

İki Sürmemiş Mandibular Kanin Olgusu: Etiyoloji ve Komplikasyonlar

Two Unerupted Mandibular Canine Cases: Etiology and Complications

Sevgi ŞENER,^a
Faruk AKGÜNLÜ^a

^aOral Diagnoz ve Radyoloji AD,
Selçuk Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi, Konya

Geliş Tarihi/Received: 29.06.2007
Kabul Tarihi/Accepted: 31.12.2007

Yazışma Adresi/Correspondence:
Sevgi ŞENER
Selçuk Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi,
Oral Diagnoz ve Radyoloji AD, Konya
TÜRKİYE/TURKEY
sevgi_sener@hotmail.com

ÖZET Görülme sıklığı %0- %2.3 arasında değişiklik gösteren mandibular kanin gömüklülüğü nispeten nadir bir anormalliktir. Diş tomurcuğunun ektopik pozisyonu mandibular kanin sürme bozukluklarının en önemli sebebidir. Herhangi bir komplikasyon göstermedikleri belirtilse de, literatürde kistik lezyonlara ve adenomatoid odontojenik tümöre neden olmuş gömülü mandibular kanin olguları bulunmaktadır. Bu makalede sürmesi fibröz displazi nedeni ile engellenmiş bir gömülü mandibular kanin ve odontojenik kerato kiste neden olmuş bir gömülü mandibular kanin olgusu sunulacaktır. 14 ve 29 yaşındaki erkek hastalar mandibularındaki şişliklerin değerlendirilmesi için kliniğimize başvurdu. Olgu 1'de kanin dişin fibröz displazi nedeni ile gömülü kaldığı belirlendi. Olgu 2'de gömülü kaninin neden olduğu lezyonun odontojenik keratokist olduğu tespit edildi. Mandibular kanin gömüklülüğünün etiolojisinde fibröz displazi de göz önünde tutulmalıdır. Mandibular kanin gömüklülüğü insidansının düşük olması, beraberinde getireceği komplikasyon oranının daha düşük olarak algılanmasına neden olabilir. Gömülü mandibular kaninler odontojenik keratokiste neden olabilirler.

Anahtar Kelimeler: Sürmemiş diş, monostotik fibröz displazi, odontojenik kist

ABSTRACT Impaction of mandibular canine is a relatively rare abnormality and its incidence is in the range 0.00-2.3%. Most common cause of the eruption disturbance of mandibular canines is the ectopic position of the tooth germ. Although it was stated that impacted mandibular canines showed no complications, it was reported that impacted mandibular canines which caused to cystic lesions and adenomatoid odontogenic tumor in the literature. In this article two a mandibular canine which its eruption was prevented by fibrous dysplasia and an unerupted mandibular canine which caused to odontogenic keratocyst were presented. Two male patients aged 14 and 29 years old referred to our clinic to examination of the swellings in their mandibles. In case 1, an unerupted mandibular canine which could not erupted by fibrous dysplasia was diagnosed. In case 2, an unerupted mandibular canine which caused to odontogenic keratocyst was diagnosed. Fibrous dysplasia should be kept in mind in the etiology of impaction of mandibular canines. Because the incidence of impaction of mandibular canines is low; the complication rate may appear as lower. Unerupted mandibular canines can be cause of odontogenic keratocyst.

Key Words: Unerupted tooth; mandible; monostotic fibrous dysplasia; odontogenic cysts

Türkiye Klinikleri J Dental Sci 2008;14(3):183-7

Kanın dişlerin gömülü kalması maksillada mandibuladan 20 kez daha fazla görülür. Mandibular kanin gömüklülük insidansı %0 ile %2.3 arasında değişiklik göstermektedir.¹⁻⁹

Diş tomurcuğunun ektopik pozisyonu mandibular kaninlerin sürme bozukluğu sebeplerinden en önemlisidir. Yer darlığı ve sürme yolunun engellenmesi ise az rastlanılır nedenlerdir.⁴

Gömülü maksiller kaninlerle ilişkili komplikasyon oranı %37.9 olarak tanımlanırken, mandibular kaninlerin herhangi bir komplikasyon göstermediği belirtilmektedir.³ Ancak literatürde mandibular kaninlerle ilişkili kistik lezyon^{2,10,11} ve adenomatoid tümör¹² gibi komplikasyonların sınımları mevcuttur.

