



Η στήλη της Ελληνικής Ενδοδοντικής Εταιρείας

Παρουσία συριγγίου. Ένα κλινικό σημείο ιδιαίτερης διαγνωστικής αξίας που θα πρέπει πάντα να ανιχνεύεται



Βασίλης Δ. Κακαβέτσος
DDS, MS
Ενδοδοντολόγος

Τα ενδοδοντικά περιστατικά αποτελούν συχνά και δυσεπίλυτα διαγνωστικά προβλήματα στην καθημερινή οδοντιατρική πράξη. Η ορθή και έγκαιρη διάγνωση της παθογένειας αλλά και της δυσκολίας του κάθε περιστατικού καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την επιτυχή αντιμετώπισή του. Συνεπώς, η συγκέντρωση και η αξιολόγηση όλων των στοιχείων τα οποία συνοδεύουν την «παρούσα κατάσταση» του ασθενή σε κάθε περίπτωση, αποτελεί στάδιο το οποίο δεν θα πρέπει να υπόκειται σε κανενός είδους συντομεύσεις και παραλείψεις.

Χρόνιες φλεγμονές περιοδοντικών και περιακρορριζικών ιστών μπορούν συχνά να παροχετεύουν διαμέσου μιας επικοινωνίας στην περιοχή των ούλων, γνωστής ως συρίγγιο. Η ανίχνευση ενός συριγγίου σε κάποιο προφανές σημείο της στοματικής κοιλότητας μπορεί να αποτελεί σε πολλές περιπτώσεις την αιτία

προέλευσης του ασθενούς στο ιατρείο. Ωστόσο, δεν είναι λίγες οι φορές κατά τις οποίες η ανεύρεση του στομίου του απαιτεί ενδελεχή κλινικό έλεγχο, λεπτομερή παρατήρηση και αρκετή εμπειρία. Η ανίχνευση του πόρου ενός συριγγίου προϋποθέτει την τοποθέτηση κώνου γουταπέρκας (# 25 ή 30) διαμέσου του στομίου του πόρου, ακολουθούμενη από ακτινογραφική απεικόνιση της περιοχής. Η κλινική αυτή διαδικασία προσφέρει τον ακριβή και αντικειμενικό προσδιορισμό της θέσης στην οποία ο μικροβιακός παράγοντας προκαλεί την φλεγμονώδη αντίδραση των περιρριζικών ιστών. Η ακριβής εντόπιση της εστίας της φλεγμονής που μπορεί να αφορά σε συγκεκριμένο δόντι, ρίζα, αλλά και σημείο της επιφάνειας της ρίζας του δοντιού (μεσορριζικό, αυχενικό, μέσο ή ακρορριζικό τριτημόριο της ρίζας) αποτελεί βασικό στοιχείο για τον τρόπο και τις πιθανότητες αντιμετώπισης της. Θα θέσει τη διάγνωση, θα κα-

θορίσει την θεραπευτική προσέγγιση (ενδοδοντική θεραπεία, χειρουργική παρέμβαση, εξαγωγή) αλλά και την πρόγνωση του κάθε περιστατικού.

Σκοπός του παρόντος άρθρου αποτελεί η σύντομη αλλά περιεκτική παρουσίαση τεσσάρων περιστατικών, κοινό χαρακτηριστικό των οποίων είναι η ανεύρεση συριγγίου κατά τον κλινικό ενδοστοματικό έλεγχο. Η ανίχνευση διαμέσου του στομίου τους, φανερώνει ένα ακόμη κοινό τους στοιχείο, καθώς η εστία της φλεγμονής εντοπίζεται στο μέσο τριτημόριο των ριζών των αντίστοιχων δοντιών, ωστόσο η διαγνωστική διαδικασία μας φέρνει μπροστά σε τέσσερα διαφορετικά μονοπάτια σε ό,τι αφορά την αιτιοπαθογένεια και κατ'επέκταση τη θεραπευτική προσέγγιση (ενδοδοντικό σχέδιο θεραπείας), αλλά και τον καθορισμό της ειδικής και γενικής πρόγνωσης των δοντιών στο φραγμό (κατάρτιση συνολικού σχεδίου θεραπείας).

