

Hipomineralizacja trzonowcowo-siekaczowa – studium przypadku

Molar-incisor hypomineralisation – case study

Poradnia Stomatologii Dziecięcej, Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie

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

STRESZCZENIE

Hipomineralizacja trzonowcowo siekaczowa, znana jako MIH – *Molar Incisor Hypomineralisation* – jest nieprawidłowością z grupy hipomineralizacji pochodzenia ogólnosystemowego. Etiologia jej nie jest do końca poznana. MIH jest odpowiedzią na działanie szkodliwych czynników w okresie tworzenia zawiązków zębów stałych trzonowych pierwszych i siekaczy, zarówno w okresie prenatalnym od 20 tygodnia ciąży, do końca okresu wczesnodziecięcego, czyli do 3 roku życia. Częstość występowania tej choroby waha się od 2,8% do 40%; w Polsce brak danych statystycznych.

Wyróżnia się trzy postacie MIH:

- postać łagodna – zmiany dotyczą szkliwa, są to białe, żółte i brązowe plamy na powierzchniach nieobjętych siłami żucia;
- postać umiarkowana – plamy na trzonowcach i siekaczach obejmują powierzchnie okluzyjne, występują postępujące uszkodzenia szkliwa, zęby mogą mieć atypową budowę;
- postać ciężka, w której zmiany mogą obejmować każdą powierzchnię zęba, dochodzi do uszkodzenia szkliwa i zębiny na kilku powierzchniach wraz z odłamaniami guzków, nieprawidłowy wygląd zębów i wypełnień.

Charakterystyczne jest występowanie nadwrażliwości na bodźce zewnętrzne zębów dotkniętych hipomineralizacją i, co z tym związane, często brakiem możliwości skutecznego znieczulenia.

Celem pracy jest przedstawienie przypadku leczenia ciężkiej postaci MIH u dziecka w czasie uzębienia mieszanego w readaptacji do leczenia stomatologicznego. Ośmioletnia pacjentka zgłosiła się na dyżur Poradni Stomatologii Dziecięcej Uniwersyteckiej Kliniki Stomatologicznej w Krakowie celem leczenia zębów trzonowych pierwszych. Na podstawie badania klinicznego zdiagnozowano postać ciężką MIH zębów 16, 46 i łagodną z zębów 26, 36 z towarzyszącymi zmianami hipomineralizacyjnymi na powierzchniach licowych siekaczy centralnych górnych. Ząb 16 – utrata ściany dystalnej i guzka podniebiennego, odsłonięcie dużej powierzchni zębiny, zębina zainfekowana próchnicowo, widoczne wadliwe wypełnienie na powierzchni żującej; brak objawów stanu zapalnego miazgi. Ząb 46 – utrata ściany dystalnej, językowej i fragmentu ściany policzkowej, duże odsłonięcie zębiny próchnicowo zmienionej, brak objawów stanu zapalnego miazgi. Zęby 26 i 36 – widoczne wadliwe wypełnienia, szkliwo z charakterystycznymi plamami.

Dziecko po wcześniejszych złych doświadczeniach leczenia stomatologicznego, związanych z brakiem skutecznego znieczulenia miejscowego, nie współpracowało, wymagało readaptacji metodą poznawczo-behawioralną. Brak możliwości uzyskania skutecznego znieczulenia i nadwrażliwość na bodźce są charakterystyczne dla tej jednostki chorobowej. Zaplanowano usunięcie starych, wadliwych (nieuszczelnionych) wypełnień zębów 16, 26, 36, 46 i zabezpieczenie tymczasowe powierzchni zębów na czas readaptacji. Opracowano powierzchnie żujące zębów, założono materiał glassjonomerowy wzmacniany żywicą (EQUIA forte, GC). Siekacze objęte zmianami objęto leczeniem remineralizacyjnym za pomocą preparatu zawierającego kompleks fosfopeptydu kazeiny z amorficznym fosforanem wapnia kompleks Recaldent CPP_ACP. Uzyskano czasowe odtworzenie powierzchni żujących trzonowców. Dzięki zabezpieczeniu powierzchni dotkniętych zmianami MIH przed działaniem bodźców termicznych i mechanicznych odczucia nadwrażliwości pacjentki ustąpiły, zahamowano także rozwój choroby próchnicowej tych powierzchni. Celem leczenia jest utrzymanie zębów trzonowych do momentu całkowitej współpracy ze strony dziecka.

Zalecane jest odtworzenie powierzchni żujących zębów trzonowych materiałem kompozytowym, aby uzyskać trwalszą odbudowę struktur zębów trzonowych. Konieczne są regularne kontrole kliniczne i radiologiczne pacjentki. Dalsza edukacja higieniczno-dietetyczna wraz z readaptacją leczenia jest kluczowa, aby uzyskać pozytywny wynik leczenia MIH postaci ciężkiej. W razie powikłań ze strony miazgi i braku współpracy celem leczenia endodontycznego należy rozważyć konsultację ortodontyczną i ekstrakcję zębów dotkniętych MIH i mesializację drugich trzonowców. MIH postać ciężka jako jednostka chorobowa stanowi wyzwanie dla leczenia zarówno ze względu na młody wiek pacjentów, konieczność wczesnej diagnozy i szybkiego skutecznego leczenia, jak i materiał do dalszych badań celem opracowania nowych metod leczenia i preparatów leczniczych.