia się przetoki lub dolegliwości bólowych. Kolejne wizyty miały miejsce 5 listopada oraz 13 grudnia 2014 roku, w badaniu stwierdzono prawidłową reerupcję zęba, bez objawów zapalenia w przyzębiu. W grudniu wykonano również zdjęcie RTG, które nie wykazało zmian zapalnych w okolicy korzenia. Pacjent nie zgłaszał żadnych dolegliwości bólowych samoistnych ani podczas jedzenia. Zalecono dalszą obserwację. Pacjent zgłosił się do Zakładu w sierpniu 2014 roku (po 10 miesiącach od urazu). Bada-



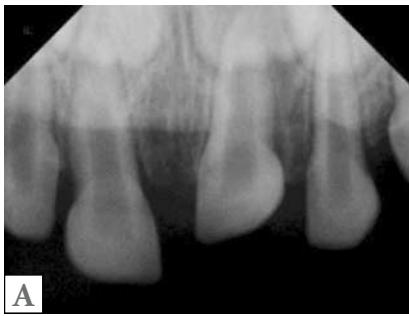
Ryc. 2. Przypadek 2. 2A) Zdjęcie RTG po urazie. 2B) Zdjęcie zębów bezpośrednio po urazie. 2C) Zdjęcie po miesiącu od urazu. 2D) Zdjęcie po 3 miesiącach od urazu. 2E) Zdjęcie RTG po 14 miesiącach od urazu. 2F) Zdjęcie zębów po 14 miesiącach od urazu.

nie ujawniło, że ząb całkowicie powrócił do pozycji sprzed urazu bez objawów zapalnych. Na RTG widoczny był prawidłowy obraz ozębnej zęba wbitego. Pacjent jest pod stałą kontrolą stomatologiczną (ryc. 3A-3G).

OMÓWIENIE

Wtłoczenie to częsty efekt urazu w zębach mlecznych, natomiast złamania korony czy korzenia w obrębie pierwszych zębów występują rzadko (3, 6, 7). Wtłoczenia (intruzja) centralnych siekaczy górnych zębów mlecznych zdarzają się często u dzieci pomiędzy 2.-3. rokiem życia (8-10). Większość wtłoczonych zębów przemieszcza się w kierunku wargowym przez blaszkę wargową kości. Taki rodzaj wtłoczeń został zaobserwowany w każdym z trzech opisanych przypadków. Z piśmiennictwa wynika, że w 80% przypadków dochodzi do przemieszczenia ko-

rzona zęba mlecznego w kierunku wargowym (3, 5, 10). Na RTG widoczne jest wówczas skrócenie korzenia wtłoczonego zęba w stosunku do zęba jednoimiennego. W pozostałych przypadkach ząb mleczny wydaje się być wydłużony, a to oznacza, że korzeń zęba mlecznego jest przemieszczony w kierunku zawiązka zęba stałego. Postępowanie lekarza zależy od kierunku wtłoczenia wzniesionego zęba mlecznego i stanu ogólnego dziecka. W przypadku, gdy wbity ząb przemieścił się w kierunku blaszki wargowej kości, ząb taki pozostawia się do samoistnej repozycji, pod kontrolą radiologiczną po miesiącu, 6 miesiącach i po roku od urazu. Badania kliniczne wykonujemy po tygodniu, 3-4 tygodniach, 6 miesiącach i po roku od urazu (5-7). W przypadku długo utrzymującego się stanu zapalnego w okolicy przemieszczonego zęba, wtłoczenia zęba w kierunku jamy nosowej lub zawiązka zęba stałego



Ryc. 3. Przypadek 3. 3A) Zdjęcie RTG bezpośrednio po urazie. 3B) Zdjęcie zębów bezpośrednio po urazie. 3C) Zdjęcie zębów miesiąc po urazie. 3D) Zdjęcie RTG 2 miesiące po urazie. 3E) Zdjęcie zębów 2 miesiące po urazie. 3F) Zdjęcie RTG po 10 miesiącach od urazu. 3G) Zdjęcie zębów 10 miesięcy po urazie.

metodą z wyboru jest ekstrakcja zęba. Utrzymanie zębów w takich przypadkach może doprowadzić do uszkodzenia rozwijającego się zawiązka zęba stałego (11, 12).

