



บทความวิชาการ
Original Article

ถุงน้ำเดนติเจอร์ร่วมกับฟันตัดซี่ข้างและ ฟันเขี้ยวบนซ้าย : รายงานผู้ป่วย

สุรินทร์ ตั้งสุภูมิ วท.บ., ทบ., ส.ม.

กลุ่มงานทันตกรรม โรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์ กรุงเทพมหานคร

บทคัดย่อ

บทความนี้เป็นรายงานผู้ป่วยหนึ่งรายที่มีถุงน้ำเดนติเจอร์ เกิดร่วมกับฟันตัดซี่ข้างบนซ้ายและฟันเขี้ยวบนซ้าย ผู้ป่วยรายนี้เป็นเด็กชายไทย อายุ 8 ปี ซึ่งมีอาการบวมตึงที่กระดูกขากรรไกรบนด้านซ้าย บริเวณกระดูกเบ้าฟันตั้งแต่ฟันตัดซี่กลางบนซ้ายจนถึงฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งบนซ้าย และได้รับการรักษาโดยถอนฟันน้ำนมที่เป็นฟันตัดซี่ข้างบนซ้าย ฟันน้ำนมที่เป็นฟันเขี้ยวบนซ้าย และผ่าตัดควักถุงน้ำออกทั้งหมดพร้อมกับถอนฟันตัดซี่ข้างบนซ้าย ซึ่งลอยอยู่ในถุงน้ำและฟันเขี้ยวบนซ้ายซึ่งยึดติดกับผนังของถุงน้ำ ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของถุงน้ำ หลังติดตามผลเป็นเวลา 1 ปี เมื่อตรวจทางภาพรังสี ถุงน้ำเดนติเจอร์ในผู้ป่วยรายนี้ น่าจะมีสาเหตุจากการกระจายการติดเชื้อเรื้อรังของฟันน้ำนม การรักษาการติดเชื้อของฟันน้ำนมด้วยการรักษาโพรงประสาทฟัน หรือการถอนฟันจะสามารถควบคุมมิให้เกิดถุงน้ำของฟันแท้ที่อยู่ใต้ฟันน้ำมนั้นได้

(ว.ทันต.จุฬาฯ 2550;30:43-50)