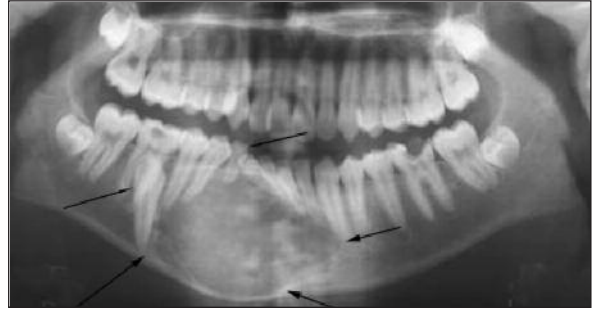
Bu makalede, erupsiyonu fibröz displazi yüzünden engellenmiş ve odontojenik keratokiste neden olmuş iki sürmemiş mandibular kanin olgusu sunulacak ve sürmemiş mandibular kaninlerin etiyojisi ve komplikasyonları literatür bilgileri ışığında tartışılacaktır.

OLGU 1

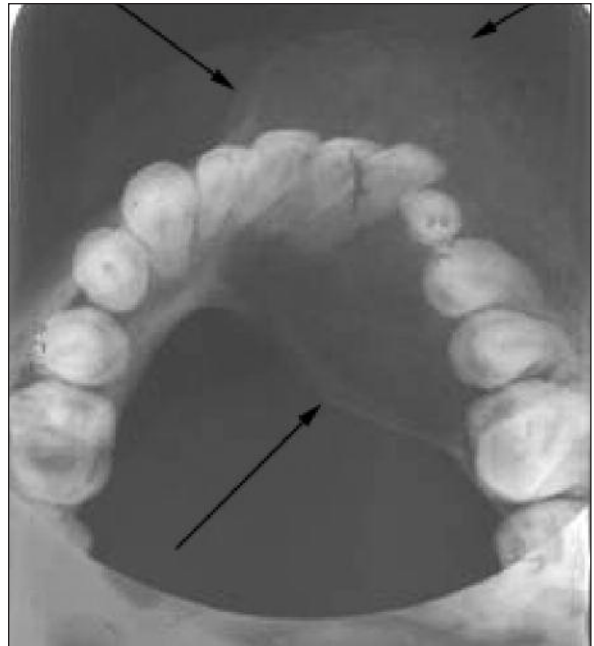
14 yaşındaki sistemik olarak sağlıklı bir erkek hasta alt çenesindeki şişliğin değerlendirilmesi için kliniğimize başvurdu. Olgu şişliğin bir yıl önce gelişmeye başladığını ve bu sürede hiç ağrı ya da hassasiyete neden olmadığını son zamanlarda ise şişliğin dışarıdan görünecek kadar artmış olması nedeni ile kliniğimize başvurduğunu belirtti. Ağız dışı muayenede anterior mandibulada şişlik ve buna bağlı yüzde asimetri olduğu görüldü. Ağız içi muayenede bukkal ve lingualde sağ kaninden sol ikinci premolara kadar uzanan sert ekspansiyonlar, mandibular anterior ve sağ mandibular 2. premolar dişlerde yer değişikliği mevcuttu. Klinik olarak lezyonun sınırları düzensizdi. Sağ mandibular süt kanin persisteydi ve klinik olarak sağ daimi kanin yoktu. Şişliğin bulunduğu yerle ilişkili tüm dişler elektrikli pulpa testine pozitif cevap verdi.

