

Kissing Molars İle İlişkili Dentigeröz Kist: Bir Vaka Raporu*

Dentigerous Cyst Related To Kissing Molars: A Case Report

Halim GÜLTEKİN¹ 
dthalingultekin@gmail.com

Duygu AZMAN² 
duygudenti@hotmail.com

Melek TAŞÖKER**² 
dishekmelek@gmail.com

Alparslan ESEN¹ 
alparslanesen@gmail.com

ÖZ

'Kissing molars' (KM) terimi, gömülü iki mandibular molar dişin, tek bir foliküler alan içerisinde oklüzal yüzeylerinin temas halinde olduğu ve köklerinin zıt yönlerde doğru baktığı nadir bir durumu tanımlamaktadır. Bu dental inklüzyon sıklıkla mandibulada tek taraflı, daha az sıklıkta bilateral, tipik olarak son iki molar dişi içermektedir. KM' nin etiolojisi tam olarak bilinmemektedir, çenelerde hiperplastik diş folikülleri, dentigeröz kistler (% 33,3) ile ilişkili ve mukopolisakaridoz gibi kalıtsal bir metabolik bozukluk ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu vaka raporunun amacı sol posterior mandibulada KM ile birlikte görülen dentigeröz kist vakasını tanımlamak ve tedavisini sunmaktır.

Kliniğimize sol retromolar bölgesindeki ağrı şikayeti ile başvuran 25 yaşında sistemik yönden sağlıklı erkek hastanın yapılan intraoral muayenesinin ardından hastadan alınan panoramik radyografında sol mandibular 2. ve 3. molar dişlerin tek bir foliküler boşlukta oklüzal yüzeylerin birbiriyle temas halinde ve köklerinin zıt yönlerde doğru bakacak şekilde gömülü pozisyonda olduğu izlendi. Gömülü sol mandibular 2. ve 3. molar dişlerin kronlarını mine-sement sınırını içine alacak şekilde saran sınırları belirgin yaklaşık 3x2 cm boyutunda kistik lezyon tespit edildi. İncelenen lezyon dentigeröz kist ön tanısıyla ağrız, diş ve çene cerrahisi anabilim dalına yönlendirildi.

KM vakaları altta yatan bir sistemik nedene veya çenelerdeki lezyonlara bağlı olarak ortaya çıkabileceğinden bu vakalarda, erken teşhis oluşabilecek komplikasyonları önlemek ve daha başarılı tedavi sağlamak için çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kissing molar, Dentigeröz kist, Gömülü diş

Geliş: 23.08.2021

Kabul: 31.10.2021

Yayın: 29.12.2021

ABSTRACT

The term "Kissing molars" (KM) describes a rare situation where the occlusal surfaces of two impacted mandibular molars are in contact within a single follicular area and their roots point in opposite directions. This dental inclusion often involves unilateral, less often bilateral, typically the last two molar teeth in the mandible. The etiology of KM is not fully known, it is thought to be associated with an inherited metabolic disorder such as hyperplastic dental follicles in the jaws, dentigerous cysts (33.3%) and mucopolysaccharidosis. The purpose of this case report is to describe and present the treatment of a dentigerous cyst case with KM in the left posterior mandible.

Following the intraoral examination of a 25-year-old systemically healthy male patient who presented with pain in the left retromolar region, a panoramic radiograph was taken from the patient. Panoramic radiograph showed that left mandibular 2nd and 3rd molar teeth were in a single follicular cavity in contact with the occlusal surfaces and their roots were buried in opposite directions. A cystic lesion, approximately 3x2 cm in size, with distinct borders surrounding the crowns of impacted left mandibular 2nd and 3rd molar teeth, including the enamel-cementum border, was detected. The examined lesion was directed to the department of oral and maxillofacial surgery with a pre-diagnosis of dentigerous cyst.

