

ID: 2014-04-5-A-3877

Клинический случай

Бекирова Ф.М.

Внутрикостная миграция или "Мигрирующий зуб"

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра стоматологии детского возраста и ортодонтии

Научные руководители: к.м.н. Егорова А.В., асс. Давыдова Н.В.

Резюме

Внутрикостная миграция является одной из редких стоматологических аномалий, которая демонстрирует горизонтальное движение непрорезавшихся постоянных зубов только нижней челюсти. Чаще всего этой аномалии подвержен боковой резец, клык, и второй премоляр. Механизм, который вызывает миграцию зуба, является еще неясным. Некоторые авторы предполагают, что миграция клыка является врожденной и передается по наследству. Внутрикостные миграции зубов не могут быть обнаружены на внутриротовой контактной рентгенограмме, требуются современные методы диагностики такие как компьютерная томография. Таким образом, проведение органосохраняющей комплексной реабилитации пациентов с аномалиями положения и сроков прорезывания постоянных зубов, требует сочетания современных методов диагностики (компьютерной томографии), прогнозирования результатов и комплексного лечения (хирургического, ортодонтического, терапевтического и ортопедического).

Ключевые слова: внутрикостная миграция, адентия, ретенция, томография

Аномалии положения и нарушения сроков прорезывания постоянных зубов приводят к морфологическим, функциональным и эстетическим нарушениям челюстно-лицевой области и отражаются на деятельности других органов и систем организма [1,7,8].

Нарушения, связанные с отклонением в прорезывании зубов, называют эктопия [13-16]. Миграция является одним из видов эктопии. В этом случае зубы и их зачатки удалены от области их обычного расположения [9].

Внутрикостная миграция является одной из редких стоматологических аномалий, которая демонстрирует горизонтальное движение непрорезавшихся постоянных зубов [16]. Чаще всего этой аномалии подвержен боковой резец, клык, и второй премоляр [9,14,15]. Односторонняя миграция зуба является более распространенной, чем двусторонняя. Эта аномалия наиболее характерна для женщин, чем для мужчин (соотношение 1,6:1). Механизм, который вызывает миграцию зуба, является еще неясным, однако имеют значение следующие факторы: неправильная закладка, задержка смены или преждевременное удаление молочных зубов, врожденная патология челюстно-лицевой области, наличие сверхкомплектных зубов, воспалительные процессы и травматические повреждения челюстей [2-6,16].

Направление движения мигрирующего зуба определяется по пути наименьшего сопротивления. Причиной смещения нижнечелюстного клыка, как правило, является сверхкомплектный зуб, одонтома, несвоевременное удаление молочного зуба или скученность. Однако это может произойти без каких-либо видимых причин. Некоторые авторы предполагают, что миграция клыка является врожденной и передается по наследству [16].

Внутрикостные миграции зубов не могут быть обнаружены на внутриротовой контактной рентгенограмме, потому что зуб чаще всего лежит горизонтально под верхушками корневой постоянной зубов и недалеко от края нижней челюсти [16,10]. Поэтому важно, чтобы радиографическое исследование включало панорамную рентгенограмму или компьютерную томограмму (КТ). Хотя это дорогостоящая процедура и не всегда доступна, она имеет превосходное диагностическое значение.

Методы лечения данной аномалии зависят от расположения мигрировавших зубов, состояния окружающих их тканей, а также степени дискомфорта у пациента [13,17].

Цель исследования: рассмотреть на клиническом примере случай внутрикостной миграции постоянного зуба и выявить необходимость комплексного подхода к лечению пациентов с данной аномалией.

Описание клинического случая

24.11.2009 в клинику больницы им. С.П.Миротворцева СГМУ обратилась за помощью пациентка Т., 2001 года рождения с жалобами на косметический недостаток и множественное отсутствие постоянных зубов. Из анамнеза известно, что ребенок от первой беременности, рос и развивался соответственно возрасту, аллергологический анамнез неотягощен. У тети по линии отца выявлена множественная адентия.

Объективно: конфигурация лица не изменена, губы смыкаются по линии Клейна. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Нижняя треть лица уменьшена, подбородочная складка выраженная. Первые постоянные моляры смыкаются по I классу Энгля. Диастема верхней челюсти до 1,5 мм, глубокая резцовая окклюзия. Стираемость нижних молочных зубов на 1/2. Гигиена полости рта – не удовлетворительная. На ортопантограмме (ОПТГ) от 24 ноября 2009г (рисунок 1) выявлена адентия 18,17,12,22,27,28,38,37,35,33,32,31,41,42,47,48 зубов. 43 зуб ретенированный, находится на стадии роста корня в длину. Замыкательная пластинка не нарушена. Тень рвущего бугра 43 зуба находится между корнями 82 и 83 зубов.

Был поставлен диагноз: К.00.0 частичная адентия. К.07.2 Глубокая резцовая окклюзия.

Пациентке был зафиксирован съемный пластиночный аппарат-протез на верхний зубной ряд с рукообразными пружинами к 11 и 21 зубам, накусочной площадкой и искусственными зубами в месте отсутствующих зубов.

В 2010 г на повторной ОПТГ (рисунок 2) мы видим смещение 43 зуба, рвущий бугор клыка проецируется под корнем 82 зуба, резорбировав его на 1/2 длины, замыкательная пластинка не нарушена.

В 2012 г. методом лечения был выбран съемный функциональный двучелюстной аппарат - ЛМ-активатор, применяемый по настоящее время.