Panoramik radyografda sol mandibular kaninden sağ 2. premolara kadar uzanan radyolüsent alan içinde radyopak odakların bulunduğu mikst bir lezyon tespit edildi. Ovoid lezyonun sınırları düzenli ve kortikeydi. Sürmemiş kanin, lezyon nedeni ile 1. molar seviyesine kadar distale yer değiştirmişti (Resim 1). Okluzal radyografda bukkal ve lingual eliptik ekspansiyonlar gözlemlendi (Resim 2).

Lezyonun teşhis ve tedavisi amacıyla, hasta Ağız Diş Çene hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı'na sevk edildi. Persiste süt dişinin ve daimi sağ mandibular kanin dişin çekimi; ayrıca daimi kaninin gömülü kalmasına neden olan lezyonun teşhi-



RESİM 1: Olgu 1'in panoramik radyografında sağ kaninden sol 1. molar diş kadar uzanan sınırları belirgin ve kortike mikst radyolüsent alanın görünümü (kalın oklar). Lezyonun 1. molar diş seviyesine kadar sürüklediği gömülü mandibular kanin ve persiste süt kanin dişlerin görünümü (ince oklar).



RESİM 2: Olgu 1'in okluzal radyografındaki ovoid ekspansiyonun görünümü.

si amacıyla hasta lokal anestezi altında operasyona alındı. Dişler çekildikten sonra, insizyonel biyopsi ile lezyondan örnekler alındı. Hastada asimetriye sebep olduğu için, ilgili bölgelerde dekortikasyon işlemi ile lezyon yüzeyi frezlerle konturlandı. Elde edilen örnekler fibröz displazi, ossifying fibroma, kronik osteomyelitis ve paget hastalığı ön tanıları ile histopatolojik incelemeye gönderildi. Histolojik olarak iyi huylu fibröz matriks ve metaaplastik kemik gözlenen lezyona "fibröz displazi" tanısı konuldu (Resim 3). Hasta düzenli ve belli aralıklara takibe alındı.



RESİM 3: Olgu 1'in histopatolojisinde iyi huylu fibröz matris ve metaplastik kemik gözlenmekte (Hematoksilen-eozin, x100).

OLGU 2

29 yaşında sistemik olarak sağlıklı bir erkek hasta alt çenesindeki şişliğin ve ağrının değerlendirilmesi için kliniğimize başvurdu. Hastadan şişliğin 3 yıldır var olduğu ve son birkaç haftadır ağrılı hale geldiği öğrenildi. Ağız dışı muayenede mandibular anterior bölgede şişlik mevcuttu. Klinik muayenede sağ ikinci molar dişten sol 2. molar dişe kadar uzanan bukkal ekspansiyon tespit edildi. Lezyon boyunca bukkal mukozada pürülan sekresyonların olduğu mukozal perforasyonlar gözlemlendi. Mandibular sağ kanin klinik olarak eksikti. Sol 2. ve 3. molar, sağ lateral dişler elektrikli pulpa testine negatif cevap verdi.

Panoramik radyografında sağ 2. molardan sol 2. molara kadar uzanan, düzenli radyoopak sınırları olan, multikistik radyolüsent bir lezyon görüldü. Lezyonun tabanında, anterior bölgede sürmemiş bir kanin diş tespit edildi. Lezyonun sağ kanin ve sol lateral ve 1. premolar dişin köklerini deplase ettiği gözlemlendi (Resim 4). Okluzal radyografında multiloküler radyolüsent lezyon içindeki kanin diş daha net olarak görüntülendi (Resim 5).

