



# Yüzde persistan ağrının nadir bir nedeni: Nazal kavitede ektopik diş

*A rare cause of persistent facial pain: ectopic tooth in nasal cavity*

Ethem Şahin,<sup>1</sup> Mehmet Emre Dinç,<sup>2</sup> Denizhan Dizdar,<sup>2</sup> Seçkin Ulusoy<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Özel Bayındır Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Bölümü, İstanbul, Türkiye

<sup>2</sup>Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

## ÖZ

Nazal kavitede ektopik diş morbidite riskini artırabilir ve erken tanısı önemlidir. Ancak bazen atipik semptomlar nedeni ile tanı ve tedavisi gecikebilmektedir. Bu yazıda, yüzde persistan ağrı ve tekrarlayan sinüzite neden olan, nazal kavitede ektopik diş olgusu sunuldu. Tanı bilgisayarlı tomografi ile doğrulandı ve ektopik diş endoskopik olarak eksize edildi.

**Anahtar sözcükler:** Ektopik; nazal kavite; diş.

## ABSTRACT

Ectopic tooth in the nasal cavity may increase risk of morbidity and its early diagnosis is important. However, sometimes its diagnosis and treatment may be delayed due to atypical symptoms. In this article, we report a case of ectopic tooth in nasal cavity causing persistent facial pain and recurrent sinusitis. Diagnosis was verified with computed tomography and the ectopic tooth was excised endoscopically.

**Keywords:** Ectopic; nasal cavity; tooth.

Süpernumere diş normal sayının üzerinde diş bulunmasıdır. Sıklıkla anterior maksiller ve mandibüler premolar bölgesinde yer almaktadır. Maksiller sinüs ve sert damak en sık ekstraoral izlendikleri yerlerdir. Nazal kavitede bulunması ise oldukça nadirdir ve bu yerleşim yeri neden olduğu morbiditeler açısından özellik göstermektedir.<sup>[1,2]</sup> Ektopik yerleşimli bu dişlerin etyolojisinde travma, sepsis ve gelişimsel faktörler suçlanmışsa da etyolojisi halen tartışmalıdır.<sup>[3]</sup>

Asemptomatik olabilirler ve muayene sırasında veya çekilen filmlerde tesadüfen saptanabilirler. Burunda kötü kokulu akıntı, burun tıkanıklığı, tekrarlayan veya tedaviye dirençli sinüzit veya tekrarlayan burun kanaması yüzde persistan ağrıya neden olabilir.<sup>[4]</sup> Bilgisayarlı tomografi (BT) ve panoramik grafiler tanıyı desteklemek ve dişin çevre yapılarla olan ilişkisini ortaya koymada sıklıkla kullanılır. Endoskopik eksizyon sıklıkla başvurulan tedavi yöntemidir.<sup>[5]</sup>

Bu yazıda, tedaviye dirençli tekrarlayan sinüzite ve yüzde persistan ağrıya neden olan, transnazal endoskopik yöntemle çıkarılan nazal kavite yerleşimli bir ektopik diş olgusu sunuldu.

