

Κλινικά Περιστατικά στην Παιδοδοντιατρική

Επιμέλεια

Evert van Amerongen
Maddelon de Jong-Lenters
Luc Marks
Jaap Veerkamp

Απόδοση στα ελληνικά
Γεώργιος Βαδιάκας



Quintessence Publishing Co. Ltd,
Grafton Road, New Malden, Surrey KT3 3AB,
Great Britain
www.quintpub.co.uk
Copyright © 2009 by Quintessence Publishing Co, Ltd

Πρωτότυπος τίτλος: Case reports in pediatric dentistry
Μετάφραση - επιστημονική επιμέλεια: Γεώργιος Βαδιάκας
Γλωσσική επιμέλεια: Νίκος Κουμπιάς
Εκτύπωση: MediaPress, Β. Σ. Κοτσάτος & ΣΙΑ Ο.Ε.
26ο χλμ. Λ. Λαυρίου, Κορωπί, τηλ.: 210 66 20 476



Copyright 2010 της ελληνόφωνης έκδοσης «ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ Μ.Ε.Π.Ε.»
Δερβενίων 23, 106 81, Αθήνα
Τηλ.: 210 38 14 939, e-mail: odvima@otenet.gr

Τα δικαιώματα έκδοσης του παρόντος βιβλίου ανήκουν
στις εκδόσεις «ΟΔΟΝΤΙΑΤΡΙΚΟ ΒΗΜΑ Μ.Ε.Π.Ε.».
Μερική ή ολική ανατύπωση του βιβλίου απαγορεύεται
χωρίς την έγγραφη άδεια του εκδότη.

ISBN: 978-960-99328-1-3

Πρόλογος

Είναι απαραίτητο οι κλινικοί που ασχολούνται με τη θεραπεία παιδιών να έχουν συνεχή ενημέρωση και να διαθέτουν τις απαραίτητες γνώσεις για ευρύ φάσμα παθολογικών καταστάσεων που ενδέχεται να συναντήσουν στο στόμα των παιδιών, ώστε να είναι σε θέση να τις αντιμετωπίσουν με το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα. Ορισμένες από τις καταστάσεις αυτές εμφανίζονται συχνά στην κλινική πράξη, ενώ άλλες είναι σπανιότερες. Κατά συνέπεια, ο οδοντίατρος δεν μπορεί να βασιστεί αποκλειστικά στην εμπειρία του για να διαγνώσει και να θεραπεύσει μια διαταραχή. Ως τέτοιου είδους παθολογικές καταστάσεις είναι δυνατόν να θεωρηθούν διάφοροι τύποι αναπτυξιακών διαταραχών, όπως οι υποδοντίες ή οι διαταραχές της ενασβεστίωσης των σκληρών οδοντικών ιστών, αλλά και νόσοι του στοματικού βλεννογόνου και του οστού. Η αναφορά/παρουσίαση κλινικών περιστατικών συμβάλλει καθοριστικά στη συσσώρευση γνώσης και κλινικής εμπειρίας, δυστυχώς όμως λίγα τέτοια περιστατικά δημοσιεύονται, και μόνο σε παιδιατρικά επιστημονικά περιοδικά. Το βιβλίο αυτό προσπαθεί να αναπληρώσει το υφιστάμενο κενό ενημέρωσης όσον αφορά την κλινική πράξη και να προσφέρει στον οδοντίατρο τη δυνατότητα συστηματικής επιμόρφωσης στα πεδία της διαγνωστικής, των ενδείξεων, της θεραπείας και της παρακολούθησης κλινικών περιστατικών.

Στο βιβλίο αυτό παρουσιάζονται 16 περιστατικά με τα οποία ασχολήθηκαν έμπειροι κλινικοί. Γίνεται αναφορά στο ιστορικό κάθε περιστατικού, στη διάγνωση, στις ενδείξεις θεραπείας, στις θεραπευτικές επιλογές, στην παρακολούθηση και στην πρόγνωση. Παρέχονται, επίσης, βιβλιογραφικές παραπομπές για περαιτέρω ενημέρωση. Οι κλινικές φωτογραφίες και ακτινογραφίες είναι άριστης ποιότητας. Η φιλοδοξία των επιστημονικών επιμελητών να παρουσιάσουν ένα νέο βιβλίο με νέα περιστατικά κάθε δεύτερο χρόνο θα πρέπει να χαιρετιστεί. Αυτό συνεπάγεται τη δημιουργία μιας βιβλιοθήκης με πολύ καλά κλινικά περιστατικά, που με την πάροδο του χρόνου θα συμβάλλει στη βελτίωση της παρεχόμενης οδοντιατρικής φροντίδας στα παιδιά.

Το βιβλίο που κρατάτε στα χέρια σας αποτελεί μια εξαιρετική όσο και σημαντική συνεισφορά στην προσπάθεια που καταβάλλεται για υψηλού επιπέδου κλινικά αποτελέσματα στην παιδοδοντιατρική, αλλά και μια ευκαιρία για εποικοδομητική ανταλλαγή απόψεων πάνω σε στρατηγικές θεραπείας. Το βιβλίο θα πρέπει να είναι διαθέσιμο σε όλους τους κλινικούς που εμπλέκονται στην οδοντιατρική φροντίδα των παιδιών, θα πρέπει να χρησιμοποιείται στην εκπαίδευση και στη δημιουργία μιας βιβλιοθήκης περιστατικών σε όλες τις κλινικές και τα ιατρεία. Για όλους τους παραπάνω λόγους, το βιβλίο αυτό συστήνεται ανεπιφύλακτα.

Göran Koch

Εισαγωγή

Τόσο στην Ευρώπη όσο και σε άλλα μέρη του κόσμου, οι μεταπτυχιακοί φοιτητές των πανεπιστημιακών προγραμμάτων παιδοδοντιατρικής υποχρεούνται να συγκεντρώσουν και να παρουσιάσουν στο τέλος της εκπαίδευσής τους μια σειρά από περιστατικά ιδιαίτερου κλινικού ενδιαφέροντος. Τα περισσότερα από τα περιστατικά αυτά δεν δημοσιεύονται και παραμένουν χωρίς επιστημονική και πρακτική αξιοποίηση. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την αυξανόμενη ανάγκη των οδοντιάτρων για βιβλία παιδοδοντιατρικής καθαρά κλινικού προσανατολισμού, ώθησε τους συγγραφείς στη δημιουργία ενός βιβλίου που θα περιλαμβάνει κλινικά περιστατικά από διάφορες χώρες.

Στο βιβλίο αυτό επιχειρείται μια διαφορετική προσέγγιση στην κλινική παιδοδοντιατρική, μέσω της παρουσίασης επιλεγμένων κλινικών περιστατικών, και για το λόγο αυτό είναι μοναδικό στο συγκεκριμένο χώρο. Ελπίζω το βιβλίο να χρησιμεύσει όχι μόνο ως πηγή αναφοράς για τους ειδικούς παιδοδοντιάτρους, αλλά να βοηθήσει και τους γενικούς οδοντιάτρους στην επίλυση κλινικών προβλημάτων που συνδέονται με τη θεραπεία των νεαρών ασθενών τους.