Hasta, lezyonun ileri tetkik ve tedavisi için Ağız Diş Çene hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı'na yönlendirildi. Yapılan ince iğne aspirasyonunda, enfekte kistik sıvı elde edildi. Lezyonun büyüklüğü sebebiyle, hem biyopsi almak hem de

lezyonun tedavisine başlamak amacıyla, hastaya lokal anestezi altında marsupyalizasyon yapıldı. Kist epitelyumu, ağız mukozasına dikilip; kist sıvısı tamamen boşaltıldı. İki gün arayla pansuman yapılarak ve düzenli takiple, hastanın tedavisine başlandı. Elde edilen biyopsi materyali, histopatolojik incelemeye gönderildi. Tipik nispeten ince, parakeratotik epitelyumun gözlemlendiği lezyona histolojik olarak "odontojenik keratokist" teşhisi konuldu. (Resim 6). 2 yıl devam eden pansumanlar sonucunda lezyonun boyutları küçüldü ve kist tamamen enükle edilip, bölge primer olarak kapatıldı. Postoperatif dönem sorunsuz geçti.

TARTIŞMA

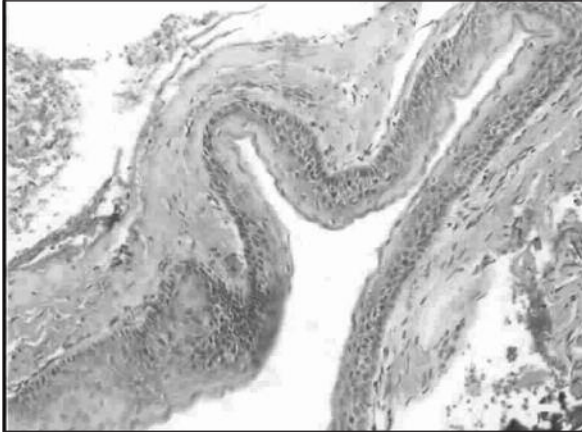
Diş tomurcuğunun ektopik pozisyonu mandibular kanin gömüklülüğünün en sık rastlanılan sebebidir. Nadir de olsa, gömüklülük süpernumere diş¹², odontoma^{2,10} ya da gibi sürme yolundaki sert doku



RESİM 4: Olgu 2'nin panoramik radyografındaki sağ 2. molar dişten sol 2. molar dişe kadar uzanan kenarları lobüle ve kortike radyolüsent görünümü (kalın oklar). Radyografında lezyonun sağ kanin, sol lateral ve 1. premolar dişlerin köklerini deplase ettiği görülmekte. Lezyonun anterior tabanında şekli net olmayan bir radyoopasite gözlemlenmekte (ince ok).



RESİM 5: Olgu 2'nin okluzal radyografında gömülü kanin diş daha net olarak görülmekte.



RESİM 6: Olgu 2'nin histopatolojik incelemesinde parakeratotik epitelium gözlenmekte (Hematoksilen eozin, x100).

engelleri nedeni ile de görülebilir. Ancak literatürde fibröz displazi nedeni ile sürmemiş mandibular kanin olgusu tespit edilememiştir. Fibröz displazi sıklıkla maksillar posterior bölgede gelişen bir lezyon olduğu için¹³⁻¹⁵ sürmemiş mandibular bir kaninle bir arada görülme olasılığı azdır.

Sağlam ve Tüzüm³ komplikasyon oranını gömülü maksiller kaninler için %37.9 olarak bulmakla birlikte, mandibular kaninlerin herhangi bir komplikasyon göstermediğini belirtmektedirler. Literatürde gömülü mandibular kaninlerle ilişkili dentijeröz kist^{2,10,11} ve adenomatoid odontojenik tümör¹² olgu sunumları bulunmasına rağmen, odontojenik keratokistle ilişkili bir gömülü mandibular kanin olgusuna rastlanmamıştır. Odontojenik keratokist sıklıkla mandibular gövdenin posterior kısmı ve ramusta gözlenir. Maksiller kanin bölgesi lokalizasyon açısından ikinci sırada yer alır.¹³⁻¹⁵ Her iki olgumuzda da mevcut patolojiler rutin olarak beklenmeyen alanlarda bulunmaktaydı. Dolayısıyla literatürde benzeri bir olgu sunumuna rastlanılmamıştır.