Παρουσίαση των περιστατικών

Το πρώτο σε σειρά περιστατικό αφορά ασθενή ετών 42 και γένους θηλυκού με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό. Η ασθενής προσήλθε με συρίγγιο γλωσσικά στην περιοχή μεταξύ των #45 και #46 και χωρίς συνοδά συμπτώματα. Στο οδοντιατρικό ιστορικό ανέφερε δύο εμφράξεις στα #45 και #47 πριν από 10 έτη και μία ενδοδοντική θεραπεία και έμφραξη του #46 προ 5ετίας. Η κλινική εξέταση επιβεβαίωσε την παρουσία συριγγίου γλωσσικά (**Εικ. 1α**), χωρίς άλλα σημεία στην περιοχή των μαλακών ιστών. Στοιχεία έντονου θρυγγμού (φασέτες) παρατηρήθηκαν στους σκληρούς οδοντικούς ιστούς, ενώ οι δοκιμασίες αισθητικότητας ήταν θετικές για τα #45 και #47 και αρνητικές για τον #46. Η δοκιμασία επίκρουσης αποκάλυψε ήπια ευαισθησία του #46 κατά την κάθετη μόνο διεύθυνση. Οι περιοδοντικοί ιστοί αξιολογήθηκαν ως φυσιολογικοί, χωρίς την παρουσία θυλάκων. Ο ακτινογραφικός έλεγχος αποκάλυψε ότι η εστία του συριγγίου εντοπίζεται στο μέσο τριτημόριο της εγγύς ρίζας του #46. Η ενδοδοντική θεραπεία στο αντίστοιχο δόντι αξιολογείται ως μέτρια. Στην άνω ρίζα εμφανίζεται ελλειπής κατά μήκος, όπου διαπιστώνεται και ακρορριζική διαύγαση, ενώ στην εγγύς ρίζα διαπιστώνεται η ύπαρξη θραύσματος εργαλείου ακρορριζικά, χωρίς ωστόσο να υπάρχει ακτινογραφικό εύρημα στην αντίστοιχη ακρορριζική περιοχή, ενώ ακτινοδιαγνωστική περιοχή εμφανίζεται στο μέσο τριτημόριο της εγγύς ρίζας, αντίστοιχα με την πορεία του κώνου γουταπέρκας που τοποθετήθηκε μέσα από τον πόρο του συριγγίου (**Εικ. 1β**).

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα πρόκειται σαφώς για μια χρόνια φλεγμονή των περιοδοντικών ιστών, μικροβιακής αιτιολογίας, ωστόσο η οδός μέσω της οποίας τα μικρόβια προκαλούν την φλεγμονώδη αντίδραση στη συγκεκριμένη περιοχή (μέσο τριτημόριο της εγγύς ρίζας του #46) μπορεί να αφορά σε κάποιο ρωγμώδες επίμικτες κατάγμα της αντίστοιχης ρίζας, σε κάποιον παράπλευρο ριζικό σωλήνα ή στην παρουσία διάτρησης του τοιχώματος της εγγύς ρίζας στο σημείο αυτό.

Πραγματοποιήθηκε διάνοιξη του #46 για περαιτέρω διερεύνηση του περιστατικού, όπου και διαπιστώθηκε η ύπαρξη διάτρησης στο μέσο τριτημόριο του εγγύς γλωσσικού σωλήνα (**Εικ. 1γ και 1δ**).

Ολοκληρώθηκε η χημικομηχανική επεξεργασία του συστήματος όλων των ριζικών σωλήνων (χωρίς να γίνει προσπάθεια αφαίρεσης του θραύσματος εργαλείου στην εγγύς ρίζα) και τοποθέτηση υδροξειδίου του ασβεστίου μεταξύ των συνεδριών (όπου και παρατηρήθηκε η πλήρης επού-



Εικ. 1α: Κλινική εικόνα συριγγίου γλωσσικά μεταξύ των #45 και #46.



Εικ. 1ε: Κλινική εικόνα διάτρησης μετά την έμφραξη των ριζικών σωλήνων με γουταπέρκα.



