

GLOBULOMAKSİLLER KİST: HATALI BİR TANI MI?**GLOBULOMAXİLLARY CYST : IS IT A FAULTY DIAGNOSIS?**

*Zuhal KIRZIOĞLU** *M. Semra ÖZAY ERTÜRK†* *Timuçin BAYKUL‡* *Sema BİRCAN§*

ÖZET

Üst yan kesici ve kanin dişler arasında radyolusen alanlar bir çok nedene bağlı olarak görülebilmektedir. Çocuklarda ve adolesanlarda bu bölgede görülen kistik lezyonların insidansının düşük olduğu bilinmektedir. Bu tip kistlerin teşhisinde komşu dişlerin vital olması gibi klinik bulguların yanı sıra histopatolojik değerlendirme de önemlidir.

Dens invajinatus mine organının dental papil içine invajinasyonu nedeniyle oluşan gelişimsel bir anomalidir. Sıklıkla üst çenede ve özellikle üst yan kesici dişlerde görüldüğü, oral kaviteyle ilişkili olduğunda, iritanların ve mikroorganizmaların pulpaya geçişi sonucu pulpa nekrozu, periodontal yada apikal abse oluşumuna yol açabileceği bildirilmektedir.

Çalışmamızın amacı, sağ üst yan kesici ve kanin dişler arasında palatinal bölgede şişlik şikayetiyle kliniğimize başvuran 14 yaşındaki kız çocuğunda, klinik ve radyografik muayene bulguları sonucu globulomaksiller kist ön tanısı konulan ve dens invajinatuslu ya kesici dişten orijin aldığı anlaşılan iltihabi lezyon olgusunu, uygulanan tedavileri, 38 aylık takibini sunmak, bu tip lezyonların hatalı tanıya yol açabileceğini ve ayırıcı tanı ve tedavide histopatolojik değerlendirmenin önemli olduğunu vurgulamaktır.

Anahtar Kelimeler: Globulomaksiller kist, dens invajinatus, abse

SUMMARY

Radiolucent areas between maxillary lateral and canine teeth can originate from different etiological factors. The incidence of maxillary cysts in the globulomaxillary region is known to be low in children and adolescents. Besides the clinical findings as the vitality of adjacent teeth, histopathological evaluation has great importance in the diagnosis of this type of cysts.

Dens invajinatus is a developmental anomaly resulting from an invagination of the enamel organ into the dental papil. Occurrence in the maxillary region and especially in the lateral teeth and when communicating with the oral cavity, as a result of entry of irritants and microorganisms into the pulpal tissue, pulpal necrosis and formation of a periodontal or apical abscess is reported.

The aim of this study is to present the treatment provided and 38 month-follow-up of an inflammatory lesion imitating the clinical and radiographical findings of globulomaxillary cysts, but originating from the lateral tooth with dens invajinatus, which was diagnosed in a 14-year-old girl who has applied to our clinic with the complaint of swelling in the palatal region between the right lateral and canine teeth and to emphasize the importance of histopathological evaluation in diagnosis and treatment of this type of cysts and the possibility of faulty diagnosis.

Key Words: Globulomaxillary cyst, dens invajinatus, abscess

Makale Gönderiliş Tarihi : 26.03.2007

Yayıma Kabul Tarihi: 11.06.2007

* Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Prof. Dr.

† Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Dr. Dt.

‡ Süleyman Demirel Üniversitesi, Diş Hekimliği Fakültesi, Ağız Diş Çene Hastalıkları ve Cerrahisi Anabilim Dalı, Doç. Dr.

§ Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Doç. Dr.