Since KM cases may arise due to an underlying systemic cause or lesions in the jaws, early diagnosis is very important in these cases to prevent possible complications and to provide more successful treatment.

Keywords: Kissing molar, Dentigerous cyst, Impacted tooth

Received: 23.08.2021

Accepted: 31.10.2021

Published: 29.12.2021

Atıf / Citation: Gültekin H, Azman D, Taşöker M, Esen A. Kissing molars ile ilişkili dentigeröz kist: Bir vaka raporu. NEU Dent J. 2021;3:143-7.

* Bu çalışma 7-9 Mayıs 2021 tarihinde AÇBİD 14th International Online Congress'inde poster bildiri olarak sunulmuştur.

** Sorumlu Yazar / Corresponding Author

1. Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Cerrahisi AD Konya, Türkiye
2. Necmettin Erbakan Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi AD Konya, Türkiye



"This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)(CC BY-NC 4.0)

GİRİŞ

Erüpsiyon problemlerinden en sık etkilenen daimi dişler sırasıyla mandibular ve maksiller üçüncü molarlar, maksiller kaninler, santral kesici dişler, ikinci mandibular premolarlar ve nadiren ikinci molarlardır (tüm gömülü dişlerin % 0,03-0,04'ü).¹

'Kissing molars' (KM) terimi, gömülü iki mandibular molar dişin, tek bir foliküler alan içerisinde oklüzal yüzeylerinin temas halinde olduğu ve köklerinin zıt yönlere doğru baktığı nadir bir durumu tanımlamaktadır. Bu dental patolojik durum ilk olarak 1973 yılında Van Hoof tarafından tanımlanmış olup, Robinson ve ark. tarafından ise 1991 yılında 'kissing molars' özel terimiyle adlandırılmıştır.²⁻⁴ Bu dental inklüzyon sıklıkla mandibulada tek taraflı, daha az sıklıkta bilateral, tipik olarak son iki molar dişi (ikinci ve üçüncü, nadiren üçüncü ve dördüncü süpernumerer molar) içermektedir.^{5,6} KM vakalarının cinsiyet ayrımı bulunmamakta olup 13-50 yaş aralığında vakalar bildirilmiştir.^{6,7}

KM'nin etiolojisi tam olarak bilinmemekte olup çenelerde hiperplastik diş folikülleri ve dentigeröz kistler (% 33,3) ile birlikte görülebileceği bildirilmiştir.⁷⁻⁹ Kistik patolojinin gömülü üçüncü azı dişin mezial kökü boyunca kemikte rezorpsiyon meydana getirmesi sonucu oluşan kemik kaybının dişin devrilmesine sebep olması bu durumun nedeni olarak gösterilmektedir.¹⁰ Mukopolisakkaridoz gibi kalıtsal bir metabolik bozukluğun da KM oluşumu için olası bir etiolojik faktör olabileceği de öne sürülmüştür. Bunun nedeni mukopolisakkaridozlu hastalarda daimi dişlerin gecikmiş sürmesi olarak gösterilmiştir.¹¹

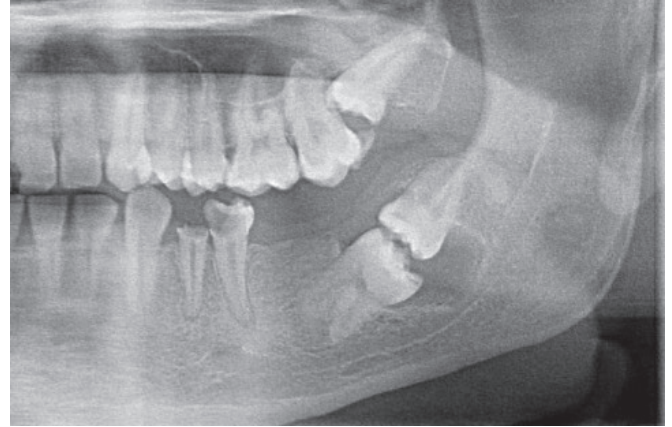
Bu çalışmanın amacı sol posterior mandibulada KM ile birlikte görülen dentigeröz kist vakasını tanımlamak ve tedavisini sunmaktır.