Εκ μέρους των συγγραφέων,

Evert van Amerongen

Πίνακας περιεχομένων

1 Αντιμετώπιση της τερηδόνας Βρεφικής και νηπιακής ηλικίας	1
<i>Norbert Krämer, Roland Frankenberger</i>	
2 Υπερασβεστιωμένοι γομφίοι	9
<i>Marleen Peumans</i>	
3 Ατελής οδοντογένεση τύπου II	17
<i>Satu Alaluusua, Heikki Alapulli</i>	
4 Υποφωσφατασαιμία	25
<i>Anne B. Skaare, Veslemøy E. Bjørkeng, Sven Simonsen, Anne Grethe Myhre, Ivar Espelid</i>	
5 Μη χειρουργική αντιμετώπιση της τερηδόνας στη νεογιλή οδοντοφυΐα	35
<i>Dafydd Evans, Nicola Innes</i>	
6 Ο ρόλος του παιδοδοντιάτρου στην υποδοντία	45
<i>Julie Caroline Mitchell, Marie Therese Hosey</i>	
7 Διάβρωση των δοντιών	51
<i>Marie-Charlotte Huysmans, Gert Stel</i>	
8 Η τεχνική Hall: Μια νέα μέθοδος εφαρμογής προκατασκευασμένων μεταλλικών στεφανών	57
<i>Nicola Innes, Dafydd Evans</i>	
9 Η μερική αφαίρεση τερηδόνας ως τεχνική αναχαίτισης ενεργών τερηδονικών κηλίδων και διατήρησης της ζωτικότητας του πολφού	65
<i>Jan Kühnisch, Katharina Bücher, Reinhard Hickel</i>	
10 Αντιμετώπιση επιπλοκών σε μόνιμους τομείς μετά από τραύμα των νεογιλών τομέων	75
<i>Frédéric Obry, Remy Mathis, Marie-Cécile Manière</i>	
11 Αυτομεταμόσχευση προγομφίων μετά από ολική εκγόμφωση των άνω κεντρικών τομέων	83
<i>Luc C. Martens</i>	
12 Προσθετική αποκατάσταση ασθενούς με εξωδερμική δυσπλασία	91
<i>Andrea Savi, Manfredi Maddalena, Marco Tamani, Mario Fazzi, Silvia Pizzi</i>	
13 Τρύπημα γλώσσας	97
<i>Roeland De Moor</i>	
14 Επιπλεγμένα κατάγματα μύλης σε δύο μόνιμους τομείς	105
<i>Ilija Skrinjaric</i>	
15 Τραυματική κύστη οστού	113
<i>Anna Lena Sundell</i>	
16 Θεραπεία πολφού σε νεογιλούς γομφίους	119
<i>Monty Duggal</i>	
Βραχυγραφίες	127
Ευρετήριο	128

Αντιμετώπιση της τερηδόνας βρεφικής και νηπιακής ηλικίας

Norbert Krämer
Roland Frankenberger

Λέξεις-κλειδιά: Τερηδόνα βρεφικής και νηπιακής ηλικίας, τερηδόνα θηλασμού, αποκαταστάσεις και συγκολλούμενα υλικά, οδοντοστοιχίες.

Ηλικιακή ομάδα: 0-4 και 4-7 ετών

Ορισμός

Ως τερηδόνα βρεφικής και νηπιακής ηλικίας (TBNH) ορίζεται η εμφάνιση τερηδονικής αλλοίωσης οποιουδήποτε βαθμού σε οποιαδήποτε οδοντική επιφάνεια νεογιλών (κηλίδα σε επίπεδο κοιλότητας, ή όχι) κατά τη διάρκεια των 3 πρώτων χρόνων της ζωής¹. Ως TBNH βαριάς μορφής περιγράφεται η κατάσταση κατά την οποία παιδιά ηλικίας μικρότερης των 3 ετών εμφανίζουν τερηδονικές αλλοιώσεις σε λεία επιφάνεια νεογιλού δοντιού. Σε παιδιά μεγαλύτερα των 5 ετών, η διάγνωση της βαριάς μορφής της νόσου βασίζεται στην ύπαρξη ενός ή περισσότερων τερηδονισμένων, ελλειπόντων (λόγω τερηδόνας) ή εμφρακθέντων λείων επιφανειών σε νεογιλούς άνω τομείς, ή στην καταγραφή σκορ στο δείκτη DMF ≥ 4 , ≥ 5 και ≥ 6 , για τις ηλικίες 3, 4 και 5 ετών, αντίστοιχα² (ηλικία 3, Εικόνες 1-1α, 1-1β· ηλικία 4, Εικόνα 1-2). Η αποκαλούμενη τερηδόνα θηλασμού συνιστά ειδική μορφή TBNH, στην οποία η τερηδόνα εντοπίζεται στα νεογιλά άνω πρόσθια δόντια. Πιο συγκεκριμένα, η διάγνωση της τερηδόνας θηλασμού βασίζεται στην ύπαρξη δύο ή περισσότερων χειλικών ή υπερώιων επιφανειών νεογιλών άνω τομέων με τερηδονικές αλλοιώσεις (Εικόνες 1-3α, 1-3β).



Εικ. 1-1α,β Αγόρι ηλικίας 3 ετών με τυπική εικόνα TBNH. Το παιδί είχε ιστορικό θηλασμού με μπουκάλι τη νύχτα κατά τα πρώτα 2 χρόνια της ζωής του. Αν και η συνήθεια διεκόπη, η νόσος εξελίχθηκε. **1-1α** Οι τερηδονικές αλλοιώσεις στη μαστική επιφάνεια του άνω δεξιού και αριστερού δεύτερου νεογιλού γομφίου (55, 65) καταδεικνύουν την ανάγκη θεραπείας. **1-1β** Παρουσία μαστικής τερηδόνας στον κάτω δεξιό και αριστερό πρώτο νεογιλό γομφίο (74, 84). Συνολικά, υπήρχαν 10 τερηδονισμένα δόντια.

Εικ. 1-2 Κορίτσι ηλικίας 4,5 ετών, με ολική καταστροφή λόγω τερηδόνας των άνω νεογιλών δοντιών. Η περίπτωση χαρακτηρίστηκε ως TBNH βαριάς μορφής, με βάση την ηλικία της ασθενούς και την τερηδονική προσβολή σημαντικού αριθμού δοντιών.



Υπενασβεστιωμένοι γομφίοι

Marleen Peumans

Λέξεις-κλειδιά: υπενασβεστιωμένος γομφίος, υπενασβεστίωση τομέων-γομφίων, υπενασβεστίωση αδαμαντίνης, αδιαφάνεια αδαμαντίνης

Ηλικιακή ομάδα: 7-12 ετών

Ορισμός

Ο υπενασβεστιωμένος γομφίος είναι συνήθως ένας πρώτος μόνιμος γομφίος ο οποίος εμφανίζει διακριτές κρεμώδεις λευκές ή καφεκίτρινες αδιαφάνειες, κατά κανόνα στο μασπικό τρίτο της μύλης. Αυτά τα δόντια συχνά υπόκεινται σε μικροκατάγματα της αδαμαντίνης αμέσως μετά την ανατολή τους. Ο ασθενής πολλές φορές παραπονιέται για ευαισθησία ή πόνο, ο οποίος μπορεί να προκληθεί είτε αυτομάτως είτε όταν τρώει ή πίνει κάτι. Ο πιο δόκιμος όρος για τη συγκεκριμένη κατάσταση είναι υπενασβεστίωση τομέων-γομφίων (ΥΓΤ). Ο όρος υιοθετήθηκε το 2001 για να περιγράψει την κλινική εμφάνιση μιας επίκτητης υπενασβεστίωσης της αδαμαντίνης, συστηματικής προέλευσης, η οποία επηρεάζει έναν ή περισσότερους μόνιμους γομφίους με ή χωρίς παρόμοιες κηλίδες στους τομείς (Εικόνες 2-1α έως 2-1δ, Εικόνα 2-2)¹. Η βαρύτητα της βλάβης στην αδαμαντίνη των γομφίων ποικίλλει μεταξύ των δοντιών, ακόμα και στο ίδιο άτομο.



Εικ. 2-1α-δ Ασθενής 7 ετών με ΥΓΤ. Οι τέσσερις πρώτοι μόνιμοι γομφίοι έχουν επηρεαστεί σε διαφορετικό βαθμό (**2-1α** 16, **2-1β** 26, **2-1γ** 46, **2-1δ** 36).

Ατελής οδοντογένεση τύπου II

Satu Alaluusua
Heikki Alapulli

Λέξεις-κλειδιά: ατελής οδοντογένεση

Ηλικιακή ομάδα: 7-12 ετών

Ορισμός

Οι κληρονομικές ανωμαλίες στην οδοντίνη παραδοσιακά κατηγοριοποιούνται ως ατελής οδοντογένεση τύπου I (DI-I), II (DI-II) και III (DI-III) και ως οδοντική δυσπλασία τύπου I (DD-I) και II (DD-II)¹. Οι DI-II, DI-III και DD-II θεωρούνται ανωμαλίες της ίδιας οικογένειας, αφού υπεύθυνο γονίδιο και στις τρεις παθολογικές καταστάσεις είναι εκείνο της σιαλοφωσφοπρωτεΐνης (*DSPP*) της οδοντίνης, που βρίσκεται στο χρωμόσωμα 4.²

Οι συνθεστέρες κληρονομικές ανωμαλίες της οδοντίνης είναι η DI-II, με την επίπτωση να ανέρχεται στο 1:8000³. Η DI-II είναι μια πάθηση που κληρονομείται με τον αυτοσωματικό επικρατή χαρακτήρα και χαρακτηρίζεται από ολική διαπερατότητα και χαμηλή συχνότητα μεταλλάξεων *de novo*^{1,3}. Συναντάται τόσο στη νεογιλή όσο και στη μόνιμη οδοντοφυΐα, με τα νεογιλά δόντια να προσβάλλονται βαρύτερα σε σύγκριση με τα μόνιμα. Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των προσβεβλημένων δοντιών περιλαμβάνουν: μπλεγκρίζα ή κεχριμπαρένια-καφέ οπαλίζουσα απόχρωση, βολβοειδείς μύλες με συσφιγμένους αυχένες, κοντές ρίζες και πρώιμη ενασβεστίωση των πολφικών θαλάμων και των ριζικών σωλήνων. Ιστολογικά, τα οδοντινοσωληνάρια είναι αραιά και ακανόνιστα. Λόγω μαστικής φόρτισης, η αδαμαντίνη εμφανίζει γρήγορα ρωγμές και η αποκαλυμμένη οδοντίνη υπόκειται σε εκσεσημασμένη αποτριβή.