GİRİŞ

Çocuklarda maksillofasiyal büyüme periyodunda, dişlenme gelişimi ve çenelerin üç boyutlu büyümesi sırasında kistik lezyonlar oluşabilmektedir.¹ Üst yan kesici ve kanin dişler arasında radyolusen alanlar bir çok nedene bağlı olarak görülebilmektedir. Çocuklarda ve adolesanlarda, bu bölgede görülen kistik lezyonların insidansının düşük olduğu bilinmektedir.^{2,8,14} Globulomaksiller kistlerin gerçek fissural kistler olmadığını, hatalı sınıflandırıldıklarını ve aslında odontojenik orijinli olduklarını bildiren çalışmalar mevcuttur.^{3,16} Kistlerin sınıflandırılmasında bu kistlerin yeri ve isimlendirilmeleri konusunda araştırmacılar arasında fikir ayrılığı mevcuttur. Buna sebep olarak, üst çenenin ön bölgesinin gelişimi sırasında, mezenşim içinde kalarak globulomaksiller radyolusensilere neden olduğu düşünülen epitel artıklarının, yapılan embriyolojik ve histopatolojik çalışmalarda gözlenememesi gösterilmektedir.^{3,15,16}

Bu tip kistlerin teşhisinde komşu dişlerin vital olması gibi klinik bulguların yanı sıra histopatolojik değerlendirme de önemlidir. Yapılan çalışmalarda, radiküler granülom, radiküler kist, nazopalatin kist, dens invajinatus orijinli iltihabi lezyonlar, lateral periodontal kistler, lateral dentijeröz veya primordial kistler, üst çenede görülen glandular odontojenik kistler gibi patolojilerin, radyografik olarak üst yan kesici ve kanin dişler arasında radyolusen lezyon şeklinde gözlemlendiği ve hatalı bir şekilde globulomaksiller kist olarak yorumlanabildiği rapor edilmiştir.^{4,5}

Dens invajinatus mine organının dental papil içine invajinasyonu nedeniyle oluşan gelişimsel bir anomalidir. Mine oluşumunda lokal bir gecikme, mine organının diş pulpası içine kıvrılması, diş germi üzerine lokal dış etkiler gibi bir çok mekanizmanın bu durumdan sorumlu olabileceği öne sürülmüştür. Sıklıkla üst çenede ve özellikle üst yan kesici dişlerde görüldüğü, oral kaviteyle ilişkili olduğunda, irritanların ve mikroorganizmaların pulpaya geçişi sonucu pulpa nekrozu, periodontal yada apikal abse oluşumuna yol açabileceği bildirilmektedir.⁵

Çalışmamızın amacı, sağ üst yan kesici ve kanin dişler arasında palatinal bölgede şişlik şikayetiyle kliniğimize başvuran 14 yaşındaki kız çocuğunda, klinik ve radyografik muayene bulguları sonucu globulomaksiller kist ön tanısı konulan ve dens invajinatuslu lateral diştan orijin aldığı anlaşılan iltihabi lezyonu, uygulanan tedavileri, 38 aylık takibini sunmak, bu tip lezyonların hatalı tanıya yol açabileceğini ve ayırıcı tanı ve tedavide histopatolojik değerlendirmenin de önemli olduğunu vurgulamaktır.

OLGU BİLDİRİMİ

Sağlıklı, 14 yaşındaki kız çocuğu (S.M.), sağ üst damak bölgesinde abse şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Hastanın 2 ay önce de aynı bölgede absesi olduğu, antibiyotik kullandığı ve olayın tekrarlama üzerine kliniğimize yönlendirildiği öğrenildi. Anamnezinde herhangi bir travma hikayesi bulunmayan hastamızın yapılan klinik muayenesinde, sağ üst yan kesici-kanin-premolar dişlerin palatinal yüzünde 1.9x1.3x0.6 cm büyüklüğünde şişlik olduğu, dişlerin çürüksüz olduğu (Resim 1, 2), mevcut dişlerin elektrikli pulpa testine pozitif cevap verdikleri ve bu dişlerdeki rotasyonlar dışında oklüzyonunda herhangi bir problem olmadığı görüldü.



