

Η στήλη της

Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας

Η καθημερινότητα της οδοντιατρικής πράξης απαιτεί συνεχή εγρήγορση και οξύνοια προκειμένου να είμαστε σε θέση να οδηγηθούμε σε διαγνώσεις που ξεφεύγουν από το συνηθισμένο. Επιπλέον, οι ασχολούμενοι αποκλειστικά με μια ειδικότητα, θα πρέπει να θυμόμαστε πως η θεραπεία του ασθενούς μας δεν αρχίζει και τελειώνει πάντοτε στο δικό μας ιατρείο.

Κρυμμένο σε κοινή θέα: παρουσίαση περιστατικού με διαφοροδιαγνωστικό πρόβλημα



Αλέξανδρος Προύτζος
DDS, MSc Ενδοδοντίας

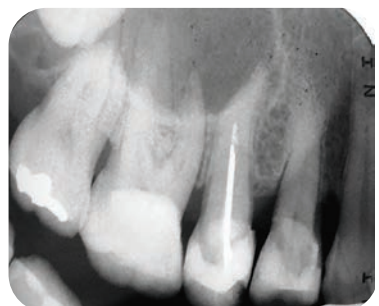
Γυναίκα ασθενής ετών 69 παραπέμφθηκε για επανάληψη ενδοδοντικής θεραπείας του #15. Η ασθενής επιθυμούσε να αντικαταστήσει την υπάρχουσα μυλική αποκατάσταση και ο θεράπων οδοντίατρος διαπίστωσε ατελή ενδοδοντική θεραπεία στο οπισθοφατνιακό ακτινογράφημα.

Η ασθενής είχε ελεύθερο ιατρικό ιστορικό, ενώ από το οδοντιατρικό ιστορικό της προέκυψε ότι η ενδοδοντική θεραπεία του #15 είχε πραγματοποιηθεί προ 15 περίπου ετών χωρίς να θυμάται να έχει παρουσιάσει συμπτώματα.

Κατά την κλινική εξέταση δεν ευρέθησαν σημεία και συμπτώματα.

Τα #14 και #15 έφεραν αποκατάσταση σύνθετης ρητίνης, όπως και το #16, ενώ το #17 μασπική έμφραξη αμαλγάματος. Τα δόντια #14, 16 και 17 αντέδρασαν θετικά στις δοκιμασίες αισθητικότητας (ψυχρό και ηλεκτρικό).

Ο ακτινογραφικός έλεγχος αποκάλυψε ατελή ενδοδοντική θεραπεία του #15 με κώνο αργύρου και 1-2 χιλ ακτινοσκιερού υλικού ακρορριζικότερα αυτού. Μια μεγάλη σαφώς περιγεγραμμένη διαύγαση με ακτινοσκιερό όριο κάλυπτε το χώρο των ακρορριζίων των #15, 16, 17, σε θέση αντίστοιχα του ιγμορείου άντρου. Στο οπισθοφατνιακό ακτινογράφημα (Εικ. 1) φαινόταν και μέρος της μύλης του έγκλειστου #18.



Εικ. 1: Αρχικό ακτινογράφημα του δοντιού #15. Διακρίνεται ο κώνος αργύρου και το ακτινοσκιερό υλικό.

Το δόντι αποτελούσε ένδειξη για μη χειρουργική ενδοδοντική επανεπέμβαση ανήκοντας στην κατηγορία: «δόντια με ανεπαρκή επεξεργασία και έμφραξη του ριζικού σωλήνα χωρίς παρουσία σημείων μυλικής μικροδεδείδωσης, όπου η αποκατάσταση ή η προσθετική εργασία απαιτεί αντικατάσταση» (Επανεπέμβαση

στην Ενδοδοντία).

Μετά τη διάνοιξη έγινε η αφαίρεση του κώνου αργύρου με τη βοήθεια του χειρουργικού μικροσκοπίου. Στη συνέχεια με ρίνες μικρού μεγέθους (#10, 15) και άφθονους διακλυσμούς με υποκλωριώδες νάτριο 2.4% έγινε η προσπάθεια απομάκρυνσης του φυράματος που εμπόδιζε την πρόσβαση στη συνέχεια του υπερόριου ριζικού σωλήνα. Το μήκος εργασίας ορίστηκε με τον ηλεκτρονικό εντοπιστή ακρορριζίου στα 21 χιλ. (Εικ. 2). Ταυτόχρονα βρέθηκε και ο δεύτερος (παρειικός) ριζικός σωλήνας που δεν είχε ανευρεθεί. Οι δύο σωλήνες ενώνονταν στα 19 χιλ. Ακολούθησε η πλήρης χημικομηχανική επεξεργασία των δύο ριζικών σωλήνων, με κύριο ακρορριζικό εργαλείο #35/.04 (RaCe, FKG). Στη συνέχεια τοποθετήθηκε υδροξειδίου του ασβεστίου για 2 εβδομάδες,



Εικ. 2: Ενδιάμεσο ακτινογράφημα. Φαίνεται η προσπέλαση του βάθρου και η ανάκτηση του μήκους εργασίας. Παρατηρούμε επίσης πως δεν έχει απομακρυνθεί όλη η ποσότητα φυράματος.