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Ο Τζον (12 ετών) εμφανίζει DI-II. Τα μόνιμα δόντια του έχουν μόλις ανατείλει και κρίνεται αναγκαίο να καλυφθούν με στεφάνες. Αν η θεραπεία καθυστερήσει, η αποτριβή θα είναι σημαντική, με όλες τις συνεπακόλουθες ανεπιθύμητες καταστάσεις, όπως απώλεια της κάθετης διάστασης και προβλήματα συγκράτησης προσθετικών εργασιών (στεφάνες). Επιπλέον, το αισθητικό πρόβλημα είναι έντονο λόγω του κεχριμπαρένιου χρώματος των δοντιών.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ιστορικό

Ιατρικό ιστορικό

Ο Τζον ήταν υγιής, με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό. Το οικογενειακό ιστορικό συνηγορούσε στη διάγνωση της DI-II – η ασθένεια είχε προσβάλει αρκετά μέλη παλαιότερων γενεών της οικογένειας. Προγενέστερη μελέτη είχε δείξει ότι τα προσβεβλημένα μέλη της οικογένειας εμφάνιζαν μια μετάλλαξη στο γονίδιο *DSPP*, στο τρίτο νουκλεοτίδιο πριν το εξόνιο 3 στο ιντρόνιο 2⁴. Το γονίδιο *DSPP* κωδικοποιεί τη σιαλοφωσφοπρωτεΐνη της οδοντίνης, η οποία μετά τη μετάφραση διχάζεται σε σιαλοπρωτεΐνη της οδοντίνης, απαραίτητη για την ενασβεστίωση της οδοντίνης, και σε φωσφοπρωτεΐνη της οδοντίνης⁵. Η μετάλλαξη στην οικογένεια του ασθενούς εντοπιζόταν στο τμήμα του γονιδίου *DSPP* που κωδικοποιεί τη σιαλοπρωτεΐνη της οδοντίνης.

Οδοντιατρικό ιστορικό

Όλα τα νεογιλά δόντια εμφανίζουν κιτρινωπή-καφέ οπαλίζουσα απόχρωση (Εικόνα 3-1α). Ήδη από την ηλικία των 3 ετών, ο Τζον είχε έντονη αποτριβή (Εικόνες 3-1β, 3-1γ), με πρόσθια ανοιχτή δήξη. Ο πολφός είχε αποκαλυφθεί και επιμολυνθεί στους άνω αριστερούς γομφίους, με συνέπεια να δοκιμαστεί θεραπεία

Υποφωσφατασαιμία

*Anne B. Skaare
Veslemøy E. Bjørkeng
Sven Simonsen
Anne Grethe Myhre
Ivar Espelid*

Λέξεις-κλειδιά: υποφωσφατασαιμία, αλκαλική φωσφατάση, πρόωρη απώλεια δοντιού, νεογιλά δόντια, ενασβεσίωση

Ηλικιακή ομάδα: 0-4 ετών

Ορισμός

Η υποφωσφατασαιμία είναι μια σπάνια κληρονομική νόσος του μεταβολισμού, η οποία συναντάται σε τέσσερις μορφές. Όσο αργότερα, από άποψη ηλικίας, εκδηλώνονται τα συμπτώματα τόσο ελαφρύτερη είναι η κλινική της εικόνα, ενώ τα ευρήματα από τα δόντια μπορεί να αποτελούν το μοναδικό κλινικό και ακτινογραφικό εύρημα. Η νόσος χαρακτηρίζεται από ελλειμματική δράση της αλκαλικής φωσφατάσης του ορού και των οστών (ALP), με αποτέλεσμα τη δημιουργία μειονεκτικών οστών και παθολογικής οστεΐνης. Οφείλεται σε μεταλλάξεις στο γονίδιο της αλκαλικής φωσφατάσης του ήπατος/οστού/νεφρού (ALPL), το οποίο κωδικοποιεί το μη ειδικό ένζυμο της αλκαλικής φωσφατάσης (TNAP). Όταν μειώνεται η ενεργός δράση αυτού του ενζύμου, η διαδικασία ενασβεσίωσης διαταράσσεται. Η διάγνωση βασίζεται στη μειωμένη ενεργότητα της ALP του ορού, στην αυξημένη συγκέντρωση φωσφοαιθανολαμίνης στα ούρα και στην ταυτοποίηση του DNA του γονιδίου ALPL. Κληρονομείται είτε με τον αυτόσωμο υπολειπόμενο είτε με τον επικρατή χαρακτήρα και εμφανίζει υψηλή ποικιλότητα στην κλινική έκφραση, η οποία κυμαίνεται από την πρόωρη απώλεια νεογιλών δοντιών έως και το θάνατο του νεογνού. Όταν μοναδική κλινική ένδειξη της νόσου είναι η πρόωρη απώλεια πλήρως διαπλασμένων νεογιλών δοντιών, τότε συχνά αναφέρεται και ως οδοντοϋποφωσφατασαιμία. Τα πρόσθια δόντια προσβάλλονται συχνότερα, ενώ κύριο αίτιο για την πρόωρη απώλεια δοντιών είναι η οστική απώλεια σε συνδυασμό με την υποπλασία ή και απλασία της οστεΐνης.

Κύριο μήνυμα

Ο ρόλος του παιδοδοντιάτρου στην πρώιμη διάγνωση της υποφωσφατασαιμίας είναι σημαντικός, καθώς η πρόωρη απώλεια δοντιών ενδέχεται να αποτελεί το πρώτο κλινικό σύμπτωμα της νόσου.

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Δύο κορίτσια και δύο αγόρια (δύο από αυτά ήταν αδέρφια) είχαν χάσει το καθένα, πριν την ηλικία των 3 ετών, τέσσερα ή περισσότερα πρόσθια νεογιλά δόντια χωρίς εμφανή αιτία.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1

Ιστορικό

Ιατρικό ιστορικό

Όταν η Άννα επισκέφθηκε την κλινική μας, το ιατρικό της ιστορικό ήταν ελεύθερο. Ήταν το πρώτο παιδί της μητέρας της και το πρώτο παιδί υγιών γονέων χωρίς συγγένεια μεταξύ τους. Ο πατέρας είχε δύο άλλα υγιή παιδιά από προηγούμενο γάμο.

Οδοντιατρικό ιστορικό

Η Άννα παραπέμφθηκε στο πανεπιστημιακό τμήμα της Παιδοδοντιατρικής, σε ηλικία 22 μηνών, για πρόωρη απώλεια των νεογιλών τομέων. Οι πρώτοι νεογιλοί τομείς που ανέτειλαν, συγκεκριμένα οι κάτω

Μη χειρουργική αντιμετώπιση της τερηδόνας στη νεογιλή οδοντοφυΐα

*Dafydd Evans
Nicola Innes*

Λέξεις-κλειδιά: τερηδονισμένα νεογιλά δόντια, φθοριούχο βερνίκι, πρόληψη, βούρτσισμα

Ηλικιακή ομάδα: 4-7 ετών

Ορισμός

Η μη χειρουργική αντιμετώπιση της τερηδόνας στη νεογιλή οδοντοφυΐα συνιστά εναλλακτική επιλογή στη χειρουργική προσέγγιση αφαίρεσης της τερηδόνας και τοποθέτησης συμβατικής έμφραξης. Πρόκειται για προσέγγιση που βασίζεται αποκλειστικά στην πρόληψη, στηριζόμενη στη βιολογική αντιμετώπιση του βιοϋμενίου (βιοφίλμ) της οδοντικής πλάκας. Στόχος είναι ή καθυστέρηση ή και αναχαίτιση της εξέλιξης της τερηδόνας μέχρι την απόπτωση του νεογιλού δοντιού, χωρίς να προκληθεί πόνος ή λοίμωξη.

