

Powikłania po replantacji opóźnionej górnych stałych siekaczy przyśrodkowych – opis przypadku

Complications after delayed replantation of central upper permanent incisors – case report

Pracownia Stomatologii Dziecięcej, Instytut Stomatologii, Uniwersytet Jagielloński – Collegium Medicum, Kraków
Kierownik Pracowni: dr hab. n. med. Anna Jurczak

STRESZCZENIE

Całkowite zwichnięcie zęba jest jednym z najpoważniejszych urazów zębów. Powoduje uszkodzenie wielu tkanek: zęba, przyzębia, kości wyrostka zębodołowego i warg. Stanowi 0,5-3% wszystkich urazów zębów stałych. Najlepszym postępowaniem w przypadku wybicia zęba stałego jest natychmiastowa replantacja. Replantacja opóźniona dotyczy natomiast zębów przechowywanych ponad 60 minut „na sucho” lub w niefizjologicznych mediach. Rokowanie zależy od: czasu przebywania zęba poza jamą ustną, medium transportowego oraz stopnia rozwoju korzenia. Gojeniu tkanek sprzyja elastyczne szynowanie przez 2-4 tygodnie oraz zastosowanie antybiotyku. Pomimo odpowiedniego leczenia często dochodzi do powikłań w postaci resorpcji zewnętrznej korzenia zęba. Gwałtowny przebieg resorpcji zapalnej może w krótkim czasie doprowadzić do utraty zęba. Następstwem progresywnej resorpcji zamiennej jest natomiast ankyloza, prowadząca często u pacjentów w wieku rozwojowym do infrapozycji zęba, wynikającej z zahamowania rozwoju wyrostka zębodołowego. Celem pracy jest przedstawienie przypadku powikłań po replantacji opóźnionej całkowicie zwichniętych górnych stałych siekaczy przyśrodkowych u 13-letniego pacjenta, który uległ wypadkowi na rowerze. Wybite zęby pozostawały poza jamą ustną przez około 5 godzin – początkowo 3 godziny w środowisku suchym, a następnie w wodzie z lodem. Po replantacji zęby unieruchomiono szyną Tigerstedta i wdrożono antybiotykoterapię. W 7 dobie od urazu zastąpiono sztywną szynę unieruchomieniem elastycznym. W 16 dniu od replantacji rozpoczęto leczenie endodontyczne zębów 11, 21. Po kolejnych 5 dniach ostatecznie wypełniono kanał zęba 11. Na takim etapie leczenia, 5 tygodni od urazu, chłopiec zgłosił się do Pracowni Stomatologii Dziecięcej UJ CM. Badanie radiologiczne nie wykazało patologii w tkankach okołowierzchołkowych zęba 21, dlatego kanał wypełniono ostatecznie i usunięto unieruchomienie. Kontrola radiologiczna po 3 miesiącach od urazu uwidoczniła resorpcję wewnętrzną w części przywierzchołkowej korzenia zęba 11 z perforacją jego ściany. Przeprowadzono powtórne antyseptyczne leczenie endodontyczne zęba 11. Po zahamowaniu progresji resorpcji perforację zamknięto materiałem MTA. Radiologicznie po 7 miesiącach od urazu zaobserwowano brak cienia ozębnej i zatarcie struktur korzeni replantowanych zębów. Kliniczne objawy ankylozy pojawiły się 3 miesiące później, potwierdzając widoczny radiologicznie postęp resorpcji zamiennej. Kontrola radiologiczna po kolejnych 6 miesiącach wykazała resorpcję zapalną zewnętrzną z perforacją ścian korzeni obu zębów, potwierdzoną w obrazie z micro-CBCT. Przeprowadzono ponowne antyseptyczne leczenie kanałowe zębów 11, 21, zamykając perforacje ścian korzeni materiałem Biodentine. Po 4 miesiącach od zakończenia leczenia obraz radiologiczny wykazał postęp resorpcji zapalnej zewnętrznej korzenia zęba 11. Zaplanowano zabieg z zakresu chirurgii endodontycznej, jednak na skutek nagryzienia na twardy przedmiot doszło do złamania korzenia zęba 11 w okolicy szyjki. Wykonano zabieg dekoracji, a koronę zęba 11 wykorzystano do wykonania mostu tymczasowego. Po 7 miesiącach od zabiegu odbudowa funkcjonuje prawidłowo a efekt estetyczny zadowala pacjenta. Zasadnicze znaczenie dla rokowania po wybicciu zębów w wieku rozwojowym ma prawidłowo udzielona pierwsza pomoc oraz wiedza i umiejętności lekarza dentyisty, do którego dziecko trafia po urazie. Właściwe monitorowanie pacjentów pourazowych pozwala na wczesne rozpoznanie powikłań i wdrożenie odpowiedniego leczenia zwiększającego szanse na utrzymanie zęba w jamie ustnej przez długi czas.