Odontojenik keratokistin ayırıcı tanısında ameloblastoma, dentigeröz kist, ameloblastik fibroma ve adenomatoid odontojenik tümör gibi kenarları düzenli perikoronar radyolusensiler göz önünde bulundurulmalıdır.¹³⁻¹⁵ Odontojenik keratokist, ameloblastoma, dentigeröz kist ve ameloblastik fibromanın lokalizasyonları ve cinsiyet tercihleri açısından belirgin bir farklılık göster-

memesi, yaş aralıklarının geniş ve klinik ilerleyişlerinin benzer olması nedeni ile, klinik ön tanıda zorlanmakla beraber ayırıcı tanı listesinde ilk sıralara lezyonun agresif yapısı sebebiyle odontojenik keratokist, ameloblastoma ve dentigeröz kisti yerleştirirken, adenomatoid odontojenik tümörü sıklıkla maksiller anterior bölgede lokalize olması ve kadınlarda 2 kat daha fazla görülmesini göz önüne alarak daha alt sıraya yerleştirdik. Odontojenik keratokist postero-anterior yönde kemik içinde yayılırken, ameloblastoma ve dentigeröz kistin ekspansiyon yapma olasılığı daha yüksektir.^{14,15} Ancak bizim olgumuzda lezyon antero-posterior yönde çok geniş boyutlara ulaştığı için ekspansiyon yapmış olabilir. Odontojenik keratokist asemptomatik olarak ilerleyen bir lezyon olup rutin radyografik incelemelerde, özellikle de eksik bir diş araştırılırken fark edilebilir.¹³⁻¹⁵ Bizim olgumuzda lezyonun hikâyesi asemptomatik olmasına rağmen, hasta son zamanlardaki ağrı nedeni ile kliniğimize başvurmuştu. Odontojenik keratokistlerde sekonder enfeksiyon sonucu ağrı oluşabileceği ve yoğun, sarı, peynirimsi bir materyal aspire edilebileceği belirtilmektedir.¹⁵ Bizim vakamızda da pürülan sekresyonlu mukozal perforasyonlar mevcuttu.

Olgu 1'in ayırıcı tanısında fibröz displazinin yanı sıra ossiffiye fibroma, kronik osteomyelitis ve paget düşünüldü. Fibröz displazinin radyografik sınırları çoğu vakada düzensizdir. Ossiffiye fibromada ise klinik ve radyografik olarak lezyon iyi sınırlanmıştır. Fibröz displazinin maksillada görülme sıklığı mandibuladan daha fazladır. Ossiffiye fibroma sıklıkla mandibular gövdede lokalize olur.¹³⁻¹⁵ Lezyonun lokalizasyonu, radyografik sınırlarının düzenli oluşu ön tanımımızı desteklemeyen hastanın yaşı, cinsiyeti ve ekspansiyonların şekli desteklemektedir. Fibröz displazinin radyografik görünümü lezyonun matürasyon seviyesine göre değişiklik gösterebilir ve bazen normal kemikle lezyon arasındaki sınırın özellikle olgunlaşmamış lezyonlarda keskin ve kortike bir şekilde görülebileceği belirtilmektedir.^{15,16} Ossiffiye fibroma 3. ve 4. dekatta, sıklıkla kadınlarda rastlanır ve pürüzlü sferik ya da noduler ekspansiyonlara neden olur. Bizim olgumuzda

ekspansiyonlar literatür ile uyumlu olarak ovoid-di. Paget de fibröz displazi gibi miks radyografik görünümüne sahiptir ancak daha ileri yaş grubunda ortaya çıkar ve bilateral yerleşimlidir. Olgumuzun yaşı ve lezyonun unilateral yerleşimli oluşu bu ihtimali elimine etmektedir. Kronik osteomyelitis de miks radyografik görünümü ile fibröz displaziyi taklit eder; ancak hassasiyet, ağrı ve pürülan drenaj gibi enfeksiyona ait bulgu ve semptomları ile kolaylıkla ayırt edilebilir. Fibröz displazi ise yavaş ilerleyen ve asemptomatik bir lezyon-

dur.¹³⁻¹⁵ Vakamızda enfeksiyona ait bulgu ve şikayetlerin olmayışı osteomyelitis ihtimalini elimine etmektedir.