Παρά τη μείωση του επιπολασμού της τερηδόνας τις τελευταίες δεκαετίες, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ.) διαπιστώνει στην αναφορά¹ του το 2003 ότι “η οδοντική τερηδόνα αποτελεί ακόμη σημαντικό πρόβλημα της στοματικής υγείας στις περισσότερες βιομηχανικές χώρες, προσβάλλοντας το 60-90% των παιδιών σχολικής ηλικίας”. Στη Σκωτία, το 2006, το 46% των παιδιών ηλικίας 5 ετών εμφάνιζε κλινικά εμφανή τερηδόνα². Η εξέλιξη της τερηδόνας, αν δεν αντιμετωπιστεί, μπορεί να οδηγήσει σε πόνο και μόλυνση του πολφού. Οι παραδοσιακοί τρόποι αντιμετώπισης περιλαμβάνουν αφαίρεση του μολυσμένου οδοντικού ιστού με κοπτικά εργαλεία και αποκατάσταση του δοντιού. Η τοπική αναισθησία είναι συνήθως απαραίτητη για να διασφαλιστεί το ανώδυνο της διαδικασίας. Ωστόσο, συχνά τα παιδιά είναι δύσκολο να αποδεχθούν τη θεραπεία και να συνεργαστούν, ιδίως όταν είναι πολύ νεαρής ηλικίας ή δεν έχουν προηγούμενη οδοντιατρική εμπειρία.

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Ο Πολ (5 ετών) παραπέμφθηκε από το γενικό οδοντίατρο στο τμήμα Παιδοδοντιατρικής του Οδοντιατρικού Νοσοκομείου του Dundee για εξαγωγές των νεογιλών δοντιών υπό γενική αναισθησία. Κατά την εξέταση διαπιστώθηκε ότι όλα τα νεογιλά δόντια ήταν τερηδονισμένα. Οι τερηδονικές αλλοιώσεις ήταν εκτεταμένες σε πολλά δόντια, ενώ αρκετά από αυτά δεν ήταν αποκαταστάσιμα. Η μητέρα του Πολ δεν συναινούσε στη λύση της γενικής αναισθησίας και δεν επιθυμούσε εξαγωγές των δοντιών. Ο Πολ δεν είχε παραπονεθεί για πόνο στα δόντια και δεν εμφάνιζε κλινικά σημεία ή συμπτώματα λοίμωξης (π.χ. πόνο, οίδημα, ενδοφατνιακή φλεγμονή). Αποφασίστηκε η αντιμετώπιση της νόσου μέσω προληπτικού προγράμματος, με στόχο τη δημιουργία αυτοπεποίθησης σε βαθμό που θα επέτρεπε την αποδοχή παρεμβατικής θεραπείας.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ιστορικό

Ιατρικό ιστορικό

Το ιατρικό ιστορικό ήταν ελεύθερο, με την εξαίρεση ενός ήπιου εκζέματος.

Οδοντιατρικό ιστορικό

Ο Πολ είχε επισκεφθεί πρόσφατα έναν γενικό οδοντίατρο, ο οποίος τον παρέπεμψε στο Οδοντιατρικό Νοσοκομείο του Dundee για εξαγωγές δοντιών υπό γενική αναισθησία, θεωρώντας ότι οι τερηδόνες ήταν πολύ εκτεταμένες για να τις αντιμετωπίσει ο ίδιος. Η μητέρα ανέφερε ότι ο Πολ δεν είχε παραπονεθεί ποτέ για πόνο στα δόντια, ούτε είχε εμφανίσει οίδημα στο πρόσωπο, ενώ έτρωγε και χωρίς προβλήματα το φαγητό του.

Ο ρόλος του παιδοδοντίατρου στην υποδοντία

Julie Caroline Mitchell
Marie Therese Hosey

Λέξεις-κλειδιά: υποδοντία, συγγενώς ελλείποντα δόντια, γέφυρα συγκρατούμενη με ρητίνη

Ηλικιακή ομάδα: 12-18 ετών

Ορισμός

Υποδοντία είναι η απουσία ενός ή περισσότερων δοντιών, που οφείλεται σε συγγενή έλλειψη. Τα συχνότερα ελλείποντα δόντια είναι οι δεύτεροι προγόμφιοι, οι άνω πλάγιοι και οι τρίτοι γομφίοι. Ο επιπολασμός της υποδοντίας ανέρχεται στο 3,5-6,5%, ενώ στη Σκανδιναβία είναι ακόμα υψηλότερος. Συνδέεται με μικροδοντία και άλλες ανωμαλίες, όπως κωνικά δόντια, νεογιλά δόντια παραμένοντα στο φραγμό και μειωμένο ύψος της φατνιακής ακρολοφίας.^{1,2}

Η αντιμετώπιση της υποδοντίας απαιτεί τη συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων, όπως της ορθοδοντικής, της οδοντικής χειρουργικής και της γναθοχειρουργικής.³ Παιδιά με συγγενώς ελλείποντα δόντια συνήθως παραπέμπονται κατά την περίοδο της μεικτής οδοντοφυΐας, γιατί τότε συνήθως γίνεται αντιληπτή η ανωμαλία, λόγω της παραμονής των νεογιλών δοντιών, που προκαλεί αισθητικά προβλήματα. Ωστόσο, είναι σημαντικό ο παιδοδοντίατρος να διαγνώσει εγκαίρως το πρόβλημα και να μπορεί να δώσει θεραπευτικές λύσεις, όποτε απαιτείται.⁴

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Ένα 14χρονο κορίτσι με αφρικανικές ρίζες παραπέμφθηκε από τον οδοντίατρό της για τα διαστήματα που εμφάνιζε στην περιοχή των άνω τομέων. Παρουσίαζε συγγενή έλλειψη των άνω πλάγιων τομέων (12, 22). Είχε ολοκληρώσει την ορθοδοντική θεραπεία με ακίνητα μηχανήματα για να διανοικτεί χώρος στην περιοχή των πλάγιων και ο οδοντίατρός της ζητούσε γνωμάτευση για την τοποθέτηση εμφυτευμάτων. Το κορίτσι φορούσε κινητό μηχανήμα διατήρησης αποτελέσματος, αλλά το εύρος της φατνιακής ακρολοφίας, ιδιαίτερα στην περιοχή του 22, ήταν ανεπαρκές για την τοποθέτηση.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ιστορικό

Το ιατρικό ιστορικό ήταν ελεύθερο. Δεν υπήρχε οικογενειακό ιστορικό υποδοντίας. Το κορίτσι πήγαινε τακτικά στον οδοντίατρο για έλεγχο και κατά το χρόνο της παραπομπής είχε ολοκληρώσει την ορθοδοντική θεραπεία και βρισκόταν σε συγκράτηση επί ένα χρόνο. Ήταν συνεργάσιμη ασθενής, χωρίς άλλα οδοντιατρικά προβλήματα και χωρίς επιβλαβείς στοματικές συνήθειες.

Η στοματική υγιεινή ήταν πολύ καλή. Βούρτζιζε τα δόντια της δύο φορές την ημέρα με φθοριούχο οδοντόκρεμα ενήλικων.

Εξέταση

Η ασθενής παρουσίαζε στοματίτιδα ακρυλικού, λόγω του συγκρατητικού μηχανήματος. Οι υπόλοιποι ιστοί ήταν υγιείς. Δεν είχε τερηδονισμένα δόντια.

Παρατηρείτο υπερπλασία των ούλων υπερώια των άνω κυνοδόντων και των πρώτων προγομφίων, ενώ υπήρχε περίσσεια ουλικού ιστού στην ακρολοφία αντίστοιχα προς τους πλάγιους τομείς, σε βαθμό που να απαιτείται επιμύκνση μύλης. Εμφάνιζε ελαφρά έλλειψη χώρου εγγύς-άπω στην περιοχή των πλάγιων, για την τοποθέτηση εμφυτεύματος. Κατά την ψηλάφηση της χειλικής επιφάνειας της φατνιακής ακρολοφίας διαπιστώθηκε η ύπαρξη οστικής ανωμαλίας ψηλά, στην περιοχή του άνω δεξιού πλάγιου τομέα (12).

Η ασθενής είχε σκελετική τάξη I και σχέση τομέων τάξης I (ουδέτερη).

