

# İdiyopatik Osteosklerozun Nadir Görülen Komplikasyonu: Olgu Sunumu

## A Rare Complication of Idiopathic Osteosclerosis: A Case Report

### ÖZ

Çenelerde gözlenen idiyopatik osteoskleroz (İO), etiyolojisi bilinmeyen bir lokal radyopasite olarak tanımlanmaktadır. Bu lezyonların çoğu asemptomatik olmakla birlikte çoğu zaman başka nedenlerle alınan radyograflarda tesadüfen saptanırlar. Literatürde İO yerine; yoğun kemik adası, enostoz veya fokal periapikal osteopetrosis gibi çeşitli isimler de kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, İO'nun nadir görülen bir komplikasyonu olarak gözlenen eksternal kök rezorpsiyonu olgusunu sunmaktır.

31 yaşında erkek hasta, sol üst arka bölgede ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastadan alınan anamnezde herhangi bir sistemik hastalığının olmadığı ve sigara kullanmadığı öğrenildi. Klinik muayenede, sol üst birinci ve ikinci molar dışında çürük ve ağrı olduğu gözlemlendi. Panoramik ve periapikal radyograflarda sol alt birinci molar dişinin kök apeksi üzerine süperpoze, düzensiz ve belirgin sınırlı radyopasite izlendi. Mezial kök apeksinde rezorpsiyon ile uyumlu görüntü izlendi ve üç boyutlu değerlendirilebilmesi için konik ışınli bilgisayarlı tomografi tetkiki istendi.

Bu olguda, İO radyografik muayene sırasında tesadüfen saptandı. Hastaya 6 ay sonrası için takip randevusu verildi. Sonuç olarak, bu olgu sunumunda idiyopatik osteosklerozun nadir görülen bir komplikasyonu olarak eksternal kök rezorpsiyon olgusu açıklanmıştır.

**Anahtar sözcükler:** İdiyopatik Osteoskleroz, Eksternal Kök Rezorpsiyonu, Konik Işınli Bilgisayarlı Tomografi .

### ABSTRACT

Idiopathic Osteosclerosis (IO) in the jaws is described as a localized radiopacity of unknown origin. Most of these lesions are asymptomatic and are discovered on radiographs taken for some other reason. This condition has been reported with a variety of names including dens bone island, enostosis and focal periapical osteopetrosis. The purpose of the present study is to report a case of external root resorption caused by IO.

A 31-year-old male, doesn't smoke and without known systemic pathology was referred to our department for the pain in the left maxillary region. An intra-oral examination revealed pain in the left maxillary first and second molar tooth that presented without restoration. The radiographic examination showed an isolated round mass with uniform radiopacity but without a surrounding radiolucent rim, below the left mandibular first molar teeth and is associated with external root resorption of the mesial root. For further evaluation cone beam computerized tomography assesment requested.

In this case, IO was detected incidentally. The follow-up appointment was made for the patient 6 months later. In conclusion, the present report describes a rare case of external root resorption caused by IO.

**Key words:** Idiopathic Osteosclerosis, Eksternal Root Resorption, Cone Beam Computed Tomography.

Mehmet Özgür ÖZEMRE<sup>1</sup>  
Gediz GEDUK<sup>2</sup>

- 1 Başkent Üniversitesi,  
Diş Hekimliği Fakültesi,  
Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı,  
Ankara, Türkiye
- 2 Bülent Ecevit Üniversitesi,  
Diş Hekimliği Fakültesi,  
Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı  
Zonguldak, Türkiye



Geliş tarihi / Received: 21.10.2018  
Kabul tarihi / Accepted: 21.11.2018  
DOI: 10.21306/jids.2018.231

### İletişim Adresi/Corresponding Adress:

Mehmet Özgür ÖZEMRE  
Başkent Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi  
Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi Anabilim Dalı  
Ankara, Türkiye  
E-posta/e-mail: mehmetozgurozemre@yahoo.com

## GİRİŞ

İdiyopatik osteoskleroz (İO); çenelerde etiyojisi bilinmeyen lokal radyoopasite olarak tanımlanmaktadır. İO, herhangi bir infeksiyon, displazi, neoplazi ya da sistemik bir hastalığa bağlı oluşmaz ve çene kemiklerinde ekspansiyona neden olmaz (1). Bu lezyonların çoğu asemptomatik olmakla birlikte çoğu zaman başka nedenlerle alınan radyograflarda tesadüfen saptanırlar. Literatürde İO yerine; yoğun kemik adası, enostoz veya fokal periapikal osteopetrosis gibi çeşitli isimlerde kullanılmaktadır (1-3).