OLGU SUNUMU

Kliniğimize sol retromolar bölgesindeki ağrı şikayeti ile başvuran 25 yaşında sistemik yönden sağlıklı erkek hastanın yapılan intraoral muayenesinde mandibular sol premolar dişlerinde aşırı madde kaybına sebebiyet veren derin çürükler ve mandibular sol molar dişlerinin ağızda yer almadığı tespit edildi. Hastadan alınan panoramik radyografda mandibular sol 2. ve 3. molar dişlerin tek bir foliküler boşlukta oklüzal yüzeylerin birbiriyle temas halinde ve köklerinin zıt yönlere doğru bakacak şekilde gömülü pozisyonda olduğu izlendi. Gömülü sol mandibular 2. molar ve 3. molar dişlerin kronlarını mine-sement sınırını içine alacak şekilde saran sınırları belirgin yaklaşık 3x2 cm boyutunda kistik lezyon tespit edildi. Kistik lezyonun inferior sınırının mandibular kanalın superior duvarıyla ilişkili olduğu izlendi. Hastada parestezi bulgusuna rastlanılmadı (Resim 1). İncelenen lezyon

dentigeröz kist ön tanısıyla ağız, diş ve çene cerrahisi anabilim dalına yönlendirildi.

Resim 1: Hastadan alınan panoramik radyograf



Ağız, diş ve çene cerrahisi kliniğinde hastadan bilgilendirilmiş onam alınarak lokal anestezi altında diş çekimini içeren bir tedavi planı oluşturuldu. Cerrahi operasyon rejyonel ve infiltrasyon anestezisi altında inferior alveolar, bukkal ve lingual sinirleri bloke ederek gerçekleştirildi. Mandibula posterior bölgede sol mandibular 2. premolar dişin distalinden retromolar bölgeye uzanan kret tepesinden düz bir insizyon yapıldı. Daha sonra mukoperiosteal flap kaldırılarak açığa çıkarılan korteks, frezler yardımı ile uzaklaştırılıp mandibular sol 2. ve 3. molar dişlerin kronlarını açığa çıkaran osteotomi gerçekleştirildi (Resim 2).

Resim 2: Operasyon bölgesine atılan insizyon ve dişlerin kronlarının frezler yardımı ile açığa çıkarılması.



Osteotomi sonrası kemik kaybını en aza indirmek ve ekstraksiyonu kolaylaştırmak amacıyla mandibular sol 2. ve 3. molar dişler frezler yardımıyla parçalara ayrılarak tamamen çıkarıldı (Resim 3).

Resim 3: Çıkarılan 37 ve 38 numaralı dişler



İnferior alveolar sinirin (IAN) yakınlığı nedeniyle nöral hasar vermektan kaçınmak için intraoperatif olarak azami özen gösterildi. İlgili dişlerin etrafını saran kistik lezyon tamamen enükle edilerek soket salin solüsyonuyla iyi bir şekilde temizlendi. Hemostaz sağlanıp, yara bölgesi primer kapatılarak hasta-ya antibiyotik, analjezik ve antiseptik gargara reçete edildi (Resim 4).

Çıkarılan kitle %10'luk formalin ile fikse edilerek histopatolojik incelemeye gönderildi. (Resim 5).

Resim 4: Operasyon sonrası kavite ve yaranın primer kapatılması



Resim 5: %10'luk formalin solüsyonu içerisindeki kitle



Histopatolojik inceleme kistik lezyonun dentigeröz kist olduğunu ortaya koydu. Ameliyatı takiben 10. gün hastadan suturlar alındı. Ameliyat sonrası operasyon bölgesinde ağrı, parestezi/anestezi veya enfeksiyon gibi herhangi bir komplikasyon görülmemiştir.