คำสำคัญ: ถุงน้ำเดนติเจอร์; ฟันตัดซี่ข้างบน; ฟันเขี้ยวบน

บทนำ

ถุงน้ำเดนติเจอร์ส เป็นถุงน้ำที่มีจุดกำเนิดเกี่ยวกับการเกิดฟัน สมมติฐานของการเกิดถุงน้ำเดนติเจอร์ส เชื่อกันว่าเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเยื่อหุ้มฟันส่วนที่เหลือจากการสร้างเคลือบฟันของส่วนของตัวฟันที่ยังไม่โผล่ขึ้นสู่ช่องปาก โดยพัฒนาจากการสะสมของเหลว ระหว่างชั้นของเยื่อหุ้มฟันส่วนที่เหลือกับส่วนของฟันผิวของฟัน¹⁻⁵ หรือเกิดจากกลุ่มเซลล์ของเยื่อหุ้มฟันที่อยู่ในผนังของหน่อฟัน หรืออยู่นอกผนังของหน่อฟัน ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปเป็นถุงน้ำล้อมรอบส่วนของตัวฟัน ถุงน้ำเดนติเจอร์สมักเกิดร่วมกับฟันแท้ตำแหน่งที่พบมากที่สุด คือ ฟันกรามซี่ที่สามล่าง ฟันเขี้ยวบน ฟันกรามน้อยล่าง และฟันกรามซี่ที่สามบนตามลำดับ^{1,2,6} ส่วนในฟันน้ำนมพบได้น้อย^{1,2} บางครั้งก็เกิดร่วมกับฟันเกิน รอยโรคโอดอนโตมา (Odontoma)² ถุงน้ำเดนติเจอร์สมักพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง^{1,3,6,7} พบบ่อยในช่วงอายุ 10-30 ปี^{2,3,6,7} พบในคนผิวขาวมากกว่าคนผิวดำ^{2,4,6} ถุงน้ำเดนติเจอร์สที่มีขนาดเล็กจะไม่มีอาการปรากฏทางคลินิก และมักพบโดยบังเอิญจากภาพรังสี เมื่อมีการถ่ายภาพรังสีเพื่อตรวจหาสาเหตุของการไม่ขึ้นของฟันซี่ใดซี่หนึ่ง^{2,7,8} ถ้าถุงน้ำเดนติเจอร์สมีขนาดใหญ่ จะทำให้กระดูกขากรรไกรขยายขนาดขึ้นจนทำให้ใบหน้าผิดปกติ^{2,7} แรงดันจากถุงน้ำสามารถดันให้ฟันที่ยังไม่ขึ้นซึ่งอยู่ในถุงน้ำเปลี่ยนทิศทาง เช่น คว่ำ หงาย เอียง หรือตะแคงในทุกลักษณะ ถุงน้ำที่เกิดบริเวณฟันบน อาจดันฟันบนซี่ใดซี่หนึ่งไปที่บริเวณฐานของจมูก หรือดันเข้าไปในโพรงอากาศขากรรไกรบน บางครั้งอาจดันไปถึงฐานของลูกตา^{3,8} ในบางรายถุงน้ำมีแรงดันมากและทำลายปลายรากของฟันข้างเคียง ถุงน้ำที่มีการอักเสบจะเป็นเหตุให้ปวด จากภาพรังสีจะพบฟันซี่ใดซี่หนึ่งที่ยังไม่ขึ้น และมีเงาโปร่งรังสีล้อมรอบฟันหรือรอบตัวฟัน^{1-3,7} โดยมีขอบสีขาวบางๆ ของกระดูกที่บ^{2,3} มักพบเป็นเงาโปร่งรังสีวงเดียว (unilocular radiolucency)^{1,3} แต่ถ้าถุงน้ำมีขนาดใหญ่อาจเห็นเงาโปร่งรังสีเป็นหลายวง (multilocular radiolucency) ซึ่งเกิดจากส่วนของเส้นใยกระดูกที่ยังเหลืออยู่ภายในเงาโปร่งรังสี จึงมองดูเหมือนมีแสงกันอยู่ภายในถุงน้ำ¹⁻³ ทำให้เข้าใจว่าเป็นถุงน้ำหลายถุงซึ่งแตกต่างจากพยาธิสภาพชนิดอื่น เช่น อมิลอบลาสโตมา (ameloblastoma) เนื้องอกอดิโนมา-ตอยด์ โอดอนโตเจนิก (adenomatoid odontogenic

tumor) ถุงน้ำแคลซิฟายอิงโอดอนเจนิก (calcifying odontogenic cyst) บางรายมีการติดเชื้อทำให้เห็นขอบไม่ชัดเจนหรือไม่เรียบ ลักษณะทางพยาธิวิทยาของถุงน้ำเดนติเจอร์สพบว่าผนังถุงน้ำประกอบด้วยเนื้อเยื่อยึดต่อบาง ๆ ไปด้วยเซลล์เยื่อหุ้มรูปแบนเรียงตัวซ้อนทับกัน (stratified squamous epithelium) อยู่ไม่กี่ชั้น นอกจากในรายที่มีการติดเชื้อ ไม่ค่อยพบเรเตเพก (rete peg) ภายในถุงน้ำบรรจุด้วยของเหลวใสสีเหลือง บางรายอาจมีสีแดงคล้ายเลือด^{1,2,6} การรักษาถุงน้ำเดนติเจอร์สมี 2 วิธี คือ วิธีการทำศัลยกรรมควักเอาถุงน้ำออกทั้งหมด พร้อมกับถอนฟันที่อยู่ในถุงน้ำ และวิธีการตัดผนังของถุงน้ำออกบางส่วนเพื่อลดความดันในถุงน้ำ และปล่อยให้ถุงน้ำค่อย ๆ ฝ่อลง ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของถุงน้ำเดนติเจอร์สหลังได้รับการรักษา^{1-3,6,9} ในกรณีถ้าการควักถุงน้ำออกทั้งหมดอาจมีผลต่อฟันข้างเคียง และอาจทำลายเส้นประสาทหรือหลอดเลือดบริเวณนั้น ๆ ก็จะใช้วิธีการตัดผนังของถุงน้ำออกบางส่วน