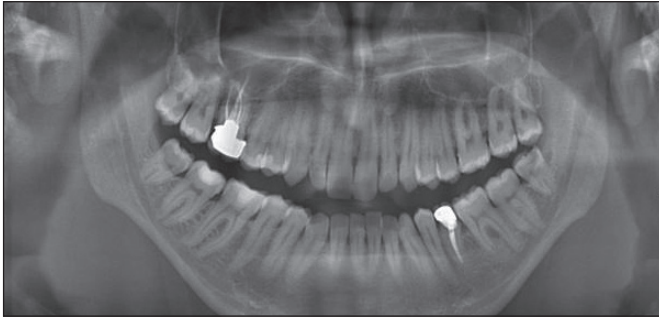
İO oldukça sık görülür ve bilinen inflamatuvar veya neoplastik bir sebebe bağlı değildir. Erişkinlerde daha siktir ve mandibulada molar dişler bölgesinde daha çok rastlanmakla birlikte başka bölgelerde de görülebilmektedir. Daha çok dişlerin apikal bölgelerinde gözlenmesine rağmen, dişler arası alanlarda veya dişlerle ilişkisiz bölgelerde de görülebilir (2,4).

Radyografik özellikleri; iyi sınırlı, genellikle yuvarlak ya da oval bazen de düzensiz radyopak alanlar şeklindedir. İO'yu odontoma, condensing osteitis, sementoblastoma,

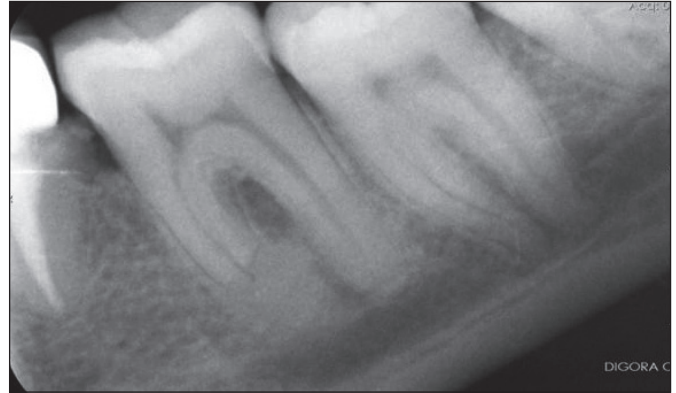
osteoma ve ossifiye fibroma gibi kemikte yerleşen, radyopak görüntü veren ve tedavi gerektiren diğer lezyonlardan ayırt etmek gerekir (1,5). Bu olgu sunumunda, İO'nun nadir görülen bir komplikasyonu olarak gözlenen eksternal kök rezorpsiyonu olgusu anlatılmaktadır.