Η ασθενής επανήλθε στο ιατρείο χωρίς σημεία και συμπτώματα, οπότε και πραγματοποιήθηκε η τελική έμφραξη με την τεχνική της θερμοπλαστικοποιημένης γουτασπέρκας και ρητινώδες φύραμα (AH Plus, Dentsply) (Εικ. 3). Τοποθετήθηκε μικρή ποσότητα Teflon στο στόμιο του



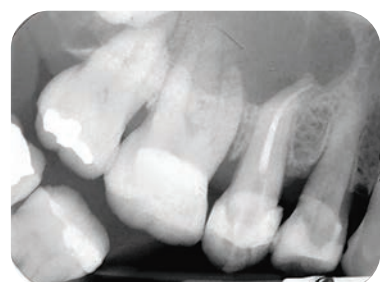
Εικ. 3: Τελικό ακτινογράφημα.

ριζικού σωλήνα και προσωρινή έμφραξη με Cavit.

Ο οδοντίατρος της πραγματοποίησε την οριστική αποκατάσταση με άξονα υαλονημάτων και έμφραξη ρητίνης.

Η ασθενής, παρά την τηλεφωνική μας επικοινωνία στους 6 μήνες, δεν προσήλθε για επανεξέταση.

Μετά την πάροδο 16 μηνών η ασθενής τηλεφώνησε και ανέφερε οίδημα χωρίς πόνο στο άνω δεξιό τεταρτημόριο. Κατά την κλινική εξέταση διαπιστώθηκε διόγκωση στην ουλοπαρειική αύλακα εκτεινόμενη από το #15 έως το #17. Τα δόντια #14, 16 και 17 αντέδρασαν θετικά στις δοκιμασίες αισθητικότητας. Το οπισθοφατνιακό ακτινογράφημα έδειξε επέκταση του εγγύς ορίου της ακτινοδιαύγασης (Εικ. 4).

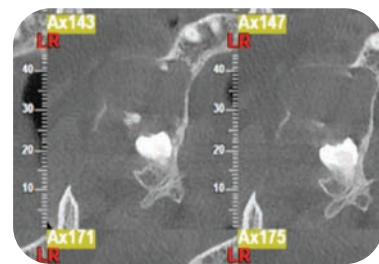


Εικ. 4: Ακτινογράφημα επανεξέτασης (16 μήνες).

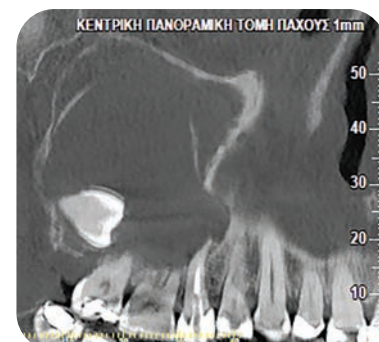
Στο σημείο αυτό ζητήθηκε στην ασθενή μια Υπολογιστική Τομογραφία Κωνικής Δέσμης (CBCT). Το σκεπτικό ήταν η αναλυτική απεικόνιση της περιοχής που πιθανό να οδηγούσε στη διάγνωση της αποτυχίας της Ενδοδοντικής Θεραπείας και την επακόλουθη χειρουργική επέμβαση. Ωστόσο, εξηγήθηκε στην ασθενή η υποψία μας ότι η όλη βλάβη οφείλεται στον έγκλειστο #18 και δεν έχει σχέση με το ενδοδοντικά θεραπευμένο δόντι.

Η μελέτη του CBCT ανέφερε: «Υπόπυκνη σαφώς περιγεγραμμένη περιμυλική αλλοίωση στον 18. Ο 18 βρίσκεται σε οριζόντια θέση αντίστοιχα του γναθίου κυρτώματος. Η μύλη του εντοπίζεται ακρορριζικά του 17. Η περιμυλική αλλοίωση αναδύεται και καταλαμβάνει σχεδόν όλο το δεξιό ιγμόρειο άντρο. Έχει προκαλέσει έκπτυξη του πρόσθιου και εξωτερικού τοιχώματος και λύση του τελευταίου. Βρίσκεται σε επαφή με το τοίχωμα της ρινικής κοιλότητας.