Resim 1. Hastanın ağız içi görüntüsü



Resim 2. Hastanın damağındaki şişlik

Radyolojik muayenede ise, sağ üst yan kesici-kanin dişlerin kökleri arasında lokalize sınırları düzgün, armut şeklinde radyolusen alan bulunduğu, yan kesici dişte de Tip II dens invajinatus mevcudiyeti ve bu dişin kök ucunun açık olduğu görüldü (Resim 3). Dişlerin vitalite testi pozitif cevap vermeleri ve radyografik bulgular göz önünde bulundurularak, ön tanı olarak lezyonun globulomaksiller kist olabileceği düşünüldü.

Cerrahi bölümü ile yapılan konsültasyon sonucu kistin cerrahi olarak çıkarılmasına karar verildi. Yan kesici

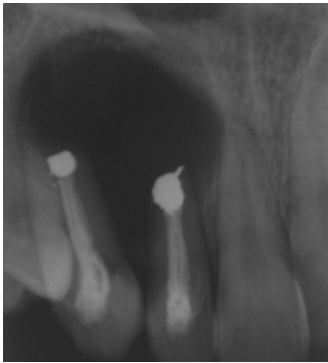


Resim 3. Globulomaksiller alanda, lateral ve kanin dişler arasında gözlenen geniş lezyon

dişin kök ucunun açık ve lezyonun içinde görünmesinden dolayı pulpası açıldı ve kanaldan cerahat geldiği gözlemlendi (Resim 4). Ertesi gün tekrar çağırılan hastada drenajın devam etmesi nedeniyle, kanalın temiz olduğunun gözlemlendiği 3. günde cerrahi operasyon yapıldı. Operasyon sırasında lateral dişle birlikte, lezyonun, lingual yüzeyinde rezorbsiyon meydana getirdiği gözlenen kanin dişinin köküne apikal rezeksiyon, kök-kanal tedavisi yapılarak dişlerin kök ucu amalgam dolgu ile tıkaçlandı (Resim 5).



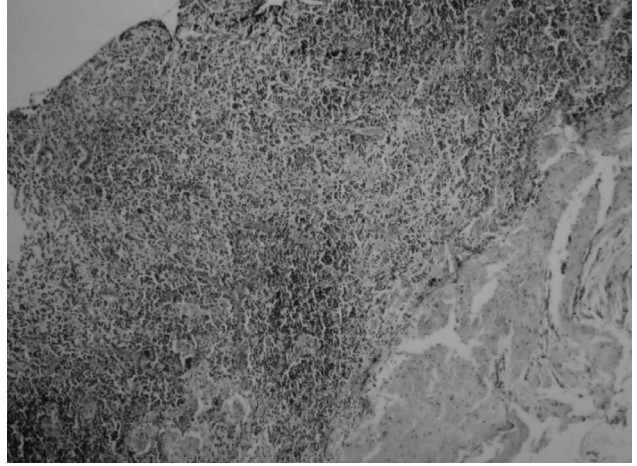
Resim 4. Püly drenajının sağlanması



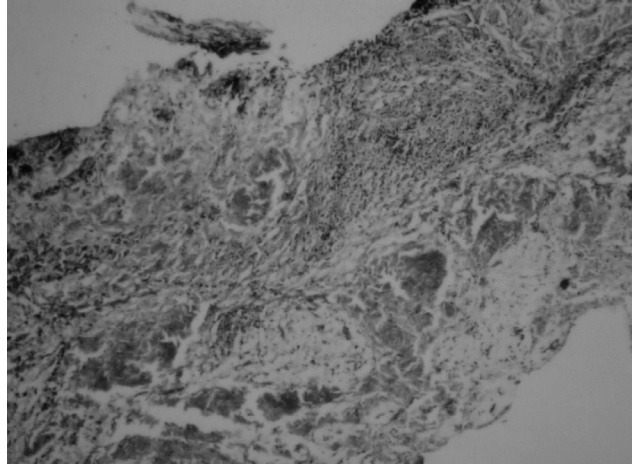
Resim 5. Postoperatif radyografik görünüm

Bölgeden çıkarılan 4 adet, büyüğü 2.5x1.5x0.6 cm, en küçüğü 0.8x0.5x0.2 cm ölçülerinde olan düzensiz doku

parçaları histopatolojik inceleme için patoloji bölümüne gönderildi. Yapılan inceleme sonucu, kist duvar epitelinin gözlenmemesi ve fibrotik stroma içinde yoğun lenfosit, plazmosit içeren iltihabi infiltrasyon izlenmesi üzerine, lezyonun yan kesici dişteki dens invajinatustan orijin almış, iltihabi bir lezyon olduğu düşünüldü (Resim 6-8).