Εικ. 1β: Οπισθοφατνιακό ακτινογράφημα της περιοχής με κώνο γουταπέρκας στον πόρο του συριγγίου.



Εικ. 1ζ: Κλινική εικόνα έμφραξης με γκρι MTA (κόκκινο βέλος).



Εικ. 1γ: Κλινική εικόνα διάτρησης στον εγγύς γλωσσικό σωλήνα (κόκκινο βέλος).



Εικ. 1η: Τελικό οπισθοφατνιακό ακτινογράφημα.



Εικ. 1δ: Η εικόνα της διάτρησης με διαφορετική οπτική γωνία (κόκκινο βέλος).



Εικ. 1θ: Οπισθοφατνιακό ακτινογράφημα επανεξέτασης εξαμήνου

λωση του συριγγίου μετά κιάλας την πρώτη συνεδρία). Στην τελευταία συνεδρία πραγματοποιήθηκε έμφραξη του συστήματος των ριζικών σωλήνων με θερμοπλαστικοποιημένη γουταπέρκα και ρητινούχο φύραμα, ενώ στον εγγύς γλωσσικό σωλήνα (διάτρηση) έγινε έμφραξη του ακρορριζικού τριτημορίου με γουταπέρκα και το υπόλοιπο τμήμα συμπεριλαμβανομένου και της διάτρησης εμφράχθηκε με γκρι MTA (**Εικ. 1ε, 1ζ, 1η, 1θ**).

Το δεύτερο περιστατικό αφορά ασθενή ετών 45 και γένους αρσενικού με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό. Ο ασθενής προσήλθε με συρίγγιο παρειάκω στην περιοχή μεταξύ των #34 και #35 και χωρίς συνοδά συμπτώματα. Στο οδοντιατρικό ιστορικό ανέφερε δύο εμφράξεις στα #36 και #37 πριν από 10 έτη και μία ενδοδοντική θεραπεία και έμφραξη του #35 στο ίδιο περίπου χρονικό διάστημα. Η κλινική εξέταση επιβεβαίωσε την ύπαρξη συριγγίου παρειάκω χωρίς άλλα σημεία στην περιοχή των μαλακών ιστών, ενώ οι δοκιμασίες αισθητικότητας ήταν θετικές για τα #34, #36 και #37, με αυξημένη αντίδραση του #36 στο ψυχρό και αρνητικές για τον #35. Η δοκιμασία επίκρουσης αποκάλυψε ήπια ευαισθησία του #36 κατά την πλάγια μόνο διεύθυνση. Στον έλεγχο των περιοδοντικών

ιστών ανιχνεύθηκαν θύλακοι από 4-5 χιλιοστά σε όλες τις επιφάνειες των δοντιών της περιοχής, χωρίς κάποια ακραία τιμή. Στον ακτινογραφικό έλεγχο (**Εικ. 2α**) αποκαλύφθηκε ότι η εστία του συριγγίου εντοπίζεται στο μέσο τριτημόριο της ρίζας του #35, αντίστοιχα με ακτινοδιαγνωστική περιοχή, ενώ ακρορριζικά διακρίνεται διεύρυνση του περιρριζικού χώρου. Η ενδοδοντική θεραπεία στο αντίστοιχο δόντι αξιολογήθηκε ως ατελής τόσο κατά μήκος όσο και κατά πλάτος. Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, ο διαγνωστικός συλλογισμός ήταν ίδιος με το πρώτο περιστατικό και αφορά στο δόντι #35. Πραγματοποιήθηκε διάνοιξη του για περαιτέρω διερεύνηση του περιστατικού, όπου μετά την αφαίρεση των παλιών εμφρακτικών υλικών (**Εικ. 2β**) και την πλήρη χημικομηχανική επεξεργασία, τοποθετήθηκε υδροξειδίου του ασβεστίου με ακτινοσκοπικό σκεύασμα και έγινε λήψη οπισθοφατνιακού ακτινογραφίματος και για διαγνωστικούς λόγους (**Εικ. 2γ**). Στο ακτινογράφημα αυτό διαπιστώνεται η ύπαρξη παράπλευρου ριζικού σωλήνα στο μέσο τριτημόριο της ρίζας αντίστοιχα με την θέση της διαύγασης, καθώς το υδροξειδίου του ασβεστίου φαίνεται να εξέρχεται στους περιοδοντικούς ιστούς διαμέσου

του παράπλευρου αυτού σωλήνα.