Διάβρωση των δοντιών

Marie-Charlotte Huysmans
Gert Stel

Λέξεις-κλειδιά: φθορά δοντιών, διάβρωση, διαβρωτική φθορά

Ηλικιακή ομάδα: 7-12 ετών

Ορισμός

Ως οδοντική διάβρωση ορίζεται η απώλεια σκληρού οδοντικού ιστού λόγω χημικής διάλυσης της οδοντικής επιφάνειας από οξέα, χωρίς εμπλοκή μικροβίων. Τα οξέα μπορεί να έχουν προέλευση ενδογενή, π.χ. γαστρικά υγρά που εισέρχονται στο στόμα κατά τη διαδικασία εμέτου, ή εξωγενή, όπως διαιτητικά οξέα, π.χ. ανθρακούχα ποτά, όξινα φρούτα. Πρόσφατα αναγνωρίστηκε ότι η οδοντική διάβρωση τροποποιεί τις μηχανικές μορφές φθοράς των δοντιών, όπως την αποτριβή, γι' αυτό και έχει προταθεί ο όρος «διαβρωτική οδοντική φθορά» για να περιγραφεί η πολυπαραγοντική διαδικασία της φθοράς των δοντιών παρουσία οξέων. Λόγω διαφορών στα διαγνωστικά κριτήρια, η αναφερόμενη συχνότητα εμφάνισης της διαβρωτικής οδοντικής φθοράς ποικίλλει ευρέως. Ωστόσο, τα επιδημιολογικά στοιχεία συνηγορούν υπέρ ενός εντεινόμενου προβλήματος.

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Ο Ρέι (ετών 10) παραπέμφθηκε από τον οδοντίατρό του για εκσεσημασμένη φθορά των νεογιλών γομφίων και κυνοδόντων. Σε όλα τα προσβεβλημένα δόντια, η μασπική/κοπτική αδαμαντίνη είχε πλήρως χαθεί και η οδοντίνη είχε αποκαλυφθεί. Η φθορά εκτεινόταν πέρα από τις επαφές με τους ανταγωνιστές, ενώ δεν υπήρχαν τερηδόνες ή αποκαταστάσεις (Εικόνες 7-1α, 7-1β).



Εικ. 7-1 Αγόρι 10 ετών παραπέμφθηκε στην πανεπιστημιακή οδοντιατρική κλινική για θεραπεία διαβρωτικής οδοντικής φθοράς. Πρόσθια άποψη **7-1α** με τα δόντια στη συνήθη θέση σύγκλισης και **7-1β** με το στόμα ελαφρά ανοικτό.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ιστορικό

Ο Ρέι ήταν το δεύτερο παιδί μιας πλήρους οικογένειας. Πήγαινε στο δημοτικό και προετοίμαζε μια παρουσίαση σχετικά με την οδοντική διάβρωση. Η μεγαλύτερη αδελφή του είχε σύνδρομο γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης. Στον Ρέι άρεσαν τα γλυκά και τα μήλα. Έπινε περίπου δύο ποτήρια αναψυκτικών την ημέρα, ενώ όταν έπαιζε ποδόσφαιρο με την ομάδα του έπιναν όλοι λεμονάδα στα διαλείμματα. Συνήθιζε να πίνει αργά το ποτό του, αλλά δεν κρατούσε πολύ ώρα το περιεχόμενο στο στόμα του. Δεν είχε παραπονεθεί για ευαισθησία στα δόντια μετά τη λήψη χυμών ή αναψυκτικών.

Η τεχνική Hall: Μια νέα μέθοδος εφαρμογής προκατασκευασμένων μεταλλικών στεφανών

Nicola Innes
Dafydd Evans

Λέξεις-κλειδιά: Τεχνική Hall, οδοντιατρικό άγχος, υποπλασία, υπερασβεστιωμένοι νεογιλοί γομφίοι, τερηδονισμένοι νεογιλοί γομφίοι, προκατασκευασμένες μεταλλικές στεφάνες

Ηλικιακή ομάδα: 4–7 ετών

Ορισμός

Η τεχνική Hall είναι μια μέθοδος αντιμετώπισης ενός νεογιλού γομφίου που είναι τερηδονισμένος ή υποπλαστικός, χρησιμοποιώντας μια προκατασκευασμένη μεταλλική στεφάνη (ΠΜΣ). Σύμφωνα με τη τεχνική αυτή, η στεφάνη συγκλλάται στο δόντι με υαλοϊονομερή κονία, χωρίς τη χρήση τοπικής αναισθησίας και χωρίς την αφαίρεση τερηδόνας ή την ελάττωση της μύλης. Αυτό διαφέρει από τη συνηθισμένη πρακτική, κατά την οποία χρησιμοποιείται τοπική αναισθησία, ο τερηδονισμένος ιστός αφαιρείται και το δόντι προετοιμάζεται για την τοποθέτηση της στεφάνης (μείωση της εγγύς, άπω και μασπτικής επιφάνειας της μύλης με κοπτικά εργαλεία), η οποία κατόπιν συγκλλάται.

Στη βιβλιογραφία υπάρχουν διαθέσιμες λεπτομέρειες για την κλινική εφαρμογή της τεχνικής,¹ καθώς και τα αποτελέσματα τυχαίοποιημένης διетуούς κλινικής μελέτης με ομάδα ελέγχου.²

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Ο Άλισταιρ (2 3/4 ετών) παραπέμφθηκε από τον γενικό οδοντίατρό του για την αντιμετώπιση των δεύτερων νεογιλών γομφίων (55, 65, 75, 85), οι οποίοι εμφάνιζαν ανωμαλίες κατασκευής της αδαμαντίνης και ήταν ευαίσθητοι στο βούρτσισμα. Κατά την εξέταση διαπιστώθηκε υποπλασία της αδαμαντίνης, με μεγάλες περιοχές να λείπουν. Η αντιμετώπιση των δοντιών αυτών γινόταν ακόμα δυσκολότερη από τα προβλήματα συνεργασίας με τον μικρό ασθενή. Η διατήρηση των δοντιών μόνο με στοματική υγιεινή δεν μπορούσε να αναχαιτίσει τη συνεχιζόμενη καταστροφή της επιφάνειας της αδαμαντίνης, γι' αυτό και τοποθετήθηκαν ΠΜΣ στους γομφίους με την τεχνική Hall.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ιστορικό

Ιατρικό ιστορικό

Ο Άλισταιρ ήταν υγιής και σε καλή κατάσταση. Η μητέρα του ανέφερε τελειόμηνη κύηση, αλλά και εγκυμοσύνη και γέννηση χωρίς επιπλοκές. Το ιατρικό ιστορικό ήταν ελεύθερο.

Οδοντιατρικό ιστορικό

Στην ηλικία των 3 περίπου ετών ο γενικός οδοντίατρος παρέπεμψε τον Άλισταιρ στο παιδιατρικό τμήμα του Οδοντιατρικού Νοσοκομείου του Dundee λόγω της κλινικής εμφάνισης των δεύτερων νεογιλών γομφίων (55, 65, 75, 85). Δεν παραπονιόταν για πόνο όταν έτρωγε, αλλά για ευαισθησία κατά το βούρτσισμα από τη μητέρα.

Η μερική αφαίρεση τερηδόνας ως τεχνική αναχαίτισης ενεργών τερηδονικών κηλίδων και διατήρησης της ζωτικότητας του πολφού

*Jan Kühnisch
Katharina Bücher
Reinhard Hickel*

Λέξεις-κλειδιά: θεραπεία τερηδόνας, αναχαίτιση τερηδόνας, μερική αφαίρεση τερηδόνας, διατήρηση ζωτικότητας πολφού

Ηλικιακή ομάδα: 4-7 ετών

Ορισμός

Πόσο «καθαρή» πρέπει να είναι μια κοιλότητα πριν την έμφραξη; “Ο ρόλος της οδοντικής χειρουργικής στην αντιμετώπιση της τερηδόνας έγκειται στην αποκατάσταση της ακεραιότητας του δοντιού, ώστε ο ασθενής να είναι σε θέση να το καθαρίζει. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, το παραπάνω ερώτημα έχει μόνο θεωρητική αξία. Υπάρχουν λίγες ενδείξεις που να υποστηρίζουν ότι η μολυσμένη οδοντίνη πρέπει να αφαιρείται εξ ολοκλήρου πριν την έμφραξη του δοντιού” Kidd (2004).¹

