

## Leczenie zachowawcze torbieli korzeniowej – opis przypadku

Conservative treatment of a radicular cyst – case report

Zakład Stomatologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku  
Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Grażyna Marczuk-Kolada

### SŁOWA KLUCZOWE

torbiel korzeniowa, leczenie endodontyczne, siekacz szczęki

### KEYWORDS

radicular cyst, root canal therapy, maxillary incisor

### STRESZCZENIE

Torbiel korzeniowa jest najczęściej występującą torbielą zębopochodną. Przebiega często bezobjawowo, może być przypadkowo wykryta na zdjęciach radiologicznych. Wśród metod leczenia wyróżniamy postępowanie zachowawcze, chirurgiczne oraz zachowawczo-chirurgiczne.

W pracy przedstawiono przypadek 15-letniego pacjenta, który zgłosił się w celu leczenia endodontycznego zęba 22 z rozległą zmianą okołowierzchołkową. Badanie wewnątrzustne wykazało zmianę zabarwienia tkanek korony zęba 22 na szaro, brak reakcji na chlerek etylu, wyczuwalne palpacyjnie niewielkie elastyczne wygórowanie w okolicy wierzchołka korzenia zęba 22 oraz dodatni objaw Smrekera. W badaniu radiologicznym stwierdzono przejaśnienie o średnicy 11 x 10 mm obejmujące 2/3 długości korzenia zęba 22. Zastosowano antyseptyczne leczenie endodontyczne. Po upływie 9 miesięcy zaobserwowano całkowite wygojenie się zmiany.

Podjęcie leczenia zachowawczego torbieli korzeniowej, szczególnie u pacjenta w wieku rozwojowym, może prowadzić do całkowitego wygojenia zmiany, co pozwoli na uniknięcie konieczności przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego lub przynajmniej ograniczenie jego zasięgu.

### SUMMARY

Radicular cyst is the most common odontogenic cyst. This condition can be asymptomatic, it may be accidentally detected on radiographs. Among the treatment methods we distinct conservative, surgical and conservative-surgical procedures.

This article presents the case of a 15-year old male patient. He was reported to endodontic treatment of tooth 22 with extensive periapical lesion. Intraoral examination showed a change in the colour of the tooth crown, negative reaction to ethyl chloride, palpable slight excessive growth around the root of the tooth 22 and positive Smreker's test. The radiographic examination showed the presence of a large 11 x 10 mm diameter radiolucent lesion covering 2/3 of the root length of tooth 22. Antiseptic root canal treatment was used. Complete healing of the periapical lesion was observed after 9-months treatment.

Conservative treatment of root cysts, especially in young patients, may lead to complete healing of the lesion, which will allow to avoid the need for surgery intervention or at least reduce its extent.

## WSTĘP

Rozległa zmiana w okolicy okołowierzchołkowej określana jest najczęściej jako torbiel korzeniowa (łac. *cystis radicularis*). W piśmiennictwie podaje się, że torbiele stanowią od 6 do 55% wszystkich zmian okołowierzchołkowych, których najczęstszym czynnikiem etiologicznym jest martwica miazgi zębów będąca powikłaniem urazu lub choroby próchnicowej (1, 2). Valois i Costa-Junior wyróżniają torbiele okołowierzchołkowe prawdziwe, określając je jako zmiany otoczone nabłonkiem, które nie mają połączenia z kanałem zęba, oraz torbiele kieszonkowe, kiedy woreczek wyściełony nabłonkiem połączony jest z kanałem korzeniowym. Ich przebieg jest często bezobjawowy i z tego powodu są przypadkowo wykrywane w badaniach radiologicznych. Na zdjęciach RTG są widoczne jako okrągłe lub owalne, dobrze odgraniczone przejaśnienia w okolicy wierzchołków korzeni zębów (3). Następstwem torbieli korzeniowych mogą być przemieszczenia korzeni zębów przyczynowych, korzeni sąsiednich zębów lub ich resorpcja (4).

Wśród metod leczenia wyróżniamy postępowanie zachowawcze podejmowane w celu ograniczenia zmiany lub jej całkowitego wygojenia, metody chirurgiczne polegające na wyłuszczeniu torbieli i/lub resekcji wierzchołków korzeni oraz metody zachowawczo-chirurgiczne (1, 3, 4).

Celem pracy była ocena skuteczności leczenia zachowawczego torbieli korzeniowej o prawdopodobnej etiologii pourazowej w przednim odcinku szczęki u pacjenta w wieku rozwojowym.