Το περιστατικό ολοκληρώθηκε σε δεύτερη συνεδρία με την έμφραξη του συστήματος του ριζικού σωλήνα με θερμοπλαστικοποιημένη γουταπέρκα και ρητινούχο φύραμα (**Εικ. 2δ**), καθώς στο διάστημα μεταξύ των συνεδριών παρατηρήθηκε πλήρης επούλωση του συριγγίου.

Το τρίτο κατά σειρά περιστατικό αφορά ασθενή ετών 39 και γένους θηλυκού με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό. Η ασθενής προσήλθε με συρίγγιο παρειάκω στην περιοχή μεταξύ των #35 και #36 και χωρίς συνοδά συμπτώματα. Στο οδοντιατρικό ιστορικό ανέφερε μία εμφράξη στο #35 πριν από δύο έτη και μία ενδοδοντική θεραπεία και έμφραξη του #36 πριν από 10 περίπου έτη. Η κλινική εξέταση επιβεβαίωσε την ύπαρξη συριγγίου, χωρίς άλλα σημεία στην περιοχή των μαλακών ιστών. Οι δοκιμασίες αισθητικότητας ήταν θετικές για τα #35 και #37 και αρνητικές για τον #36. Η δοκιμασία επίκρουσης αποκάλυψε ήπια ευαισθησία του #36 κατά την πλάγια μόνο διεύθυνση. Κατά τον περιοδοντικό έλεγχο ανιχνεύθηκε θύλακος 7 χιλιοστών, εντοπισμένος στην εγγύς γλωσσική διέδρη γωνία του #36, ενώ οι υπόλοιπες μετρήσεις στην περιοχή ήταν φυσιολογικές.



Εικ. 2α: Οπισθοφατνιακό ακτινογράφημα της περιοχής με κώνο γουταπέρκας στον πόρο του συριγγίου.



Εικ. 2β: Ενδιάμεσο οπισθοφατνιακό ακτινογράφημα.



Εικ. 2γ: Οπισθοφατνιακό ακτινογράφημα μετά την τοποθέτηση Ca(OH)₂ (κόκκινος κύκλος).



Εικ. 2δ: Τελικό οπισθοφατνιακό ακτινογράφημα.



Εικ. 3α: Οπισθοφατνιακό ακτινογράφημα της περιοχής με κώνο γουταπέρκας στον πόρο του συριγγίου.



Εικ. 3β: Εικόνα ρωγμής στην εγγύς γλωσσική διέδρη γωνία (κόκκινο βέλος),



Εικ. 3γ: Εικόνα ρωγμής στην εγγύς παρειακή διέδρη γωνία (κόκκινο βέλος).



Εικ. 4α: Κλινική εικόνα συριγγίου παρειακά του #46.



Εικ. 4β: Οπισθοφατνιακό ακτινογράφημα της περιοχής με κώνο γουταπέρκας στον πόρο του συριγγίου

Στον ακτινογραφικό έλεγχο (Εικ. 3α) αποκαλύφθηκε ότι η εστία του συριγγίου εντοπίζεται στο αυχενικό προς μέσο τριτημόριο της εγγύς ρίζας του #36, αντίστοιχα με ακτινοδιαγνωστική περιοχή. Η ενδοδοντική θεραπεία εμφανίζει έμφραξη με κώνους αργύρου στους εγγύς σωλήνες και γουταπέρκα στον άπω, χωρίς όμως κάποιο ακτινογραφικό εύρημα στις αντίστοιχες ακρορριζικές περιοχές.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, ο διαγνωστικός συλλογισμός είναι ίδιος με το πρώτο και το δεύτερο περιστατικό και αφορά στο δόντι #36. Πραγματοποιήθηκε διάνοιξη του για περαιτέρω διερεύνηση του περιστατικού, όπου μετά την αφαίρεση των εμφρακτικών υλικών της μύλης και του μυλικού θαλάμου, αποκαλύφθηκαν αμφοτερόπλευρα (παρειακά και γλωσσικά), της εγγύς όμορης επιφάνειας του δοντιού, ρωγμές (Εικ. 3β και 3γ).