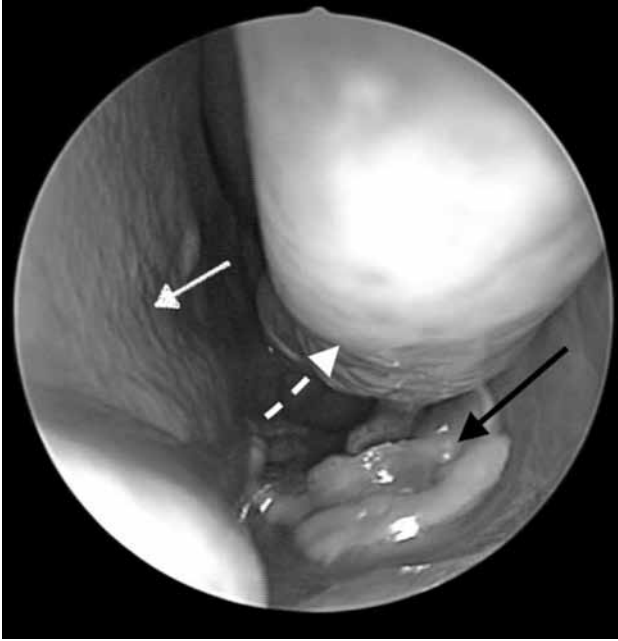
## OLGU SUNUMU

Otuz beş yaşındaki erkek hasta iki yıldır yüzünün sol tarafında var olan yaygın ağrı, burundan kötü koku gelmesi ve burun tıkanıklığı yakınmaları ile birçok kez aile hekimine muayene olmuş ve kendisine antibiyotik tedavisi verilmiş, tedavilerden sonra yakınmaları azalmış, ancak her defasında sorunun tekrar etmesi üzerine kliniğimize yönlendirilmişti. Hastanın öyküsünden, özellikle yüzünün sol tarafına yayılan ağrının son zamanlarda oldukça belirginleştiği ve son altı aydır sol gözüne yayılan bir karakter aldığı, önceleri aldığı ağrı kesicilerle ağrısı kesilen ve aralıklı olarak tekrar eden yaygın yüz ağrısının son bir yıldır kalıcı olduğu öğrenildi. Detaylı

Geliş tarihi: 24 Ocak 2015 Kabul tarihi: 23 Temmuz 2015

İletişim adresi: Dr. Ethem Şahin. Özel Bayındır Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Bölümü, 34752 İçerenköy, Ataşehir, İstanbul, Türkiye.  
Tel: 0533 - 723 37 31 e-posta: esahin@bayindirhastanesi.com.tr

© 2015 İstanbul KBB-BBC Uzmanları Derneği Yayın Organı



**Şekil 1.** Sol nazal kavitede üzeri pürülan akıntı ile örtülü diş. Siyah ok: Pürülan akıntı; Beyaz ok: Septum; Beyaz kesik ok: Alt konkayı göstermektedir.

öykü alındığında ergen yaşlarda da kötü ağız kokusu, burundan kötü koku gelmesi şikayetleri nedeniyle birkaç kez hekime başvurduğu ve tedavi gördüğü, ancak bu durumun halen aralıklı olarak tekrar ettiği öğrenildi. Hastanın öz geçmişinde ağız ve yüz bölgesine travma veya geçirilmiş cerrahi öyküsü yoktu.



**Şekil 2.** Pürülan akıntı aspire edilmiş, sol nazal kavitede diş görüntüsü. Siyah ok: Diş; Beyaz ok: Septum; Beyaz kesik ok: Alt konkayı göstermektedir.

Anterior rinoskopi ve nazal endoskopide sol nazal kavite mukozasında enflamasyon ve nazal kavite tabanını kaplamış pürülan akıntının oluşturduğu tabaka izlendi (Şekil 1). Aspiratör yardımı ile mukopürülan tabaka temizlendiğinde tabanı mukozaya gömülü, etrafı granülasyon dokusu ile çevrelenmiş sert, beyaz renkli kitle ile karşılaşıldı (Şekil 2). Hastanın oral muayenesinde eksik diş veya fistül izlenmedi.

Lezyonun yerleşim yeri ve çevre yapılarla ilişkisinin daha detaylı incelenebilmesi için BT çekildi. Tomografide alt konka altında tabana gömülü olarak alveoler kretin üstünden başlayıp posterosuperiora doğru uzanan, konik şekilli, homojen kalsifikasyon gösteren 15 mm uzunluğunda lezyon saptandı. Bilgisayarlı tomografi görüntülerinde diğer dişlerin tam olması ve kitlenin alveoler kretten nazal kaviteye doğru yerleşimi nedeni ile invert nazal süpernumere diş olduğu konusunda şüphe duyuldu (Şekil 3).

