

Leczenie zachowawcze złamań koronowo-korzeniowych stałych siekaczy górnych – opis przypadku

Conservative treatment of crown-root fractures of permanent upper incisors – case report

¹Pracownia Stomatologii Dziecięcej, Instytut Stomatologii, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Kraków

Kierownik Pracowni: dr hab. n. med. Anna Jurczak

²Poradnia Stomatologii Dziecięcej, Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie

Kierownik Poradni: dr hab. n. med. Anna Jurczak

STRESZCZENIE

Złamania koronowo-korzeniowe należą do najcięższych typów urazów zębów. Prowadzą do utraty struktury zęba i przebiegają poniżej brzegu dziąsła, obejmując tkanki szkliska, zębiny oraz cementu. Wyróżnia się dwie grupy złamań koronowo-korzeniowych: niepowikłane (bez obnażenia miazgi) oraz powikłane, gdy dochodzi do odsłonięcia miazgi zęba. Najczęściej dotyczą stałych siekaczy centralnych szczęki i stanowią 5% wszystkich urazów zębów. Metody postępowania w przypadku złamania koronowo-korzeniowego są zróżnicowane. W złamaniu niepowikłanym najczęściej możliwa jest adhezyjna rekonstrukcja korony materiałem kompozytowym. Przy powikłanym złamaniu koronowo-korzeniowym odbudowę zęba można przeprowadzić po odpowiednim leczeniu endodontycznym w połączeniu z gingiwektomią (ewentualnie osteotomią) lub ortodontyczną czy chirurgiczną ekstruzją części wierzchołkowej. W przypadku braku możliwości rekonstrukcji stosuje się dekoronację lub ekstrakcję zęba. Celem pracy jest przedstawienie przypadku leczenia zachowawczego dwóch siekaczy szczęki dotkniętych złamaniem koronowo-korzeniowym u 13-letniej pacjentki. Dziewczynka została skierowana do Pracowni Stomatologii Dziecięcej UJ CM po urazie, do jakiego doszło w wyniku wypadku komunikacyjnego – potrącenia przez rowerzystę.

Badanie stomatologiczne ujawniło obecność złamania koronowo-korzeniowego obu zębów siecznych po stronie prawej. W zębie 11 linia złamania przebiegała ok. 3 mm poniżej brzegu dziąsła od strony podniebiennej z objęciem miazgi, ze znaczną ruchomością odłamu koronowego. W zębie 12 doszło do niepowikłanego złamania wieloodłamowego. Duży fragment koronowy został utracony na miejscu urazu, a mniejszy fragment ściany podniebiennej wykazywał nieznaczną ruchomość. Wykluczono uszkodzenia zębów sąsiednich oraz przeciwstawnych. Badanie radiologiczne potwierdziło wcześniejszą diagnozę. Zarówno korzeń zęba 11, jak i 12 miał prawidłowo wykształcony wierzchołek. Zaplanowano leczenie zachowawcze obu zębów. Ze względu na korzystny przebieg linii złamania i jednoznaczne dopasowanie zdecydowano o wykorzystaniu odłamu zęba 11 do natychmiastowej rekonstrukcji. Na tej samej wizycie w znieczuleniu miejscowym usunięto odłam koronowy zęba 11 i przeprowadzono zabieg amputacji miazgi z wykorzystaniem materiału Biodentine (Septodont). Po przygotowaniu odłamu koronowego doklejono go przy użyciu samoadhezyjnego cementu kompozytowego (Relay X, 3M ESPE). Prawidłowość repozyycji odłamów zweryfikowano klinicznie i radiologicznie.

W znieczuleniu miejscowym usunięto ruchomy fragment ściany podniebiennej zęba 12 oraz tymczasowo odbudowano jego koronę. W badaniu chlorkiem etylu reakcja miazgi zęba była prawidłowa. W kontrolnym badaniu radiologicznym (ok. 3 miesiące po urazie) zaobserwowano wytworzenie się mostu zębinowego w zębie 11, nie stwierdzono zaś patologii okółowierzchołkowych zębów 11, 12. Wykonano docelową odbudowę korony zęba 12 materiałem kompozytowym (Gradia Direct, GC). Kolejne radiogramy po 3 i 6 miesiącach uwiaryściły prawidłowy obraz okolicy okółowierzchołkowej 11, 12. Klinicznie stwierdzono właściwy zarys dziąsła brzeżnego obu zębów, z fizjologiczną głębokością kieszonek. Uzyskany efekt estetyczny był dla pacjentki satysfakcjonujący. Leczenie złamań koronowo-korzeniowych stanowi wyzwanie diagnostyczne i terapeutyczne oraz wymaga indywidualnego podejścia do każdego przypadku. Natychmiastowa odbudowa zęba z użyciem oryginalnego fragmentu pozwala na zachowanie odpowiedniej morfologii i estetyki oraz spotyka się z pozytywnym odbiorem pacjenta (4,5).