TARTIŞMA

İlk olarak 1973'te tanımlanan KM terimi, gömülü mandibular ikinci ve üçüncü molar dişlerin oklüzal yüzeylerinin birbirine temas etmesi anlamında kullanılmış olup 2005 yılında Bakaeen ve Baqain tarafından mandibular üçüncü molar ve dördüncü süpernümerer dişleri arasında bilateral KM vakası yayınlanmıştır.¹² Olgumuzda gömülü ikinci ve üçüncü mandibular molar dişler arasında KM inklüzyonu görülmektedir.

Gömülü dişlerin tanısı klinik olarak arkta diş eksikliği veya etkilenen tarafta şişlik meydana gelmesi ile konulabilmektedir. Gömülü üçüncü molarların incelenmesinde, panoramik radyograf en kullanışlı ve güvenilir radyograf olup çoğu durumda altın standart olarak kabul edilmektedir. Anatomik yapılar ile gömülü diş kökleri veya patolojik lezyonlar arasındaki üç boyutlu ilişkiyi göstermek için daha ileri araştırmalar için konik ışınli bilgisayarlı tomografi (KİBT) önerilmektedir.¹³ Hastanın başvurduğu dönemde radyoloji birimindeki teknik aksaklıklar nedeniyle KİBT incelemesi yapılamadı ve KM tanısı panoramik radyograf aracılığıyla konuldu.

Literatürde bilinen çok sayıda KM vakası bulunmakta olup sıklıkla mandibulada tek taraflı, daha az sıklıkta bilateral, tipik olarak son iki molar dişini içerir.^{5,6} KM vakalarının cinsiyet ayrımı bulunmakta olup 13-50 yaş aralığında vakalar bildirilmiştir.^{6,7} Hastamız 25 yaşında erkek olup mandibulada tek taraflı ikinci ve üçüncü molar dişlerini içeren KM patolojisine sahiptir.

KM'ler 3 tipe sınıflandırılabilirler. Bu sınıflandırmaya göre; Sınıf I etkilenmiş birinci ve ikinci molar dişlerini, Sınıf II ikinci ve üçüncü molar dişlerini ve Sınıf III üçüncü ve dördüncü molar dişlerini etkilenmiştir. Bu sınıflamaya ek olarak True-KM ve Pseudo-KM sınıflaması eklenmiş olup Pseudo-KM sınıflamasında dişlerin oklüzal yüzeyleriyle yakın teması yoktur. Bu sınıflandırmanın gömülü dişlerin maksilla veya mandibuladaki önemli anatomik yapılarla ilişkisi (maksiller sinüs, mandibular kanal), kemikteki derinliği, karşısındaki dişe göre angulasyonu, mandibulanın alt sınırı veya bukkal veya lingual kısımdaki lokalizasyonu ile ilgili ayrıntıları bize vermeme gibi limitasyonları mevcuttur. Dolayısıyla, KM'nin sınıflandırılması için, yukarıdaki sınırlamaları ele alan, teşhis sürecini ve tedavi planını değiştirebilecek olası altta yatan sistemik hastalıkları göz önünde

bulunduran sistematik bir sınıflandırma sistemine ihtiyaç vardır.^{5,9,10} Bu sınıflandırmaya göre olgumuz True-KM Sınıf II olarak değerlendirilebilir.

KM'nin etiyojisi, bazı teoriler öne sürülmesine rağmen belirsizliğini korumaktadır. KM vakalarının mukopolisakkaridoz teşhisi konulan birden fazla hastada görülmesi bu patolojinin mukopolisakkaridoz ile ilişkilendirilmesine neden olmuştur.¹⁴ Bunun nedeni mukopolisakkaridozlu hastalarda daimi dişlerin gecikmiş sürmesine bağlanmıştır.¹⁵ Mukopolisakkaridoz, lizozomal enzim bozukluğuna neden olan ve kornea, kalp, karaciğer, merkezi sinir sistemi, kemik ve diğer bölgelerde glikozaminoglikan birikimine yol açan genetik bir hastalıktır.¹⁶ Olgumuzda klinik ve radyolojik olarak mukopolisakkaridoz dahil olmak üzere herhangi bir sistemik hastalık bulgusuna rastlanılmamıştır.