Tedavi oral endotracheal entübasyon ile genel anestezi altında endoskopik eksizyon ile yapıldı. Hastanın septum deviasyonu ve görüş alanını engelleyen patolojilerinin olmaması ek bir girişim gerektirmedi. Önce nazal kavite tabanını arkaya kadar kaplayan mukopürülan tabaka aspiratör yardımı ile temizlendi. Dişin nazal tabana gömülü kısmı çepeçevre nazal mukozaya ve granülasyon dokusu ile çevrelenmişti. Mukozaya lokal anestetik yapılarak dekonjesyon ve hidrodiseksiyon sağlandıktan sonra nazal mukozaya üzerine insizyon yapıldı, freer elevatör (Karl Storz, Tuttlingen, Almanya) yardımı ile mukozaya diş üzerinden eleve edildi ve diş tutunduğu kemik üzerinden ayrılarak dışarı alındı. Mukozanın üzerine antibiyotikli pomad emdirilmiş ped kondu. Amoxicillin 1 gr iki kez/gün, parasetamol lüzumu halinde reçete edildi.



**Şekil 3.** Aksiyal kesit bilgisayarlı tomografi görüntüsünde sol nazal kavitede diş görülmekte. Siyah ok: Diş.

İki gün sonra ped alındı. Çıkarılan lezyona yapılan histopatolojik inceleme ile ektopik diş tanısı doğrulandı. Hastanın takiplerinde herhangi bir komplikasyon veya nüks izlenmedi.

## TARTIŞMA

Oldukça nadir bir durum olan süpernumere dişin gelişim nedenleri tam olarak açıklığa kavuşturulamamıştır. Kabul gören iki ana teori diş gelişiminin erken dönemlerinde dental laminanın ikiye bölünmesi ve dental laminanın hiperaktivitesidir.<sup>[6]</sup> Heredite suçlanan diğer bir faktördür ve yarık damak-dudak, Gardner sendromu, kleidokranial disostozis gibi sendromik tablolarda fazla dişler görülebilmektedir.<sup>[7]</sup> Hastamızda etyolojide suçlanan faktörlerden hiçbiri saptanmadı, oral kavitede üst dişlerin eksiksiz ve sağlıklı olduğu izlendi.

Nazal dişler asemptomatik olabilir veya şans eseri çekilen filmlerde saptanabilir ya da burun tıkanıklığı, tekrarlayan burun kanaması, burunda kötü koku, pürülan rinore, tekrarlayan sinüzit, septal apse, oronazal fistül ve septal perforasyon gibi çok çeşitli semptomlar oluşturabilirler. Kimi zaman baş ağrısı, yüzde yaygın ağrı gibi spesifik olmayan semptomlarla ortaya çıkabilirler ve bu nedenle tanı konması zorlaşmakta, tedavi gecikmektedir.<sup>[5]</sup> Bu olguda ana şikayet iki yıldır yüzün sol tarafına ve son altı aydır periorbital bölgeye yayılan, sürekli ağrı ve tedaviye rağmen tekrarlayan sinüzit atakları idi.

Nazal kavitede diş tanısını desteklemekte radyolojik muayene çok yardımcıdır. Bilgisayarlı tomografinin birçok açıdan konvansiyonel radyografilere üstünlüğü vardır. Radyografiler dişin morfolojisi ve yerleşim yeri hakkında bilgi vermekte, fakat dişin granülasyon dokusu ile örtülü olması durumunda yetersiz kalabilmektedir.<sup>[8]</sup> Bilgisayarlı tomografi ise farklı planlarda alınan kesitler sayesinde -ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken- burunda yabancı cisim, rinolitiazis, neoplaziler, egzozitoz hakkında daha detaylı bilgi verebilir ve cerrahi planlama için yönlendiricidir. Yine de radyolojik muayene bütün bu faydalarına rağmen nazal kavitede sadece radyopak lezyonu gösterir ve nazal diş tanısını ancak destekleyebilir.<sup>[5]</sup>

Nazal dişlerden semptomatik olanlar ve asemptomatik olup komplikasyon ihtimali olan dişler tedavi gerektirir. Bu dişler saptandığında erken cerrahi müdahale potansiyel morbidite açısından önemlidir. Endoskopik yaklaşım geleneksel yöntemlere göre iyi görüş sağlanması, eksizyon esnasında çevre mukozaya minimal hasar verilmesi, hastanede kalış süresinin daha kısa ve başarı oranının yüksek olması nedeniyle önerilen tedavi yöntemidir.<sup>[5]</sup> Asemptomatik olup herhangi bir komplikasyon ihtimali olmayan dişler radyolojik olarak takip edilebilir.