Η πρόγνωση του δοντιού χαρακτηρίστηκε ως «κακή» και συστήθηκε η εξαγωγή του.

Το τέταρτο και τελευταίο κατά σειρά περιστατικό αφορά νεαρή ασθενή ετών 21 και γένους θηλυκού με ελεύθερο ιατρικό ιστορικό. Η ασθενής προσήλθε με συρίγγιο παρειακά στην περιοχή του #46 και χωρίς συνοδά συμπτώματα. Στο οδοντιατρικό ιστορικό ανέφερε ότι δεν είχε υποβληθεί σε καμία οδοντιατρική πράξη μέχρι τότε. Η κλινική εξέταση επιβεβαίωσε την ύπαρξη συριγγίου παρειακά (Εικ. 4α), ενώ οι δοκιμασίες αισθητικότητας ήταν θετικές για τα #45, #46 και #47. Οι περιοδοντικοί ιστοί αξιολογήθηκαν ως φυσιολογικοί, χωρίς την παρουσία θυλάκων, ενώ κατά τον περαιτέρω κλινικό έλεγχο παρατηρήθηκε η παρουσία του ημιέγκλειστου #48, του οποίου είχε ανατείλει μόνο το άπω τμήμα της μαστικής του επιφάνειας. Στον ακτινογραφικό έλεγχο αποκαλύφθηκε ότι η εστία του συριγγίου εντοπίζεται στην περιοχή των ούλων μεταξύ του #47 και του ημιέγκλειστου #48 (Εικ. 4β).

Το περιστατικό αυτό αφορά προφανώς μια περίπτωση συριγγίου μη ενδοδοντικής αιτιολογίας και είχε σαν αιτία την χρόνια περιστεφανίτιδα από τον ημιέγκλειστο #48, όπου και μετά την εξαγωγή του οποίου παρατηρήθηκε η πλήρης επούλωση του συριγγίου.

Συζήτηση - Συμπεράσματα

Η παρουσία συριγγίου αποτελεί ένα κλινικό σημείο ιδιαίτερης διαγνωστικής αξίας. Στο μεγαλύτερο ποσοστό αφορά σε περιστατικά χωρίς έντονη συμπτωματολογία και τα οποία παραμένουν ασυμπτωματικά κι αυτό αποτελεί ένα πλεονέκτημα της κλινικής αυτής οντότητας σε ό,τι αφορά την αίσθηση του πόνου του ασθενούς, αλλά και την άνεση του επεμβαίνοντος για το χρόνο που έχει στη διάθεσή του για να παρέμβει.

Η διαγνωστική προσέγγιση των συριγγίων στα παραπάνω περιστατικά μας προσέφερε υψηλής διαγνωστικής αξίας πληροφορίες για την εστία της φλεγμονής σε κάθε περίπτωση, ώστε η παρέμβασή μας να είναι όσο πιο στοχευμένη και αποτελεσματική γίνεται. Η περίπτωση, για παράδειγμα, του πρώτου περιστατικού είναι χαρακτηριστική, καθώς η παρουσία του θραύσματος του μικροεργαλείου ακρορριζικά της εγγύς ρίζας θα μπορούσε να περιπλέξει το ενδοδοντικό σχέδιο θεραπείας. Η ύπαρξη του συριγγίου μέσω του οποίου εντοπίζεται η εστία της φλεγμονής στο σημείο της διάτρησης εγγύς (σε συνδυασμό με την απουσία ακρορριζικής διαύγασης στην αντίστοιχη ρίζα), μας οδηγεί στο να επικεντρωθούμε στον καθαρισμό και την έμφραξη της διάτρησης κι όχι στο να «ταλαιπωρήσουμε» την οδοντική ουσία της εγγύς ρίζας προσπαθώντας να αφαιρέσουμε το μικροεργαλείο.