## OLGU

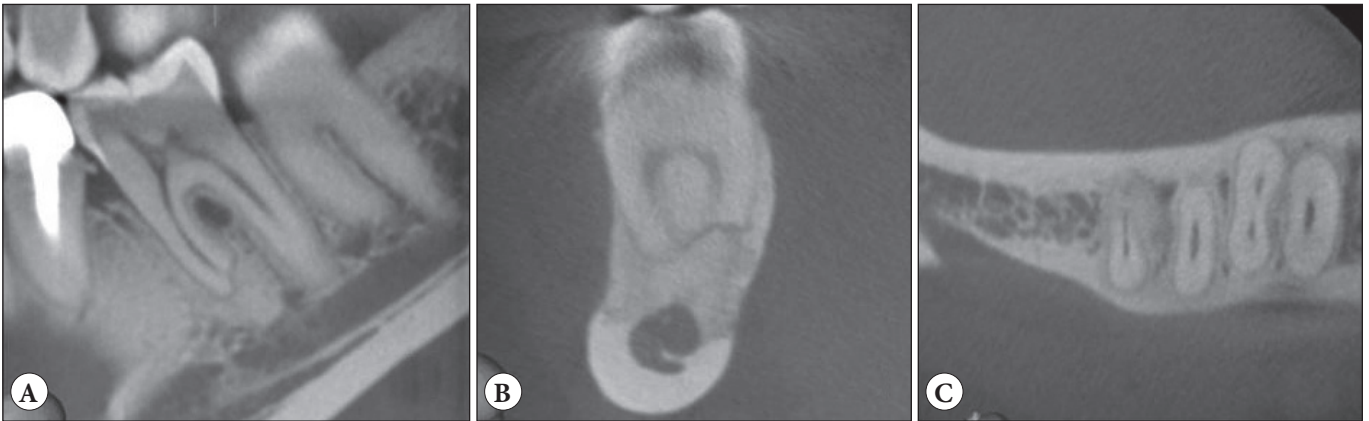
31 yaşındaki erkek hasta, sol üst arka bölgede ağrı şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastadan alınan anamnezde herhangi bir sistemik hastalığının olmadığı ve sigara kullanmadığı öğrenildi. Klinik muayenede, sol üst birinci ve ikinci molar dişinde çürük ve ağrı olduğu gözlemlendi. Alınan panoramik ve periapikal radyograflarda sol alt birinci molar dişinin kök apeksi üzerine süperpoze, düzensiz ve belirgin sınırlı, radyoopasite izlendi. (Şekil 1,2). Ayrıca mezial kök apeksinde eksternal rezorpsiyon ile uyumlu görüntü izlendi. Klinik muayeneye ek olarak ilgili dişe yapılan elektrikli pulpa testi sonucu dişin



**Şekil 1:** Panoramik radyografda sol alt 1. Molar dişin kök apeksi üzerine süperpoze iyi sınırlı radyopak lezyon izlenmektedir.



**Şekil 2:** Periapikal radyografda sol alt 1. Molar dişin mezial kök apeksi üzerine süperpoze kökte eksternal rezorpsiyona neden olan radyoopasite izlenmektedir.



**Şekil 3:** Sagital (A), Koronal (B), Aksiyal (C) kesitlerde eksternal kök rezorpsiyonu ve idiyopatik osteoskleroz ile uyumlu görüntünün mandibular kanalın üst sınırı ile komşulukta olduğu izlenmektedir.

vital olduğu bulundu. İlgili bölgenin ayrıntılı olarak değerlendirilebilmesi için bölgesel konik ışınli bilgisayarlı tomografi (KIBT) alındı. Sagital, koronal ve aksiyal planlarda değerlendirilen KIBT görüntülerinde, sol alt birinci molar diş ile ilişkide olan radyoopasitenin İO olduğu ve mesial kökün yaklaşık apikal 1/3 bölümünde rezorpsiyona neden olduğu gözlendi (Şekil 3). İlgili diş vital ve asemptomatik olduğu için takip önerildi.

## TARTIŞMA

Radyograflarda tespit edilen sklerotik kemik lezyonları infeksiyon, travma ya da cerrahi bir işlem sonrası iyileşme sonucu görülebilir. Bunun gibi nedenlere bağlı olmayan ve etiyojisi bilinmeyen radyoopak lezyonlar İO olarak tanımlanır ve insan iskeletinde farklı bölgelerde görülebilir (6-9). Literatür incelendiğinde, çenelerde gözlenen İO'nun mandibula posterior bölgeye yerleşme eğiliminde olduğu görülmektedir (10,11). Etiyojisi ve fizyolojisi bilinmemekle birlikte aşırı oklüzal kuvvetlere karşı yanıt olarak kemik yapımında artış olduğu düşünülmektedir (12). İyi sınırlı, genellikle yuvarlak ya da oval bazen de düzensiz radyoopak alanlar şeklinde gözlenen İO, sıklıkla asemptomatik seyirlidir (1,2,4). Komşuluktaki dişin köklerinden kolaylıkla ayırt edilebilen İO'yu; condensing osteitis, periapikal semental displazi, odontoma, sementoblastoma, osteoma veya ossifiye fibroma gibi çene kemiklerinde görülen ve radyoopak görüntü veren diğer lezyonlardan ayırt etmek gerekir (9,13,14).