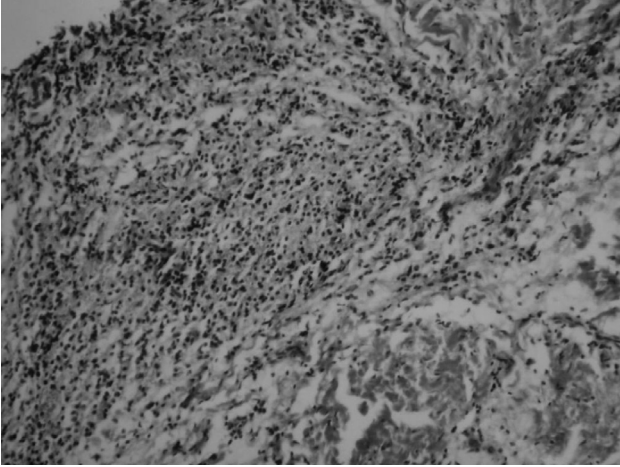
Resim 6. Yüzeyde belirgin epitelyal döşenme içermeyen fibrovasküler duvarda yoğun iltihabi hücre infiltrasyonu, damar yapıları (HE;x40)



Resim 7. Yüzeyde epitelyal döşenmesi olmayan fibrovasküler duvarda dağınık iltihabi hücre infiltrasyonu (HE;x40)

Ayrıca yapılan konsültasyon sonucu, rotasyonlu olan bu iki dişe herhangi bir kuvvet uygulanamayacağına karar verildiğinden, vestibul yüzeylerinin prepre edilmesine ve kompozit laminate veneer restorasyonlarla restore edilmesine karar verildi. Bu şekilde, ark dışında olan ve hastanın estetik olarak rahatsızlık duyduğunu ifade ettiği bu dişlere estetik bir görünüm de kazandırıldı (Resim 9). Hastaya oral hijyen motivasyonu verilerek, 3'er aylık periyotlarla izlenmesine karar verildi.

Postoperatif 38 aydır takip etmekte olduğumuz hasta-

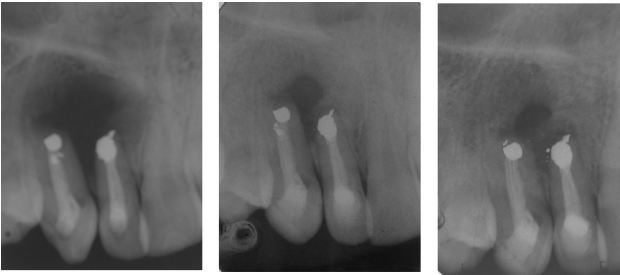


Resim 8. Lenfositlerden oluşan mononükleer iltihabi hücre infiltrasyonu (HE;X100)

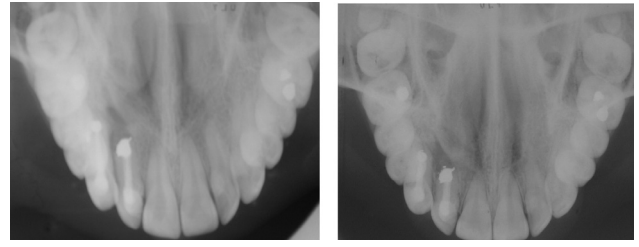
mızın herhangi bir şikayetinin olmadığı ve opere edilen lezyon alanının yeni kemik oluşumuyla tamir edildiği gözlemlendi (Resim 10a-c, 11a,b).