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Οι δύο τετράχρονοι ασθενείς που παρουσιάζονται εδώ εμφάνιζαν την τυπική εικόνα τερηδόνας βρεφικής και νηπιακής ηλικίας (ΤΒΝΗ), τύπου 2, σύμφωνα με τον Wyne.² Αν και τα παιδιά δεν εξέφραζαν παράπονα για πόνο, οι γονείς επιθυμούσαν την αποκατάσταση των τερηδονισμένων δοντιών. Τα προσβεβλημένα δόντια αποκαταστάθηκαν σταδιακά, μετά την απευαισθητοποίηση των παιδιών όσον αφορά την οδοντιατρική θεραπεία. Στο κεφάλαιο αυτό, οι συγγραφείς δεν πραγματεύονται τη συστηματική θεραπεία των δύο ασθενών, αλλά επικεντρώνονται στην εφαρμογή και το σχολιασμό της σταδιακής αφαίρεσης της τερηδόνας ως μέρους μιας τεχνικής έμμεσης κάλυψης του πολφού σε δύο νεογιλούς γομφίους.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ιστορικό

Ιατρικό ιστορικό

Σύμφωνα με τους γονείς, τα παιδιά είχαν ελεύθερο ιστορικό. Η γενική τους υγεία ήταν καλή και η φυσική και νοητική ανάπτυξη φυσιολογική για την ηλικία τους. Και τα δύο παιδιά ελάμβαναν καθημερινά, για προληπτικούς λόγους, βιταμίνη D και συμπλήρωμα φθορίου (ταμπλέτα 0,25 mg) μέχρι την ηλικία των 2 ετών, για την αποφυγή ραχίτιδας και τερηδόνας. Η συγκέντρωση του φθορίου στο πόσιμο νερό της περιοχής ήταν μικρότερη των 0,25 mg/L.

Οδοντιατρικό ιστορικό

Τα παιδιά προσήλθαν στην παιδιατρική μονάδα του τμήματος συντηρητικής οδοντιατρικής και περιοδοντολογίας του Πανεπιστημίου Ludwig Maximilian λόγω της επιθυμίας των γονέων να αντιμετωπισθεί η παρουσία τερηδόνων, ώστε να προληφθούν μελλοντικά προβλήματα. Αυτή ήταν η πρώτη επίσκεψή τους στον οδοντίατρο.

Αντιμέτωπιση επιπλοκών σε μόνιμους τομείς μετά από τραύμα των νεογιλών τομέων

Frédéric Obry

Rémy Mathis

Marie-Cécile Manière

Λέξεις-κλειδιά: οδοντικό τραύμα, αναπτυξιακές διαταραχές, υποβηθούμενη ανατολή

Ηλικιακή ομάδα: 7-12 ετών

Ορισμός

Η επιπλοκή είναι μια παθολογική κατάσταση που αναπτύσσεται ως αποτέλεσμα προγενέστερης νόσου, τραυματισμού ή προσβολής. Ως εγκλεισμός ορίζεται η ολική ή μερική αδυναμία ανατολής του δοντιού μετά τη φυσιολογική ηλικία ανατολής. Εξαιρουμένων των τρίτων γομφίων, οι άνω κυνόδοντες και οι κεντρικοί τομείς είναι τα δόντια που εμφανίζουν συχνότερα εγκλεισμό. Μία από τις συνηθέστερες αιτίες είναι ο τραυματισμός των νεογιλών δοντιών. Κλινικά, ο εγκλεισμός συνοδεύεται από αισθητικά και λειτουργικά προβλήματα.

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Η Σούζι, ένα κορίτσι 7,5 ετών, παραπέμφθηκε από τον οδοντίατρό της στο τμήμα παιδοδοντιατρικής για καθυστέρηση στην ανατολή ενός κεντρικού τομέα.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ιστορικό

Ιατρικό ιστορικό

Το ιατρικό ιστορικό ήταν ελεύθερο, χωρίς αντενδείξεις για χειρουργική ή ορθοδοντική παρέμβαση.

Οδοντιατρικό ιστορικό

Η Σούζι είχε υποστεί τραυματισμό στην πρόσθια περιοχή της άνω γνάθου, σε ηλικία 23 μηνών. Η διάγνωση ήταν εμβύθιση του αριστερού άνω νεογιλού κεντρικού τομέα (61). Η μητέρα ανέφερε ότι ο νεογιλός τομέας είχε επαναιτείλει αυτόματα σε διάστημα 3 μηνών και απέπεσε φυσιολογικά στην ηλικία των 6,5 ετών, τον ίδιο χρόνο με το δεξιό άνω νεογιλό κεντρικό τομέα (51).

Στοματική υγιεινή

Κατά την αρχική εξέταση διαπιστώθηκε ότι η στοματική υγιεινή ήταν κακή και δόθηκαν οδηγίες στους γονείς και στην ασθενή για τη βελτίωσή της.

Εξέταση

Ο άνω αριστερός μόνιμος κεντρικός τομέας (21) δεν είχε ανατείλει, ενώ ο αντίστοιχος δεξιός (11) βρισκόταν σε φυσιολογική θέση στο οδοντικό τόξο (Εικόνα 10-1). Ο άνω αριστερός πλάγιος τομέας (22) είχε ανατείλει με στροφή, κλείνοντας μερικώς το χώρο για τον 21.

Αυτομεταμόσχευση προγομφίων μετά από ολική εκγόμφωση των άνω κεντρικών τομέων

Luc C. Martens

Λέξεις-κλειδιά: απώλεια τομέα, οδοντικό τραύμα, αυτομεταμόσχευση

Ηλικιακή ομάδα: 7-12 ετών

Ορισμός

Η αυτομεταμόσχευση προγομφίων για την αντικατάσταση ελλειπόντων δοντιών κατά την περίοδο της αύξησης αναφέρεται ως αξιόπιστη μέθοδος με δυνατότητες για επαγωγή οστεοσύνθεσης και αναδημιουργία φυσιολογικής φατνιακής ακρολοφίας. Από μακροχρόνια άποψη (20-40 έτη), η αυτομεταμόσχευση εμφανίζει συγκριτική υπεροχή σε σχέση με άλλα θεραπευτικά σχήματα για την υποκατάσταση ελλειπόντων δοντιών, υπό την προϋπόθεση ότι οι ρίζες των προγομφίων είναι μερικώς διαπλασμένες. Η αυτομεταμόσχευση ήταν ιστορικά δημοφιλής στη Βόρεια Ευρώπη, ίσως λόγω του τρόπου εκπαίδευσης των οδοντιάτρων, που βασιζόταν στη στενή σχέση μεταξύ οδοντικής χειρουργικής και ιατρικής. Σήμερα η αυτομεταμόσχευση χρησιμοποιείται διεθνώς και συνιστά αποδεκτή θεραπεία σε περίπτωση απώλειας πρόσθιου δοντιού.¹

Η ευρεία χρήση των εμφυτευμάτων, τα τελευταία χρόνια, ενδεχομένως είχε ως αποτέλεσμα να παραβλέπεται η αυτομεταμόσχευση ως εναλλακτική θεραπευτική επιλογή. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι η ιδεώδης χρονική περίοδος για τη θεραπεία αυτή τοποθετείται στην παιδική ηλικία, κατά την οποία τα εμφυτεύματα αντενδείκνυνται.

Κύριο μήνυμα

Η διατήρηση των φυσικών δοντιών στο φατνίο, αντί για την τοποθέτηση κινητής προσθετικής εργασίας, ευνοεί την ανάπτυξη της φατνιακής ακρολοφίας. Λόγω της μοναδικής οστεογεννητικής ικανότητας του αυτομοσχεύματος, η διαδικασία αυτή προσφέρει μια εναλλακτική θεραπεία, με την οποία τόσο το απολεσθέν δόντι όσο και η ατροφική φατνιακή απόφωση μπορούν να αντικατασταθούν.

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Ένα κορίτσι 9 ετών επισκέφθηκε το τμήμα γναθοχειρουργικής με ολική εκγόμφωση των δύο άνω κεντρικών τομέων (11, 21) ύστερα από τραυματισμό. Δυστυχώς, τα εκγομφωμένα δόντια είχαν διατηρηθεί στεγνά και δεν είχαν καθαριστεί. Τα δύο δόντια αναφυτεύθηκαν και ακινητοποιήθηκαν με νάρθηκα Schuchardt (Εικόνα 11-1), μέθοδο ανέδότης ακινητοποίησης που εφαρμοζόταν από τους γναθοχειρουργούς στα τέλη της δεκαετίας του 1970. Τέσσερις μέρες μετά τον τραυματισμό, έγινε εκπόλωση και τοποθέτηση υδροξειδίου του ασβεστίου και στους δύο κεντρικούς. Η ακινητοποίηση αφαιρέθηκε μετά από 6 εβδομάδες. Τα δόντια δεν εμφάνιζαν αυξημένη κινητικότητα ή ευαισθησία, ενώ δεν σημειώθηκαν άλλα κλινικά συμπτώματα. Περίπου ένα χρόνο μετά τον τραυματισμό, η ασθενής επισκέφθηκε το τμήμα ορθοδοντικής για συνωστισμό των κάτω δοντιών.