W opisanych przypadkach, gdzie intruzja miała miejsce w kierunku wargowym, leczenie polegało na obserwacji oraz wyczekiwaniu na samoistną repozycję zęba. Należy

wspomnieć, że dzieci były ogólnie zdrowe. Najlepszy wynik leczenia zaobserwowano w trzecim przypadku, gdzie ząb osiągnął pozycję sprzed urazu. W pozostałych dwóch przypadkach ponowne wyrzynanie zęba zatrzymało się na pewnym poziomie, bez osiągnięcia pozycji zgryzowej. Jednak u każdego badanego dziecka doszło do samoistnego wyrzynania się wtłoczonego zęba bez objawów zapalnych. Nie stwierdzono zmiany barwy zęba po urazie ani samoistnych dolegliwości bólowych. Opisane przypadki możemy zaliczyć do pozytywnego wyleczenia, mimo że nie w każdym przypadku wyrzynięty ząb osiąga pozycję sprzed urazu, a miazga zachowuje żywotność. Podobne wyniki otrzymali Hirata i wsp. (8) u pacjentów w wieku pomiędzy 1.-3. rokiem życia. Na 11 przypadków wbicia zęba, u 7 pacjentów doszło do samoistnej reerupcji z osiągnięciem linii zwarcia bez powikłań. W pozostałych przypadkach zaobserwowano zmianę barwy zęba, zmiany okołowierzchołkowe lub przetokę (8). Postępowanie w leczeniu tego typu urazów jest nadal dyskusyjne. Jak wynika z piśmiennictwa, niektórzy autorzy uważają, że w przypadku całkowitego wbicia zęba mlecznego ząb należy usunąć, ponieważ nie możemy spodziewać się ponownej reerupcji zęba (12). Natomiast

Holan i wsp. (13) donoszą, że po przebadaniu 123 przypadków w 108 doszło do samoistnego wyrzynięcia się zębów. Na podstawie naszych obserwacji możemy stwierdzić, że po całkowitym wbiciu zęba z przemieszczeniem korzenia w kierunku wargowym należy przyjąć postawę wyczekującą zamiast przeprowadzać natychmiastową ekstrakcję. Oczywiście pacjent musi być pod stałą kontrolą stomatologiczną, a rodzice muszą być poinformowani o powikłaniach i zgłosić się natychmiast przy wystąpieniu jakichkolwiek dolegliwości. Duży wpływ na leczenie ma również ogólny stan zdrowia dziecka, dlatego prawidłowo przeprowadzony wywiad jest podstawą do podjęcia decyzji przez lekarza.

PODSUMOWANIE

Podsumowując niniejsze badania, należy stwierdzić, że opisane przypadki potwierdzają, że do wbicia urazowego zębów dochodzi u dzieci we wczesnych okresach uzębienia mlecznego oraz że najczęściej ulegają urazowi pojedyncze centralne siekacze szczęki. Nasze postępowanie lecznicze w każdym przypadku dało wynik pozytywny, w związku z tym w tego typu urazach zalecana jest najczęściej postawa wyczekująca i stała obserwacja zębów.

ADRES DO KORESPONDENCJI

*Ewa Rybarczyk-Townsend
Zakład Stomatologii
Wielu Rozwojowego UM
ul. Pomorska 251, 92-213 Łódź
tel.: +48 (42) 675-75-23
ewa.rybarczyk-townsend@umed.lodz.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Jokic NI, Bacarcic D, Fugosic V et al.: Dental trauma In children and young adults visiting a University Dental Clinic. *Dent Traumatol* 2009; 25: 84-87. 2. Siwiec P, Janas A: Urazowe uszkodzenia zębów mlecznych. *Poradnik Stomatol* 2009; IX(9): 316-318. 3. Jasińska-Piętka J, Pypec LJ: Urazowe uszkodzenia zębów mlecznych na podstawie piśmiennictwa. *Nowa Stomatol* 2009; 1-2: 36-39. 4. Sennhenn-Kirchner S, Jacobs H-G: Traumatic injuries to the primary dentition and effects on the permanent successors – a clinical follow-up study. *Dent Traumatol* 2006; 22: 237-241. 5. Flores MT: Traumatic injuries in the primary dentition. *Dent Traumatol* 2002; 18: 287-298. 6. Anderson L: Dental injuries in small children. *Dent Traumatol* 2007; 23: 195. 7. Gondim JO, Moreira Neto JJS: Evaluation of intruded primary incisors. *Dent Traumatol* 2005; 21: 131-133. 8. Hirata R, Hayashi Y, Mizuno R et al.: Management of trauma of primary tooth: Report of intrusion case. *J Hard Tissue biology* 2005; 14(4): 361-362. 9. Colac I, Markovic D, Petrovic B et al.: A retrospective study of intrusive injuries in primary dentition. *Dent Traumatol* 2009; 25: 605-610. 10. Moura LDFADD et al.: Occurrence of primary incisor traumatism in Brazilian children: a house – by house survey. *ASDC J Dent Child* 1990; 57: 424-427. 11. Janas A: Uraz zębów i wyrostka zębodołowego w materiale własnym. *Implantoproteyka* 2009; X; 3(36): 40-42. 12. Diab M, Elbadrawy HE: Intrusion injuries of primary incisors. Review and Management. *Quintessence Int* 2000; 31: 327-334. 13. Holan G, Ram D: Seguelae of prognosis of intruded primary incisors: a retrospective study. *Pediatr Dent* 1999; 21: 242-247.

nadesłano: 30.09.2014
zaakceptowano do druku: 14.01.2015