Resim 9. Kompozit laminate veneer restorasyonlar yapıldıktan sonra ağız içi görünüm



Resim 10.
a. Postoperatif 6. ayda operasyon bölgesinin radyografik görünümü
b. Postoperatif 18. ayda alınan periapikal radyografi
c. Postoperatif 38. ayda alınan periapikal radyografi



Resim 11.
a. Postoperatif 18. ayda alınan okluzal radyografi
b. Postoperatif 38. ayda alınan okluzal radyografi

TARTIŞMA

Literatür gözden geçirildiğinde kistlerin sınıflandırılmasında globulomaksiller kistlerin yeri konusunda araştırmacılar arasında fikir ayrılığı olduğu dikkat çekmektedir. Ayrıca diş hekimliği branşları arasında 'globulomaksiller kist' teriminin kullanımında da farklılıklar mevcuttur. Pediatrik Diş Hekimliği'nde 'globulomaksiller kist' terimi çalışmalarda halen kullanılmakta olup, globulomaksiller kistlerin, çenelerin tüm nonodontojenik ve nonepitelial kistlerinin yaklaşık %1.5-17'sini oluşturduğu rapor edilmiştir.^{2,8,14} Fakat, ilk tanının hatalı olabileceği ve radyografik olarak globulomaksiller kist tanısı konulan bir çok olgunun, histopatolojik olarak başka bir nedene bağlı olarak oluştuğu bildirilmektedir.^{4,5,15,16} Çene Cerrahi'sinde ise, Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'nün modifiye edilmiş kist sınıflamasında, globulomaksiller kistlerin kist sınıflamasından çıkarılması³ nedeniyle bu terimin son yıllarda yapılan çalışmalarda kullanılmadığı görülmektedir.

Klinik ve radyografik bulguların globulomaksiller kist ön tanısını getirdiği olgumuzda, yapılan histopatolojik inceleme sonucunda kist epitelinin olmaması ön tanının hatalı olduğunu ortaya koymuştur. Üst yan kesici dişteki Tip II dens invajinatus varlığı, buna bağlı iltihabi periapikal lezyonun oluştuğunu ve lezyonun kanin dişe doğru globulomaksiller alana yayıldığını düşündürmektedir.

Teşhis edilmemiş yada tedavi edilmemiş dens invajinatus olgularında sürme gecikmesi,¹⁰ kistler⁷ ve internal rezorbsiyon¹¹ geliştiği gözlenmiştir. Dens invajinatus olguları genellikle radyografik muayenede tesadüfen teşhis edilmektedir. Klinik olarak anormal kron morfolojisi (fıçı, çivi şekilli vb) yada derin bir foramen sekum teşhiste önemli ipuçları olabilmektedir. Fakat bazen etkilenmiş dişlerde hiçbir malformasyon belirtisine rastlanamamaktadır. Koronal invajinasyonlu bu dişlerde, dişin sürmesinden kısa bir süre sonra pulpal enflamasyon oluşabileceğinden dolayı koruyucu tedavinin başlatılması için erken tanı şarttır. Bizim olgumuzda da dens invajinatuslu dişten orijin alan iltihabi lezyon kanin dişi de etkileyecek şekilde geniş bir alana yayılmış ve bu dişin kök ucunun rezeke

edilmesi sonucunu doğurmuştur. Bu durum, hastaların düzenli olarak rutin kontrollere gelmesinin ve klinisyenlerin de iyi bir klinik ve radyografik değerlendirme yapmasının önemini bir kez daha ortaya çıkarmaktadır.