## OPIS PRZYPADKU

Pacjent 15-letni został skierowany do Poradni Stomatologii Dziecięcej w celu przeprowadzenia leczenia endodontycznego zęba 22 z rozległą zmianą okołowierzchołkową. Uzyskano informację, że około miesiąc wcześniej wystąpił obrzęk tkanek miękkich okolicy zęba 22 i z tego powodu zastosowano antybiotykoterapię przez okres 1 tygodnia (nie ustalono rodzaju antybiotyku).

W badaniu zewnątrzustnym stwierdzono zachowaną symetrię twarzy oraz wyczuwalne, twarde, niebolesne, przesuwalne względem skóry i podłoża węzły chłonne podżuchwowe grupy A po stronie lewej. Badanie wewnętrzne wykazało zmianę zabarwienia tkanek korony zęba 22 na szaro, brak reakcji na chlorek etylu, wyczuwalne palpacyjnie niewielkie elastyczne wygórowanie w okolicy wierzchołka korzenia zęba 22 oraz dodatni objaw Smrekera.

W badaniu radiologicznym stwierdzono przejaśnienie o średnicy 11 x 10 mm obejmujące 2/3 długości korzenia zęba 22 od strony dystalnej i przyśrodkowe przesunięcie korzenia (ryc. 1).

Rozpoczęto antyseptyczne leczenie kanałowe. Po endodontycznym otwarciu jamy zęba zaobserwowano obfity, mętny, surowiczy wysięk. Kanał opracowano chemo-mechanicznie na długość roboczą 25 mm MAF 40, płucząc obficie 2% podchlorynem sodu i solą fizjologiczną. Po osuszeniu



Ryc. 1. Obraz radiologiczny zęba 22 przed rozpoczęciem antyseptycznego leczenia endodontycznego. Widoczne przejaśnienie obejmujące 2/3 długości korzenia zęba 22 od strony dystalnej i przyśrodkowe przesunięcie korzenia

wypełniono go tymczasowo pastą Calcipast + I (Cerkamed) na okres 2 tygodni, zamknięto szczelnym opatrunkiem z cementu szkłojonomerowego. Wizyty kontrolne połączone z wymianą opatrunków z zastosowaniem tego samego preparatu przeprowadzono po upływie 6 tygodni, 3 i 6 miesięcy. W okresie pomiędzy wizytami nie występowały żadne dolegliwości. Kolejne badania radiologiczne wykonane po 3 i 6 miesiącach wykazały systematyczne zmniejszanie się obszaru przejaśnienia (ryc. 2 i 3). Po upływie 9 miesięcy zaobserwowano całkowite wygojenie się zmiany. Kanał wypełniono ostatecznie metodą kondensacji bocznej gutaperki z uszczelniaczem AH Plus (Dentsplay) (ryc. 4). Do ubytku w koronie założono materiał kompozytowy Herculite XRV (Kerr).

## DYSKUSJA

Niechirurgiczne leczenie rozległych zmian okołowierzchołkowych powinno być postępowaniem z wyboru w przypadku zębów z zakażonymi kanałami korzeniowymi, zwłaszcza u pacjentów w wieku rozwojowym. Istotnym czynnikiem prowadzącym do powodzenia terapii jest eliminacja bakterii z kanału korzeniowego (1, 2, 5, 6). Terapia chirurgiczna, jako metoda bardziej inwazyjna, powinna być stosowana, gdy postępowanie zachowawcze nie przyniesie oczekiwanego efektu, czyli ograniczenia bądź wygojenia zmiany (1, 2, 5). Należy pamiętać, że zabiegi chirurgiczne w przypadku leczenia torbieli są obciążone dużym ryzykiem powikłań, takich jak: utrata tkanki kostnej, uszkodzenie naczyń, nerwów i struktur anatomicznych znajdujących się w okolicy zmiany, co ma szczególne znaczenie u młodych pacjentów (3, 7). W zaprezentowanym opisie przypadku zmiana okołowierzchołkowa była rozległa, obejmowała



Ryc. 2. Obraz radiologiczny zęba 22 po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia. Widoczne zmniejszenie się obszaru przejaśnienia



Ryc. 4. Obraz radiologiczny zęba 22 po wypełnieniu kanału korzeniowego po upływie 9 miesięcy. Widoczne całkowite wygojenie się zmiany