Literatürde farklı paranazal yerleşimli ektopik diş olgularını bildiren geniş olgu serileri olsa da<sup>[1]</sup> izole nazal kavite yerleşimli ektopik diş ve endoskopik yolla eksizyonunu bildiren az sayıda bildiri vardır.<sup>[4,5,9]</sup>

Kim ve ark.<sup>[4]</sup> sağ nazal kavitesinde 10 mm'lik ektopik diş saptadıkları 12 yaşındaki asemptomatik erkek hastaya endoskopik cerrahi uygulayarak hastayı komplikasyonsuz olarak tedavi etmişlerdir.

Lee<sup>[5]</sup> de nazal kavitede ektopik yerleşimli diş saptadıkları yaşları 4 ila 39 arasında değişen 13 hastalık olgu serisi bildirmişlerdir. Yazarlar ayrıca bu hastalardan beşinin tanı öncesinde herhangi bir şikayetin olmadığını, sekizinin ektopik dişe bağlı burun tıkanıklığı ve pürülan kanlı burun akıntısı şikayetlerinin olduğunu bildirmişlerdir. Hastaların hepsine endoskopik cerrahi uygulandı ve tedavinin hemen sonrasında şikayetlerin gerilediği ve hastaların sorunsuz olarak iyileştiği bildirilmiştir.

Bir başka çalışmada Lin ve ark.<sup>[9]</sup> literatürdeki diğer olgu bildirimleri ile benzer şekilde burun tıkanıklığı, kötü kokulu burun akıntısı şikayetleri olan, 6, 16 ve 21 yaşlarındaki üç ektopik diş olgusunda, dişleri endoskopik olarak eksize ettiklerini ve cerrahi tedavi ile iyileşmenin tam olarak gerçekleştiğini bildirmişlerdir.

Sunduğumuz bu olguyu literatürden farklı kılan ektopik dişin neden olduğu yüzün sol tarafına ve periorbital bölgeye yayılan persistan ağrının atipik karakteridir. Sonuç olarak, yüzde yaygın persistan ağrı ve tekrarlayan sinüzit etyolojisinde nazal ektopik diş ayırıcı tanıda aklımızda bulunması gereken nadir durumlardan biridir.

### Çıkar çakışması beyanı

Yazarlar bu yazının hazırlanması ve yayınlanması aşamasında herhangi bir çıkar çakışması olmadığını beyan etmişlerdir.

### Finansman

Yazarlar bu yazının araştırma ve yazarlık sürecinde herhangi bir finansal destek almadıklarını beyan etmişlerdir.

## KAYNAKLAR

1. Nazif MM, Ruffalo RC, Zullo T. Impacted supernumerary teeth: a survey of 50 cases. J Am Dent Assoc 1983;106:201-4.
2. Moore SR, Wilson DF, Kibble J. Sequential development of multiple supernumerary teeth in the mandibular premolar region -- a radiographic case report. Int J Paediatr Dent 2002;12:143-5.
3. Arunkumar JS, Prasad KC, Shanthi N. Nasal teeth: A case report. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg 2007;59:197-8.

4. Kim DH, Kim JM, Chae SW, Hwang SJ, Lee SH, Lee HM. Endoscopic removal of an intranasal ectopic tooth. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003;67:79-81.
5. Lee FP. Endoscopic extraction of an intranasal tooth: a review of 13 Cases. *Laryngoscope* 2001;111:1027-31.
6. Garvey MT, Barry HJ, Blake M. Supernumerary teeth--an overview of classification, diagnosis and management. *J Can Dent Assoc* 1999;65:612-6.
7. Babu V, Nagesh KS, Diwakar NR. A rare case of hereditary multiple impacted normal and supernumerary teeth. *J Clin Pediatr Dent* 1998;23:59-61.
8. Gupta YK, Shah N. Intranasal tooth as a complication of cleft lip and alveolus in a four year old child: case report and literature review. *Int J Paediatr Dent* 2001;11:221-4.
9. Lin IH, Hwang CF, Su CY, Kao YF, Peng JP. Intranasal tooth: report of three cases. *Chang Gung Med J* 2004;27:385-9.