Επιπλέον, το στοιχείο της επούλωσης ενός συριγγίου είναι αρκετά βοηθητικό για την έγκαιρη επι-

βεβαίωση της αποτελεσματικότητας της χημικομηχανικής μας επεξεργασίας σε ιδιαίτερα περιστατικά, όπως το δεύτερο, όπου η παρουσία του παράπλευρου ριζικού σωλήνα μπορεί να προβληματίσει ως προς τον τρόπο και τα μέσα που θα χρειαστούμε για τον αποτελεσματικότερο καθαρισμό του συστήματος των ριζικών σωλήνων.

Επιπρόσθετα, το γεγονός της εξαφάνισης ή μη ενός προϋπάρχοντος συριγγίου δίνει μια σαφή και σχετικά ασφαλή εικόνα για την πιθανότητα επιτυχίας, αμφίβολων όσον αφορά την πρόγνωση περιστατικών (πρώτο περιστατικό), χωρίς να χρειάζεται να περιμένουμε την επανεξέταση του εξαμη-

νου, με αποτέλεσμα να μπορούμε να καταρτίσουμε με σχετική σιγουριά ένα συνολικό σχέδιο θεραπείας συμπεριλαμβάνοντας ή αποκλείοντας δόντια, που η πρόγνωση τους είναι αμφίβολη λόγω της ενδοδοντικής τους κατάστασης.

Συμπερασματικά, το στάδιο της «διάγνωσης», όχι μόνο σε ό,τι αφορά το είδος της νόσου, αλλά κυρίως στον εντοπισμό της ακριβούς εστίας της φλεγμονής και της πρόγνωσης του περιστατικού, αποτελεί το πρώτο και σημαντικότερο βήμα για την βελτίωση του ποσοστού επιτυχίας μιας θεραπείας. Η λεπτομερής και σχολαστική διαγνωστική προσέγγιση ενός συριγγίου, παρότι αρκετές

φορές είναι δύσκολη και απαιτητική, έχει να προσφέρει ανεκτίμητης αξίας πληροφορίες, που σε καμιά περίπτωση δεν θα πρέπει να παραβλέπονται ή να υποεκτιμούνται. Η ακτινογραφική διερεύνηση της πορείας του συριγγίου, με τοποθέτηση κώνου γουταπέρκας διαμέσου του πόρου του, αποτελεί, ίσως, τη μοναδική διαγνωστική διαδικασία χωρίς ίχνος υποκειμενικότητας.

Ενδεικτική Βιβλιογραφία

- Harrison JW, Larson WJ. The epithelized oral sinus tract. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1976 Oct;42(4):511-7.
- Baumgartner JC, Pickett AB, Muller JT. Microscopic examination of oral sinus tracts and their associated periapical lesions. J Endod. 1984 Apr;10(4):146-52.
- Rotstein IJ, Simon JH. Diagnosis, prognosis and decision-making in the treatment of combined periodontal-endodontic lesions. Periodontol 2000. 2004;34:165-203.
- Setzer FC, Boyer KR, Jeppson JR, Karabucak B, Kim S. Long-term prognosis of endodontically treated teeth: a retrospective analysis of preoperative factors in molars. J Endod 2011;37:21-5.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ EEE HELLENIC SOCIETY OF ENDODONTICS

Ενδοδοντική Θεραπεία
Τι θα πρέπει να γνωρίζουμε

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΝΔΟΔΟΝΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ EEE HELLENIC SOCIETY OF ENDODONTICS

Ενδοδοντική Θεραπεία
Σε δόντια με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά

ΕΠΟΝΑΛΗΨΗ της ενδοδοντικής θεραπείας

20 ευρώ / 100 τεμ.

Η ΕΕΕ έχει δημιουργήσει τρία φυλλάδια, στα οποία εξηγεί απλά, κατανοητά, αλλά όχι απλοϊκά, τη διαδικασία της ενδοδοντικής θεραπείας σε διάφορες περιπτώσεις και κατηγορίες δοντιών. Τα φυλλάδια αυτά, πλούσια σε φωτογραφικό υλικό, επιτρέπουν στον ασθενή να καταλάβει το πρόβλημα του δοντιού του, να λύσει τις απορίες του και να ξεπεράσει το άγχος του.

Για παραγγελίες τηλεφωνήστε: 210 3814939