Literatürde; İO'nun bölge dişlerde pozisyon değişikliğine neden olabileceği son çalışmalarda bildirilse de (15) ilgili dişe eşlik eden eksternal kök rezorpsiyon olgusuna oldukça az sayıda rastlanmıştır (4).

Sonuç olarak; bu olgu sunumunda İO'nun nadir görülen bir komplikasyonu olarak gözlenen eksternal kök rezorpsiyonu olgusu açıklanmıştır.

## KAYNAKLAR

1. Kalyoncu Z, Arslan A, Kurtuluş B, Sofiyev N, Dogan Onur Ö. Çene kemiklerinde görülen idiyopatik osteosklerozisin türk popülasyonundaki sıklığının belirlenmesi (pilot çalışma). İstanbul Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi 2012; 46(1): 1-10.
2. Tolentino ES, Gusmão PHC, Cardia GS, Tolentino LS, Iwaki LCV, Amoroso-Silva PA. Idiopathic Osteosclerosis of the Jaw in a Brazilian Population: a Retrospective Study. Acta stomatol Croat 2014;48(2):183-192.
3. Moshfeghi M, Azimi F, Anvari M. Radiologic assessment and frequency of idiopathic osteosclerosis of jawbones: An interpopulation comparison. Acta Radiol 2014;55:1239-1244.
4. Marques Silva L, Guimaraes AL, Dilascio ML, Castro WH, Gomez RS. A rare complication of idiopathic osteosclerosis. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2007;12(3):E233-234.
5. Sisman Y, Ertas ET, Ertas H, Sekerci AE. The frequency and distribution of idiopathic osteosclerosis of the jaw. Eur J Dent 2011;5(4):409-414.
6. Park H S, Kim J R, Lee S Y, Jang KY. Symptomatic giant (10-cm) bone island of the tibia. Skeletal Radiol 2005;34:347-350.
7. Onitsuka H. Roentgenologic aspects of bone islands. Radiology 1977;123:607-612.
8. Alawi F. Benign fibro-osseous diseases of the maxillofacial bones. A review and diferential diagnosis. Am J Clin Pathol 2002;118: 50-70.
9. Kaplan I, Nicolaou Z, Hatuel D, Calderon S. Solitary osteoma of the jaws: a diagnostic dilemma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2008; 106: e22-e29
10. Jing W, Xuan M, Lin Y, Wu L, Liu L, Zheng X, Tang W, Qiao J, Tian W. Odontogenic tumours: A retrospective study of 1642 cases in Chinese population. Int J Oral Maxillofac Surg 2007; 36: 20-25.
11. MacDonald-Jankowski DS. Idiopathic osteosclerosis in the jaws of Britons and of the Hong Kong Chinese: Radiology and systemic review. Dentomaxillofac Radiol 1999;28:357-363.
12. Geist JR, Katz JO. The frequency and distribution of idiopathic osteosclerosis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1990;69:388-393.
13. Napier Souza L, Lima Junior SM, Garcia Santos Pimenta FJ, Rodrigues An-tunes Souza AC, Santiago Gomez R. Atypical hypercementosis versus cementoblastoma. Dentomaxillofac Radiology 2004;33:267-270.
14. Newland JR. Oral hard tissue diseases. 2nd ed., US, Lexi-Comp; 2007. 63-74.
15. Nute SJ. Severe incisor resorption by impacted maxillary canines: Case report and literature review. Int J Paediatr Dent 2004;14:451-454.