Εικ. 11-1 Οι δύο αναφυτευμένοι άνω κεντρικοί τομείς ακινητοποιήθηκαν με γναθοχειρουργικό νάρθηκα Schuchardt.

Προσθετική αποκατάσταση ασθενούς με εξωδερμική δυσπλασία

Andrea Savi

Manfredi Maddalena

Marco Tamani

Mario Fazzi

Silvia Pizzi

Λέξεις-κλειδιά: εξωδερμική δυσπλασία, προσθετική αποκατάσταση, οδοντοστοιχία

Ηλικιακή ομάδα: 4-7 ετών

Ορισμός

Η εξωδερμική δυσπλασία (ΕΔ) είναι μια κληρονομική νόσος που χαρακτηρίζεται από συγγενή δυσπλασία δύο ή περισσότερων εξωδερμικών κατασκευών, όπως είναι το δέρμα, οι τρίχες, τα νύχια και οι εκκριτικοί ιδρωτοποιοί αδένες. Έχουν επίσης αναφερθεί και άλλες διαταραχές στην εξωτερική μορφολογία (μύτη, έξω ότα, χείλη), στο κεντρικό νευρικό σύστημα (ΚΝΣ), μεταβολές στα μάτια, ανωμαλίες στο στοματορρινικό βλεννογόνο και μελανοκύτταρα. Συνηθέστερος τύπος ΕΔ είναι ο φυλοσύνδετος υποϊδρωτικός (σύνδρομο Christ-Siemens-Touraine), ο οποίος περιγράφηκε για πρώτη φορά το 1948. Χαρακτηρίζεται κυρίως από υποτρίχωση (ανωμαλίες σε δέρμα, μαλλιά και νύχια), υποδοντία ή ανοδοντία, και υποϊδρωση (μερική ή ολική απουσία εκκριτικών ιδρωτοποιών αδένων), καθώς και από άλλα χαρακτηριστικά, όπως προεταμμένες υπερκογχικές ακρολοφίες, μετωπιαία προπέτεια και μύτη δίκην σέλλας. Έχει επίσης περιγραφεί ένας δεύτερος τύπος ΕΔ, που ονομάζεται ιδρωτικός.¹⁻⁶

Πάρα πολλοί συνδυασμοί κλινικών εκδηλώσεων έχουν περιγραφεί στην ΕΔ, με τουλάχιστον 154 διαφορετικούς τύπους και 11 υποομάδες, που κωδικοποιούνται από το 1 έως το 4, ανάλογα με το αν επηρεάζουν τα μαλλιά, τα δόντια, τα νύχια ή τους ιδρωτοποιούς αδένες. Η διάγνωση των ασθενών με ΕΔ βασίζεται κυρίως στο κλινικό ιστορικό, στη βιοψία δέρματος σε περιπτώσεις μεταβολών της εφίδρωσης, σε μελέτη των μαλλιών και σε μοριακή γενετική ανάλυση.^{4,6}

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Ο Ρόνι, 6 ετών, παραπέμφθηκε από το γενετιστή του στην πανεπιστημιακή κλινική για οδοντιατρική αξιολόγηση και προσθετική αποκατάσταση, λόγω μη ανατολής των μόνιμων δοντιών. Ο ασθενής έπασχε από μια υποομάδα ΕΔ. Κατά το χρόνο της επίσκεψης είχε αρχίσει να αισθάνεται μειονεκτικά όσον αφορά τα δόντια του και δεν ήθελε να χαμογελάει. Ήθελε πολύ να αποκαταστήσει το χαμόγελό του.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ιστορικό

Ιατρικό ιστορικό

Ο Ρόνι διαγνώστηκε με ΕΔ και χαρακτηριστικά αυτοσωματικού επικρατή τρόπου κληρονόμησης, ατελούς διαπερατότητας (παρατηρείται όταν κάποια άτομα δεν εκφράζουν το γνώρισμα αν και φέρουν το αλληλόμορφο) και ποικίλης εκφραστικότητας (παρατηρείται όταν ο φαινότυπος δεν εκφράζεται στον ίδιο βαθμό μεταξύ ατόμων με τον ίδιο γονότυπο). Εκτός από τη βαριά υποδοντία (υπήρχαν μόνο δύο δόντια), τη μετωπιαία προπέτεια και τα ανασκωμένα χείλη σε προφίλ, ο φαινότυπός του δεν ήταν τυπικός για ΕΔ – δεν καταγράφηκαν ανωμαλίες στα νύχια, στο δέρμα ή στα μαλλιά. Ο Ρόνι παρουσίαζε επίσης ελαφρά νοτική υστέρηση και προβλήματα ακοής. Σύμφωνα με το οικογενειακό ιστορικό, και άλλα μέλη της οικογένειας της μητέρας παρουσίαζαν υποδοντία (γιαγιά και θείες), ωστόσο η δημιουργία οικογενειακού δέν-

Τρύπημα γλώσσας

Roeland De Moor

Λέξεις-κλειδιά: αποτριβή, ουλοβλεννογόνια βλάβη, δυσκολία στην ομιλία, στοματικές επιπλοκές, τρύπημα γλώσσας, κάταγμα δοντιού

Ηλικιακή ομάδα: 12-18 ετών

Ορισμός

Ως τρύπημα του σώματος ορίζεται «η διείσδυση κοσμημάτων σε οπές που γίνονται σε μέρη του σώματος όπως τα φρύδια, η έλικα των αυτιών, τα χείλη, η γλώσσα, η μύτη, ο ομφαλός, οι θηλές και τα γεννητικά όργανα» και αποτελεί πολιτισμικό έθιμο που υπάρχει από την αρχαιότητα. Το τρύπημα του σώματος έχει γίνει ιδιαίτερα δημοφιλές τα τελευταία χρόνια μεταξύ διαφόρων κοινωνικών και ηλικιακών ομάδων. Από άποψη οδοντιατρικής, μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζει το τρύπημα των μαλακών ιστών του στόματος, όπως είναι η γλώσσα και τα χείλη. Σπανίως αφορά και άλλες περιοχές, όπως τη σταφυλή. Φαίνεται ότι η γλώσσα είναι το σημείο του στόματος όπου γίνεται συχνότερα τρύπημα, και συγκεκριμένα στη μέση γραμμή, ακριβώς μπροστά από το χαλινό. Τα κοσμήματα που χρησιμοποιούνται στο στόμα έχουν συνήθως μορφή καρφιού, στεφάνης ή αγκιστροειδούς κατασκευής και κυκλοφορούν στο εμπόριο. Για την κατασκευή τους συνιστάται η χρήση χειρουργικού ανοξείδωτου χάλυβα, χρυσού 14 καρατίων, λευκοχρυσού ή νιοβίου.¹

Η πρώτη αναφορά για τρύπημα σε στοματικούς ιστούς δημοσιεύθηκε το 1992.² Ωστόσο, η σοβαρότητα των επιπλοκών που μπορεί να προκύψουν έγινε αντιληπτή μόλις το 1997, όταν λόγω διασποράς της μόλυνσης που προήλθε από τρύπημα επήλθε περιορισμός της αεροφόρου οδού του ασθενούς.³ Αναφορές που ακολούθησαν κατέγραψαν μια σειρά από 18 επιπλοκές, από την πιο απλή, όπως είναι η μη ακτινογραφική απεικόνιση διαφόρων ανατομικών μορίων, έως τις πλέον σοβαρές, όπως η παρατεταμένη αιμορραγία.⁴⁻⁷ Ο θάνατος ενός εφήβου μετά από τρύπημα στο χείλος αποτέλεσε αντικείμενο συζήτησης στο κοινοβούλιο του Ηνωμένου Βασιλείου το Φεβρουάριο του 2003.⁸ Σήμερα, σε αρκετές χώρες βρίσκεται σε εξέλιξη μια διαβούλευση για το αν θα πρέπει να απαγορεύεται η ενσωμάτωση κοσμημάτων στη γλώσσα κάτω από την ηλικία των 18 ετών. Έχουν περιγραφεί μια σειρά κινδύνων που σχετίζονται με τη σχετική διαδικασία: μόλυνση, παρατεταμένη αιμορραγία, μετάδοση ασθενειών μέσω του αίματος, ενδοκαρδίτιδα, τραυματισμός των ούλων, βλάβη στα δόντια (Εικόνες 13-1α έως 13-1γ, Εικόνα 13-2), παρεμβολή στην ομαλή λειτουργία του στόματος (Εικόνες 13-3α έως 13-3γ), στην εκτίμηση της στοματικής υγιείας (Εικόνες 13-4α έως 13-4γ), καθώς και εισρόφηση.⁹