รายงานผู้ป่วย

ผู้ป่วยเป็นเด็กชายไทยอายุ 8 ปี มาที่กลุ่มงานทันตกรรมโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์พร้อมกับบิดา ด้วยอาการบวมตึงที่บริเวณกระดูกขากรรไกรบนด้านซ้าย และริมฝีปากบนซ้ายโดยไม่ทราบสาเหตุ ไม่มีอาการปวด ผู้ป่วยให้ประวัติไม่เคยได้รับบาดเจ็บบริเวณฟันหน้าบนมาก่อน และไม่เคยได้รับกษัตริย์จากแรงภายนอกมากระทบกระเทือนฟันบริเวณนั้น สุขภาพแข็งแรงดี ไม่มีบุคลิกหรือพี่น้องในครอบครัวที่มีความผิดปกติของฟันและใบหน้า ใบหน้าข้างซ้ายและข้างขวาไม่เท่ากัน บริเวณริมฝีปากและปีกจมูกซ้ายบนบวมโต กดไม่เจ็บ ไม่มีการอักเสบของผิวหนังบริเวณดังกล่าว การตรวจภายในช่องปากพบ มีการบวมที่เหงือกซึ่งเกิดจากการขยายตัวของกระดูกเบ้าฟันตั้งแต่บริเวณปลายรากฟัน # 21 (ฟันตัดซี่กลางบนซ้าย) ถึงฟัน # 24 (ฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งบนซ้าย) (รูปที่ 1) สภาพฟันในช่องปากของผู้ป่วยรายนี้อยู่ในระยะปรากฏของชุดฟันชุดผสม ขากรรไกรบนซ้ายพบฟันแท้ขึ้นแล้วสามซี่ คือ ฟัน # 21 ฟัน # 24 ฟัน # 26 (ฟันกรามที่หนึ่งบนซ้าย) ซึ่งมีสภาพแข็งแรงไม่มีรอยผุ ส่วนฟันน้ำนมที่ยังปรากฏอยู่ในช่องปาก คือ ฟัน # 62 (ฟันน้ำนมของฟันตัดซี่ข้างบนซ้าย) ฟัน # 63 (ฟันน้ำนมของฟันเขี้ยวบนซ้าย) และฟัน

65 (ฟันน้ำนมของฟันกรามซี่ที่สองบนซ้าย) ฟันน้ำนมทั้งสามซี่มีเนื้อฟันบางส่วนเป็นสีคล้ำดำ บางส่วนเป็นสีเหลืองเข้ม มีลักษณะเงาแน่นเนื้อฟันแข็งคล้ายกับการเจริญพร่องของเนื้อฟัน หรือการที่เนื้อฟันส่วนที่ผู้มีการเหี่ยวร้างขบวนการผุ ทำให้สีของเนื้อฟันเปลี่ยนเป็นสีเหลืองเข้ม สีน้ำตาลดำ และสีดำ จากภาพรังสีพานอรามิกพบว่า มีลักษณะเงาโปร่งรังสีมีอาณาเขตกว้างตั้งแต่ด้านไกลกลางของฟัน # 21 ถึงปลายรากของฟัน # 24 ด้านบนมีอาณาเขตติดกับโพรงอากาศขากรรไกรบนข้างซ้าย พบส่วนของตัวฟัน # 22 อยู่ในเงา

โปร่งรังสี และพบส่วนของฟัน # 23 อยู่บริเวณขอบบนของเงาโปร่งรังสีในตำแหน่งที่ปลายรากของฟัน # 26 (รูปที่ 2)

จากการตรวจทางคลินิกและภาพรังสี ให้การวินิจฉัยขั้นต้นว่าเป็นถุงน้ำเดนติเจอร์ส ได้วางแผนการรักษาโดยวิธีควักเอาถุงน้ำออกทั้งหมด ภายใต้การใส่ยาซาเลพาเซที่ และจะคงเก็บฟัน # 23 ไว้ แต่เมื่อทำศัลยกรรมควักเอาถุงน้ำพร้อมทั้งฟันที่อยู่ในถุงน้ำออก ปรากฏว่า ส่วนของตัวฟัน # 23 มีส่วนที่ยึดติดกับผนังส่วนนอกของถุงน้ำ จึงต้องควักส่วนของฟัน # 23 ออกมาด้วย (รูปที่ 3)