Bazı araştırmacılar KM'leri izole olaylar olarak kabul etmektedir. Bu durumun diş tomurcuğu veya diş folikülünün gelişim yönünün anormal pozisyonundan ve diş folikülü enzimlerinin (matriks metalloproteinaz) üstteki alveolar kemiğin rezorpsiyonunu uygun şekilde başlatma veya devam ettirme yeteneğindeki başarısızlıktan kaynaklandığını ileri sürmektedirler.⁵

Gömülü dişler etrafındaki normal perikoronar radyolusensinin 2-3 mm aralığında olduğu kabul edilmektedir, bu boyutta artış meydana gelmesi hiperplastik folikül (yaklaşık 3-5 mm) ve gelişimsel odontojenik kistleri ayırıcı tanıda düşündürmelidir.¹⁷ KM'lerin dentigeröz kist (% 33,3) ile ilişki olduğu ve dentigeröz kistin birinci ve ikinci molar dişlerin sürmesine engel olabileceği görülmüştür.⁹ Kistik patolojinin gömülü üçüncü azı dişin mezial kökü boyunca kemikte rezorpsiyon meydana getirmesi sonucu oluşan kemik kaybının dişin devrilmesine sebep olması bu durumun nedeni olarak gösterilmektedir.¹⁰ Dentigeröz kistler, ameloblastomlar, skuamöz hücreli karsinomlar ve epidermoid karsinomlar gibi çeşitli patolojilere dönüşebileceğinden KM'ler çevresindeki yumuşak dokudaki değişiklikleri dikkatlice incelemek önemlidir.¹³ Bizim hastamızda KM ile ilişkili patolojik lezyonun histopatolojik incelenmesi dentigeröz kist olarak sonuçlanmıştır.

Gömülü dişler tümörlere, kist oluşumuna, tekrarlayan perikoronite veya internal ve eksternal kök rezorpsiyonuna neden olabilmektedir. Gömülü dişlerin derinliği, komşu dişlerin kök rezorpsiyonu, dişin vertikal ramus ile ilişkisi, kistik lezyonlar, köklerin şekli ve açılanmalar dikkatle değerlendirilmesi gereken diğer faktörlerdir.¹⁸

KM için literatürde az sayıda tedavi seçeneği tanımlanmış olup tercih edilen tedavi genellikle dişlerin cerrahi olarak çıkarılmasıdır. Diğer tedaviler, gömülü dişlerin ortodontik tedavisi ve radyolojik ta-

kiptir. Bununla birlikte cerrahi müdahaleden sonra ameliyat sırasında veya postoperatif olarak görülebilecek komplikasyonlar olarak mandibula kırıkları, dry socket, inferior alveolar (%0,5 ile 5) ve lingual sinirde hasar (%0,2 ile 2), osteomyelit ve temporomandibular eklem bozuklukları görülebilmektedir.^{19,20}

Hastamızın ikinci ve üçüncü molar dişlerinin çekimi yapıldı ve hastaya yaklaşık iki ay yumuşak diyet uygulandı. Cerrahi sonrası herhangi bir komplikasyon ile karşılaşılmadı.