Sonuç olarak, mandibular kanin gömüklülüğünün etiolojisinde fibröz displazi de göz önünde tutulmalıdır. Mandibular kanin gömüklülüğü insidansının düşük olması beraberinde getireceği komplikasyon oranının daha düşük olarak algılanmasına neden olabilir. Odontojenik keratistik gömülü mandibular kaninlerin komplikasyonlarından biridir.

KAYNAKLAR

1. Rohrer A. Displaced and impacted canines. *Int J Orthod Oral Surg* 1929;15:1002-4.
2. Grover PS, Lorton L. The incidence of unerupted permanent teeth and related clinical cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985;59:420-5.
3. Sağlam AA, Tüzüm MS. Clinical and radiologic investigation of the incidence, complications, and suitable removal times for fully impacted teeth in the Turkish population. *Quintessence Int* 2003;34:53-9.
4. Andreasen JQ: Textbook and colour atlas of tooth impaction. 1st ed. Copenhagen: Munksgaard; 1995. p.167-75.
5. Aitasalo K, Lehtinen R, Oksala E. An orthopantomographic study of prevalence of impacted teeth. *Int J Oral Surg* 1972;1:117-20.
6. Brown LH, Berkman S, Cohen D, Kaplan AL, Rosenberg M. A radiological study of the frequency and distribution of impacted teeth. *J Dent Assoc S Afr* 1982;37:627-30.
7. Dachi SF, Howell FV. A survey of 3, 874 routine full-month radiographs. II. A study of impacted teeth. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1961;14:1165-9.
8. Mead SV. Incidence of impacted teeth. *Int J Orthod* 1930;16:885-90.
9. Alattar MM, Baughman RA, Collett WK. A survey of panoramic radiographs for evaluation of normal and pathologic findings. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980;50:472-8.
10. Mupparapu M. Patterns of intra-osseous transmigration and ectopic eruption of mandibular canines: review of literature and report of nine additional cases. *Dentomaxillofac Radiol* 2002;31:355-60.
11. Motamedi MH, Shafeie HA, Azizi T. Salvage of an impacted canine associated with an adenomatoid odontogenic tumour: a case report. *Br Dent J* 2005;199:89-90.
12. Taguchi Y, Kuroi J, Kobayashi H, Noda T. Eruption disturbances of mandibular permanent canines in Japanese children. *Int J Paediatr Dent* 2001;11:98-102.
13. Stewart JCB. Oral Pathology, Clinical pathological correlations. In: Regezi JA, Sciubba J eds. Cysts of the oral region, benign non-odontogenic tumors, 10,12. section; 2nd ed. USA: WB Saunders Comp; 1995. p.337-8, 401-4,
14. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral&Maxillofacial Pathology. In: Waldron CA ed. Bone pathology, odontogenic cysts and tumors, 14, 15. section. 1st.ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company;1995. p. 461-4, 497-500.
15. White SC, Pharoah MJ. Oral Radiology, Principles and Interpretation. In: White SC, Pharoah MJ eds. Cysts of jaws, diseases of bone manifested in jaws, 20, 23. section. 5th ed. Mosby: St. Louis Missouri; 2004. p.394-7, 485-91.
16. MacDonald-Jankowski D. Fibrous dysplasia in the jaws of a Hong-Kong population: radiographic presentation and systematic review. *Dentomaxillofac Radiol* 1999;28: 195-202.