Рисунок 1. Ортопантомограмма от 24 ноября 2009 г



Рисунок 2. Ортопантомограмма от 2010 г

8.09.13г при повторном обращении пациентки, была выявлена тортоаномалия и супраположение 24 зуба. Стираемость нижних молочных зубов более, чем на 1/2 высоты коронки. Гигиена полости рта – удовлетворительная. Диастема верхней челюсти до 1 мм. На контрольной ОПТГ рвущий бугор 43 зуба проецируется около корня 72 зуба, корни 72,71,81 82 резорбировались на 1/3 – 1/2 длины, отмечается увеличение межфолликулярного пространства 43 зуба, а так же ещё большее отклонение этого зуба в горизонтальном направлении.

Для уточнения характера аномалии пациентка была направлена на КТ(рисунок 3), при анализе которой была подтверждена миграция 43 зуба, наличие фолликулярной кисты от этого зуба, выявлено отсутствие кортикальной пластинки с вестибулярной стороны в области коронки ретеннированного клыка, тем самым был спрогнозирован операционный доступ по раскрытию коронки 43 зуба.

Пациентка была проконсультирована хирургом стоматологом. Совместно был составлен план лечения, включающий хирургические манипуляции в сочетании с ортодонтической коррекцией. Для ускорения сроков ортодонтического лечения и снижения травматизации слизистой оболочки полости рта, было принято решение раскрыть коронку ретеннированного 43 зуба, вывести его в зубной ряд в область 33 зуба, с последующим перемещением на свое место.

18.12.2013 под местной анестезией была проведена операция цистотомия. Удалена наружная оболочка кисты, раскрыта коронка 43 зуба, зафиксированы брекет - кнопки на 43 и 24 зубы. Рана затампонирована йодоформной турундой. Межчелюстную резиновую тягу установили по вестибулярной поверхности LM – активатора от 43 до 24 зуба.

При повторном посещении 6.02.2014г. в области альвеолярного отростка нижней челюсти слева под слизистой оболочкой пальпируется коронка 43 зуба. Брекет-кнопка виднеется в полости рта. Рекомендовано продолжение ношения резиновой тяги для выведения ретеннированного зуба.



Рисунок 3. Результаты компьютерной томографии

Таким образом, проведение органосохраняющей комплексной реабилитации пациентов с аномалией положения и сроков прорезывания постоянных зубов, требует сочетания современных методов диагностики (компьютерной томографии), прогнозирования результатов и комплексного лечения (хирургического, ортодонтического, терапевтического и ортопедического).

Литература

1. Будкова Т.С. Ретенция зубов, план и прогноз лечения / Будкова Т.С., Жигурт И.Ю., Хорошилкина Ф.Я. // Новое в стоматологии, 1997. №1 (спец. вып.). С. 46-53.
2. Жигурт Ю.И. План и прогноз лечения при лечении ретенции зубов : Автореф. дис.канд.мед.наук / Жигурт Ю.И. 1994. -23 с.
3. Збарж Я.М. Ортопедическая стоматология / Збарж Я.М., Александрова Ю.М. Киев, 1997.
4. Комарова Т.В. Методы перемещения ретенированных зубов ортодонтическими аппаратами с дозированной нагрузкой : дис., канд.мед.наук / Т.В. Комарова. Волгоград, 2000. — 119 с.
5. Неспрядько, В.П. Патогенез, клиника и лечение непрорезавшихся зубов : автореф. дис., д-ра мед.наук / В.П. Неспрядько Киев, 1985 — 28 с.
6. Персии, Л.С. Виды зубочелюстных аномалий и их классифицирование / Л.С. Персии. — М., 2006. 32с.
7. Пономарева, К.Г. Комплексные методы лечения ретенции зубов : дис., канд.мед.наук / К.Г. Пономарева СПб., 2000. - 140 с.
8. Хорошилкина, Ф.Я. Ортодонтия. Профилактика и лечение функциональных, морфологических и эстетических нарушений в зубочелюстно лицевой области. Кн. IV. / Ф.Я. Хорошилкина, Л.С. Персии, В.П. Окушко-Калашникова. - М., 2004. - 460 с.
9. Alvares LC, Tavano O. Anomalias dentárias edo complexo maxilomandibular. In: Alvares LC, Tavano O, editors. Curso de radiologia em odontologia. São Paulo: Santos; 1998. p. 190-205
10. Ely NJ, Sherriff M, Couborne MT. Dental transposition as a disorder of genetic origin. Eur J Orthod 2006 Apr;28(2):145-51.
11. Infante-Cossio P, Hernandez-Guisado JM, Gutierrez-Perez JL. Removal of a premolar with extreme distal migration by sagittal osteotomy of the mandibular ramus: report of case. J Oral Maxillofac Surg 2000 May; 58(5):575-7.
12. Jasmin JR, Jonesco-Benaich N, Terestri P, Gi-udicelli J. Migration of an impacted mandibular second molar. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1989 Apr; 67 (4):478-9.
13. Okada H, Miyake S, Toyama K, Yamamoto H. Intraosseous tooth migration of impacted mandibular premolar: computed tomography observation of 2 cases of migration into the mandibular neck and the coronoid process. J Oral Maxillofac Surg 2002 Jun;60(6):686-9.
14. Peck S. On the phenomenon of intraosseous migration of nonerupting teeth. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1998 May;113(5):515-7
15. Shahoon H., Esmaeili M. Bilateral Intraosseous Migration of Mandibular Premolars 2010; Vol. 7, No. 1 J Dent (Tehran). 2010 Winter; 7(1): 50–53.
16. Shapira Y, Kuftinec M. Intrabony migration of impacted teeth. Angle Orthod 2003 Dec; Vol 73, No 6; 738–743
17. Towfighi P, Brunsvold M, Storey A, Arnold R, Willman D, McMahan. Pathologic Migration of Anterior Teeth in Patients With Moderate to Severe Periodontitis. J Periodontol 1997; 68: 967-972.