Ryc. 3. Obraz radiologiczny zęba 22 po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia. Widoczne zmniejszenie się obszaru przejaśnienia

swoim zasięgiem dystalnie 2/3 długości korzenia. Zabieg chirurgiczny wiązałby się z dużą utratą struktury kostnej, dlatego podjęto leczenie zachowawcze, aby ograniczyć zasięg zmiany. Skuteczna terapia pozwoliła na jej wyeliminowanie. Z dostępnego piśmiennictwa wynika, że

leczenie endodontyczne powinno być pierwszym krokiem w przypadku występowania rozległych zmian okołowierzchołkowych. Ng i wsp. zauważyli, że sukces takiego postępowania oscyluje w granicach 85% (8). W długoterminowych badaniach klinicznych Calskan zaobserwował cofnięcie się dużych zmian okołowierzchołkowych u 73,8% badanych leczonych wyłącznie zachowawczo (9). Salaria i wsp. przedstawili w swojej pracy przypadek 28-letniego pacjenta, u którego nastąpiło całkowite wygojenie zmiany w ciągu 12 miesięcy od rozpoczęcia terapii, a Mandhotra i wsp. osiągnęli sukces w leczeniu zmian o charakterze torbieli u 3 pacjentów w ciągu 18 miesięcy (1, 4). Podobnie Fernandes i de Ataide w ciągu 3 miesięcy zaobserwowali zmniejszenie się obszaru przejaśnienia ze średnicy 12 x 13 mm do 5 x 3,5 mm (10).

Należy podkreślić, że wpływ na powodzenie leczenia zachowawczego ma ogólny stan zdrowia pacjenta. Calskan i wsp. zauważyli, że u osób obciążonych ogólnoustrojowo, chorujących m.in. na cukrzycę, taka terapia nie była wystarczająca (9).

## WNIOSKI

Podjęcie leczenia zachowawczego torbieli korzeniowej u pacjenta w wieku rozwojowym może prowadzić do całkowitego wygojenia zmiany, co pozwoli na uniknięcie konieczności przeprowadzenia zabiegu chirurgicznego lub przynajmniej ograniczenie jego zasięgu.

**KONFLIKT INTERESÓW**

Brak konfliktu interesów

**ADRES DO KORESPONDENCJI**

\*Sylwia Kuderewska  
Zakład Stomatologii Dziecięcej  
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku  
ul. Waszyngtona 15a, 15-274 Białystok  
tel.: +48 511-480-283  
sylwia.kuderewska@umb.edu.pl

**nadesłano:**

10.04.2020

**zaakceptowano do druku:**

4.05.2020

**PIŚMIENICTWO**

1. Mandhotra P, Goel M, Rai K et al.: Accelerated non surgical healing of large periapical lesions using different calcium hydroxide formulations: a case report. *Int J Oral Health Med Res* 2016; 3(4): 79-83.
2. Al Khasawnah Q, Hassan F, Malhan D et al.: Nonsurgical clinical management of periapical lesion using calcium hydroxide-iodoform-silicone-oil paste. *Biomed Res Int* 2018; 8198795: 1-5.
3. Valois C, Costa-Junior ED: Periapical cyst repair after nonsurgical endodontic therapy – case report. *Braz Dent J* 2005; 16(3): 254-258.
4. Salaria SK, Kamra S, Ghuman SK, Sharma G: Nonsurgical endodontic therapy along with minimal invasive treatment utilizing Bhasker's hypothesis for the management of infected radicular cystic lesion: A rare case report. *Contemp Clin Dent* 2016; 7(4): 562-565.
5. Fernandes M, de Ataíde I: Nonsurgical management of periapical lesions. *J Conserv Dent* 2010; 13(4): 240-245.
6. Dhillon JS, Saini SR, Bedi HS et al.: Healing of a large periapical lesion using triple antibiotic paste and intracanal aspiration in nonsurgical endodontic retreatment. *Indian J Dent* 2014; 5(3): 161-165.
7. Shah N: A novel conservative approach combining “SealBio” and “surgical fenestration” for healing of large periapical cystic lesions of endodontic origin: a pilot study. *Contemp Clin Dent* 2007; 8(3): 367-372.
8. Ng Y, Mann V, Rahbarab S et al.: Outcome of primary root canal treatment: Systematic review of the literature. Part 1. Effects of study characteristic on probability of success. *Int Endod J* 2007; 40: 921-939.
9. Calskan MK: Prognosis of large cyst-like periapical lesions following nonsurgical root canal treatment: a clinical review. *Int Endod J* 2004; 37: 408-416.
10. Fernandes M, de Ataíde I: Non-surgical management of a large periapical lesion using a simple aspiration technique: a case report. *Int Endod J* 2010; 43(6): 536-542.