SONUÇ

KM vakaları altta yatan bir sistemik nedene veya çenelerdeki lezyonlara bağlı olarak ortaya çıkabileceğinden bu vakalara, KM'ye neden olabilecek lokal veya sistemik faktörler düşünülerek yaklaşılmalıdır. Erken teşhis oluşabilecek komplikasyonları önlemek ve daha başarılı tedavi sağlamak için çok önemlidir. KM'lerin çıkarılması için ilgili bölgenin anatomisinin çene fraktürü ve sinir hasarına neden olmamak için kapsamlı bir şekilde ele alınması gerektiği unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR

1. Bourzgui F. Orthodontics: Basic Aspects and Clinical Considerations. 2021. p.247-50.
2. Nedjat-Shokouhi B, Webb RM. Bilateral kissing molars involving a dentigerous cyst: report of a case and discussion of terminology. Oral Surg. 2014;7:107-10.
3. Juneja M. Not kissing. Br Dent J. 2008;204:597.
4. Robinson, JA, Gaffney W, Soni NN. Bilateral 'kissing' molars. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 1991;72:760.
5. Menditti D, Laino L, Cicciù M, Mezzogiorno A, Perillo L, Menditti M, et al. Kissing molars: report of three cases and new prospective on aetiopathogenetic theories. Int J Clin Exp Pathol. 2015;8:15708-18.
6. Kiran HY, Bharani KSNS, Kamath RA, Manimangalath G, Madhushankar GS. Kissing molars and hyperplastic dental follicles: report of a case and literature review. Chin J Dent Res. 2014;17:57-63.
7. Akbulut N, Tatidze M, Kolsuz ME, Sindel A, Çolok G. Kissing molars: a rare condition of two case. AU Dis Hek Fak Derg. 2009;36:169-72.
8. Yaman D, Akay G, Güngör K. Multiple dentigerous cysts with radiological findings in a non-syndromic patient. Atatürk Üniv Diş Hek Fak Derg. 2020;30:122-5.
9. Mascarenhas R, Shetty S, Husain A, Shahista P. Kissing molars: An unusual unexpected impaction. Arch Med Health Sci. 2013;1:52-3.
10. Gulses A, Varol A, Sencimen M, Dumlu A, A study of impacted love: kissing molars. Oral Health Dental Manag. 2012;11:185-88.

11. McIntyre G. Kissing molars: an unexpected finding. Dent Update.1997;24:373-4.
12. Bakaeen G, Baqain ZH. Interesting case: kissing molars. Br J Oral Maxillofac Surg. 2005;43:534.
13. Yanik S, Ayranci F, İşman Ö, Büyükçikrikci Ş, Aras MH. Study of kissing molars in Turkish population sample. Niger J Clin Pract. 2017;20:659-64.
14. Nakamura T, Miwa K, Kanda S, Nonaka K, Anan H, Higash S, et al. Rosette formation of impacted molar teeth in mucopolysaccharidoses and related disorders. Dentomaxillofac Radiol. 1992;21:45-9.
15. Smith KS, Hallett KB, Hall RK, Wardrop RW, Firth N. Mucopolysaccharidosis: MPS VI and associated delayed tooth eruption. Int J Oral Maxillofac Surg. 1995;24:176-80.
16. Graupman P, Pan D, Konair B, Hartung S, McIvor S, Whitley C, et al. Craniofacial abnormalities in a murine knock-out model of mucopolysaccharidosis I H: A computed tomography and anatomic study. J Craniofac Surg. 2004;15:392-8.
17. Agarwal A, Mittal G, Uppada U.K. Cuddling teeth: A new terminology. Ann Maxillofac Surg. 2019;9:53.
18. Krishnan B. Kissing molars. Br Dent J. 2008;204:281-2.
19. McCoy JM. Complications of retention: pathology associated with retained third molars. Atlas Oral Maxillofacial Surg Clin North Am. 2012;20:177-95.
20. Giraldi Neto FO, Rocha Júnior HV, Martinez Júnior W, Duarte BG, Salgueiro DG, Sant'ana E. Interesting cases of kissing molars. Report of two cases. Rev Odontol Unesp. 2012;41:292-5.