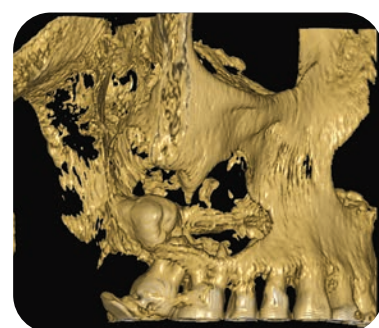
Οι διαστάσεις της βλάβης είναι 36mm εγγύς-άπω x 23,3mm παρειο-ρινικά x 34,1mm ύψος.» (Εικ. 5, 6 και 7).



Εικ. 5: Εγκάρσια διατομή. Διακρίνεται σαφώς περιγεγραμμένη περιμυλική αλλοίωση γύρω από τον #18 η οποία εκτείνεται μέχρι και τη θέση του #14.



Εικ. 6: Πανοραμική τομή. Φαίνεται η βλάβη που καταλαμβάνει σχεδόν όλο το χώρο του δεξιού ιγμορείου άντρου.



Εικ. 7: Τρισδιάστατη απεικόνιση της οστικής βλάβης.

Η πιθανή διάγνωση ήταν οδοντοφόρος κύστη με διαφορική διάγνωση κερατινοκύστη και τοιχωματικό αδαμαντινοβλάστημα. Κατόπιν τούτου εξηγήθηκε στην ασθενή πως θα πρέπει να απευθυνθεί σε Γναθοχειρουργό για την χειρουργική εξαγωγή του έγκλειστου σωφρονιστήρα και την ακόλουθη ιστολογική εξέταση.

Παρά την επιμονή μας για επικοινωνία με τον επεμβαίνοντα πριν την επέμβαση κάτι τέτοιο τελικά δε συνέβη. Η ασθενής προσήλθε στο ιατρείο 2 μήνες μετά την επέμβαση η οποία διεξήχθη επιτυχώς, όμως περιελάμβανε και την εξαγωγή του #15, πιθανώς επειδή θεωρήθηκε

συνυπαίτιο για τη βλάβη. Προσπαθεία μας για πρόσβαση στα αποτελέσματα της ιστολογικής εξέτασης επίσης δεν κατέστη δυνατή.

Σχόλια - Παρατηρήσεις

Μελετώντας εκ των υστέρων, το περιστατικό, θα μπορούσε κανείς να σχολιάσει πως η υποψία και συνεπώς και ο έλεγχος για πιθανή οδοντοφόρο κύστη εξαιτίας του εγκλειστου θα μπορούσε να έχει γίνει νωρίτερα. Η απουσία συμπτωμάτων και η εσφαλμένη ερμηνεία της ακτινοδιαγαστικής περιοχής ως χώρο του ιγμορείου, σε συνδυασμό με την μη αποδεκτή ενδοδοντική θεραπεία στον #15 είχαν ως επακόλουθο την παράλειψη της βασικής αρχής της ακτινολογίας πως επιβάλλεται να υπάρχει σαφής εικόνα των ορίων μιας βλάβης. Επομένως, η παραπομπή για περαιτέρω ακτινολογικό έλεγχο θα μπορούσε να γίνει εξαρχής.

Εξίσου ή και περισσότερο σημαντικό είναι το γεγονός πως δεν υπήρξε συνεννόηση μεταξύ των θεραπόντων ιατρών, με αποτέλεσμα την αναίτια απώλεια ενός δοντιού, καθώς η βλάβη δεν ήταν ενδοδοντικής αιτιολογίας.

Ένα γενικό συμπέρασμα που απορρέει από τις δύο παρατηρήσεις είναι πως θα πρέπει να είμαστε έτοιμοι ανά πάσα στιγμή να δούμε και πέρα από τα όρια της ειδικότητάς μας όταν αυτό είναι απαραίτητο. Και βεβαίως να είμαστε ανοιχτοί στην επικοινωνία και τη γνώμη των εμπλεκόμενων στο θεραπευτικό σχέδιο με τελικό πάντοτε στόχο το όφελος του ασθενούς. Με άλλα λόγια να μη βλέπουμε το δόντι ως μεμονωμένο δέντρο του δάσους.

Βιβλιογραφία

- The Impact of Cone Beam Computed Tomography in Endodontics: A New Era in Diagnosis and Treatment Planning (Spring 2018 ENDODONTICS: Colleagues for Excellence)
- Επανεπέμβαση στην Ενδοδοντία: Zuolo et al. Εκδόσεις Οδοντιατρικό Βήμα
- Huumonen S¹, Ørstavik D. Radiographic follow-up of periapical status after endodontic treatment of teeth with and without apical periodontitis. Clin Oral Investig. ;17(9): 2099-104, 2013