Επιπλεγμένα κατάγματα μύλης σε δύο μόνιμους τομείς

Ilija Skrinjaric

Λέξεις-κλειδιά: επιπλεγμένα κατάγματα μύλης, μόνιμοι τομείς, κάλυψη πολφού, μερική πολφοτομή, πολφοτομή Cvek

Ορισμός

Τα επιπλεγμένα κατάγματα μύλης αφορούν την αδαμαντίνη, την οδοντίνη και τον πολφό. Στο σημείο της αποκάλυψης του πολφού παρατηρούμε είτε πολφικό ιστό είτε αιμορραγία από τον πολφό (Εικόνα 14-1δ). Αν η αντιμετώπιση καθυστερήσει μερικές μέρες, τότε σε νεαρά μόνιμα δόντια παρατηρείται υπερπλασία του πολφού (δηλ. πολύποδας του πολφού). Ο αποκαλυμμένος πολφός είναι συνήθως συμπτωματικός, π.χ. εμφανίζει ευαισθησία στα θερμικά ερεθίσματα.¹

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Ο Σάιμον (12 ετών) παραπέμφθηκε στο τμήμα παιδοδοντιατρικής του Πανεπιστημίου του Ζάγκρεμπ λόγω τραυματισμού δύο άνω μόνιμων τομέων. Παρουσίαζε θερμική ευαισθησία στον άνω κεντρικό και στον πλάγιο τομέα, και εκχύμωση στο πηγούνι. Βρισκόταν υπό ορθοδοντική θεραπεία για προγναθισμό της άνω γνάθου (τάξη II), στην οποία έφερε ακίνητα ορθοδοντικά μηχανήματα.

Σύμφωνα με τον ασθενή, γλίστρησε στο σχολείο καθώς έπαιζε στη διάρκεια του διαλείμματος. Πέφτοντας, κτύπησε το πηγούνι του στο πάτωμα. Έτσι προκλήθηκαν ο τραυματισμός στους μαλακούς ιστούς του πηγουνιού και τα κατακόρυφα κατάγματα στα δύο άνω δόντια (Εικόνες 14-1α έως 14-1στ).

Κύριο μήνυμα

Η συχνότητα τραυματισμών στους άνω κεντρικούς τομείς είναι διπλάσια στα παιδιά με αυξημένη οριζόντια πρόταξη απ' ό,τι στα παιδιά με φυσιολογική σύγκλιση. Η ανεπαρκής κάλυψη των τομέων από τα χείλη οδηγεί σε τριπλασιασμό της πιθανότητας τραυματισμού των κεντρικών τομέων, σε σύγκριση με παιδιά που έχουν φυσιολογική θέση των χειλέων.¹

Τραυματική κύστη οστού

Anna Lena Sundell

Λέξεις-κλειδιά: τραυματική κύστη οστού, απλή κύστη οστού, μονήρης κύστη οστού, εξαγγειωματική κύστη, εξελισσόμενη κοιλότητα οστού

Ηλικιακή ομάδα: 10-20 ετών

Ορισμός

Η τραυματική κύστη οστού αποτελεί μια ασυνήθιστη οστεολυτική διαδικασία που σπανίως δίνει συμπτωματολογία. Ως αποτέλεσμα, αυτού του είδους η κύστη συχνά εντοπίζεται για πρώτη φορά σε ακτινογραφικές εξετάσεις ρουτίνας. Η αιτιολογία και η παθογένεση είναι αβέβαιη, όπως άλλωστε φαίνεται και από τη ποικιλία των ονομάτων που της έχουν αποδοθεί (βλ. λέξεις-κλειδιά) (Εικόνες 15-1α έως 15-1δ).



Εικ. 15-1α-δ Ασθενής 14 ετών με τραυματική κύστη οστού. Μια περιγεγραμμένη ακτινοδιαγαστική περιοχή παρατηρείται στην περιοχή του κάτω δεξιού πρώτου και δεύτερου γομφίου (46, 47).

Θεραπεία πολφού σε νεογιλούς γομφίους

Monty Duggal

Λέξεις-κλειδιά: Θεϊκός σίδηρος, πολφοτομή, πολφεκτομή, μυλικός πολφός, ριζικός πολφός

Ηλικιακή ομάδα: 4-7 ετών

Ορισμός

Πολφοτομή είναι η διαδικασία αφαίρεσης του μυλικού τμήματος του πολφού, που φλεγμαίνει λόγω τερηδόνας, και η διατήρηση του ζωντανού ριζικού πολφού. Συνήθως εφαρμόζεται κάποιο φάρμακο για αιμόσταση, όπως ο Θεϊκός σίδηρος, πριν την τοποθέτηση της μυλικής αποκατάστασης. Η φορμοκρεσόλη χρησιμοποιείται ακόμα ευρέως, αν και τρόπος δράσης της είναι μάλλον η «μονιμοποίηση» παρά η αιμόσταση. *Πολφεκτομή* είναι η διαδικασία αφαίρεσης όλου του φλεγμαίνοντος ή μολυσματικού πολφού από τον πολφικό θάλαμο και τους ριζικούς σωλήνες με κατάλληλο υλικό, που συνήθως έχει ως βάση το οξειδίο του ψευδαργύρου, ώστε να διατηρηθεί το νεογιλό δόντι στο στόμα απουσία φλεγμονής.

ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ

Ο Ρόρι (4,5 ετών) μας επισκέφθηκε για πρώτη φορά τον Απρίλιο του 2005 ως επείγον περιστατικό, με οξύ πόνο στο κάτω δεξιό τεταρτημόριο και περιστασιακό πόνο άνω αριστερά. Ο πόνος κάτω δεξιά ήταν έντονος και τον ξυπνούσε κατά το βραδινό ύπνο. Ο πόνος άνω αριστερά ξεκινούσε όταν έτρωγε ή έπινε κάτι και σταδιακά υποχωρούσε, αλλά δεν τον ξύπνησε ποτέ τη νύκτα. Παραπονιόταν, επίσης, για τη τροφή που παρέμενε μεταξύ των άνω αριστερών πίσω δοντιών, η οποία τον ενοχλούσε. Ο οδοντίατρός του δεν αποκατέστησε ποτέ αυτά τα δόντια, διότι πίστευε ότι ήταν «παιδικά» δόντια και δεν χρειάζονταν θεραπεία. Ως επείγουσα θεραπεία, έγινε εξαγωγή του κάτω δεξιού νεογιλού δεύτερου γομφίου (85) για την ανακούφιση από τον πόνο, με τοπική αναισθησία.

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ

Ιστορικό

Ιατρικό ιστορικό

Ο Ρόρι ήταν ένα υγιές αγόρι, σε καλή κατάσταση, χωρίς ιστορικό αλλεργιών, αναπηριών ή εισαγωγών σε νοσοκομείο.

Οδοντιατρικό ιστορικό

Υπήρχε ιστορικό οιδήματος στο πρόσωπο, το οποίο οφειλόταν σε απόστημα του κάτω δεξιού νεογιλού γομφίου (85) και αρχικά αντιμετωπίστηκε με εξαγωγή του δοντιού, ως επείγον περιστατικό, ενώ ο ασθενής προγραμματίστηκε για περαιτέρω θεραπεία. Στις επισκέψεις ερχόταν με τη μητέρα του και ήταν πολύ συνεργάσιμος. Η μητέρα ανέφερε την απώλεια ενός άνω πρόσθιου νεογιλού δοντιού μετά από τραύμα, στη θέση του οποίου ανέτειλε ένα δόντι με «περίεργο σχήμα», μερικούς μήνες αργότερα. Η μητέρα δεν ανησούχησε διότι θεώρησε ότι το δόντι που ανέτειλε ήταν το μόνιμο διάδοχο. Τώρα, κύριο πρόβλημα αποτελούσε ο πόνος στην άνω αριστερή πλευρά, που μερικές φορές έκανε τον ασθενή να κλαίει.

Στοματική υγιεινή

Ο Ρόρι βούρτσισε τα δόντια του δύο φορές την ημέρα (πρωί και βράδυ) με παιδική οδοντόκρεμα, χωρίς επίβλεψη. Η στοματική υγιεινή ήταν μέτρια και χρειαζόταν βελτίωση.