Dens invajinatus olgularında, olgumuzda olduğu gibi, vitaliteye hatalı cevap alınabileceğini, geniş apikal lezyonlu dişlerde pozitif cevap alındığını bildiren çalışmalar mevcuttur.^{6,9} Pozitif cevabın tüm pulpanın canlı olduğu anlamına gelmeyeceği, invajinasyonun sıklıkla enfekte olduğu, fakat ana kanalın normal pulpa dokusu içerebileceği de bildirilmiştir.¹³

Sonuç olarak; kemik içi lezyonlar, özellikle komşu dişlerin kökleri arasındaysa, klinik ve radyografik değerlendirme sırasında hatalı tanıya neden olabilmektedir. Radyolusen lezyonların tanı ve tedavisinde histopatolojik değerlendirme önemlidir. Vitalite testinde hatalı sonuçlar alınabileceği unutulmamalı ve diğer muayene bulguları da değerlendirmede dikkate alınmalıdır. Klinisyenler globulomaksiller alanda, yan kesici ve kanin dişleri arasında bulunan armut şeklindeki radyolusensinin endodontik orijini olabileceğini ve periapikal lezyonlu dişlerin elektrikli pulpa testlerine vereceği cevabın hatalı olabileceği konusunda dikkatli olmalıdır. Üst yan keser dişler, koronal invajinasyonlara en çok maruz kalan dişler olmalarından dolayı, klinik ve radyografik olarak çok iyi değerlendirilmeli ve dens invajinatus teşhis edildiği durumlarda gereken koruyucu tedavi uygulamaları gerçekleştirilmelidir.

KAYNAKLAR

- Bhaskar SN. Orban's Oral Histology and Embryology. CV Mosby, St. Louis, 1986.
- Bodner L. Cystic lesions of the jaws in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 62: 25-29, 2002.
- Daley TD, Wysocki GP. New developments in selected cysts of the jaws. J Can Dent Assoc 63: 526-527, 530-532, 1997.
- D'Silva NJ, Anderson L. Globulomaxillary cyst revised. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 76: 182-184, 1993.
- Galindo-Moreno PA, Para-Vazquez MJ, Sanchez-Fernandez E, Avila-Ortiz GA. Maxillary cyst associated with an invaginated tooth: a case report and literature review. Quintessence Int 34: 509-514, 2003.
- Gonçalves A, Gonçalves M, Oliveira DP, Gonçalves N. Dens invaginatus type III: report of a case and 10-year radiographic follow-up. Int Endod J 35: 873-879, 2002.
- Greenfeld RS, Cambruzz JV. Complexities of endodontic treatment of maxillary lateral incisor with anomalous root formation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 62: 82-88, 1986.
- Gültekin SE, Tokman B, Türkseven MR. A review of paediatric oral biopsies in Turkey. Int Dent J 53: 26-32, 2003.
- Hartup GR. Dens invaginatus type III in a mandibular premolar. Gen Dent 45: 584-587, 1997.
- Hülsman M, Hengen G. Severe dens invaginatus malformation. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 82: 456-458, 1996.
- Hülsman M, Radlans K. Möglichkeiten der konservativen Therapie des dens invaginatus. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 49: 804-808, 1994.
- Kaufman AY, Kaffe I, Littner MM. Vitality preservation of an anomalous maxillary central incisor after endodontic therapy. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 57: 668-672, 1984.
- Pitt Ford HE. Peri-radicular inflammation related to dens invaginatus treated without damaging the dental pulp: a case report. Int J Paediatr Dent 8: 283-286, 1998.
- Sousa FB, Etges A, Correa L, Mesquita RA, de Araujo NS. Pediatric oral lesions: a review from Sao Paulo, Brazil. J Clin Pediatr Dent 26: 413-418, 2002.
- Vedtofte P, Holmstrup P. Inflammatory paradental cysts in the globulomaxillary region. J Oral Pathol Med 18: 125-127, 1989.
- Wysocki GP, Goldblatt LI. The so-called 'globulomaxillary cyst' is extinct. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 76: 185-186, 1993.

Yazışma adresi

Prof. Dr. Zuhâl Kırcıoğlu
Süleyman Demirel Üniversitesi
Diş Hekimliği Fakültesi
Pedodonti Anabilim Dalı
Çünür, 22260 Isparta
Tel: 0246 211 32 28
e-posta: zuhal@med.sdu.edu.tr