รูปที่ 1 การบวมของขากรรไกรบนตั้งแต่บริเวณฟันตัดซี่กลางบนซ้าย ถึงฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งบนซ้าย

Fig. 1 Bone enlargement of the upper jaw extending from left maxillary central incisor to left maxillary first premolar

การรักษาและผลการรักษา

ผู้ป่วยได้รับการถอนฟัน #62 และ #63 และผ่าตัดควักถุงน้ำออกหมด ภายใต้การใส่ยาซาเลพาเซที่ ถุงน้ำมีขนาด 4x5x4.5 เซนติเมตร ผนังถุงน้ำค่อนข้างหนาผู้ผ่าตัดสามารถเลาะแยกส่วนของถุงน้ำทั้งหมดออกจากอวัยวะข้างเคียงได้โดยไม่เกิดการฉีกขาด เย็บปิดแผล นัดผู้ป่วยมาตัดไหมหลังผ่าตัด 7 วันผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะแอมพิซิลินขนาด 250 มิลลิกรัม วันละ 4 ครั้งก่อนอาหาร และก่อนนอน ยาแก้ปวด

พาราเซตามอลขนาด 500 มิลลิกรัม ครั้งละ 1 เม็ดเวลาปวด ทุก 6 ชั่วโมงเป็นเวลา 5 วัน

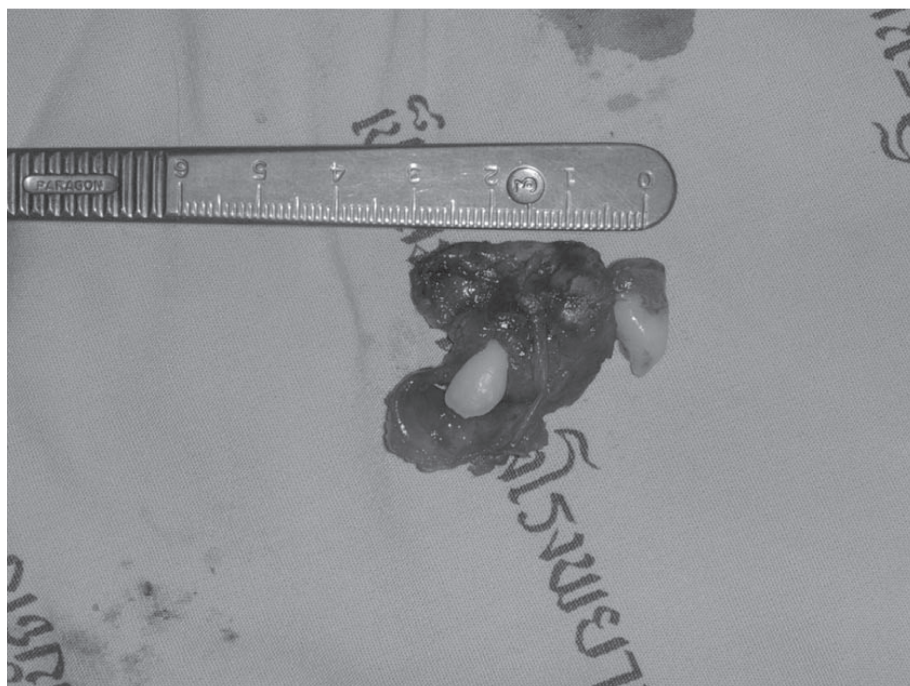
ลักษณะของถุงน้ำ

ภายในถุงน้ำบรรจุด้วยของเหลวสีเหลืองเงาแน่นมีสีแดง บ้างเล็กน้อย พบส่วนของตัวฟัน #22 ยึดติดกับผนังภายในของถุงน้ำอยู่ตำแหน่งกลางของถุงน้ำ และพบส่วนของตัวฟัน #23 ยึดติดหลวม ๆ กับผนังส่วนนอกของถุงน้ำ (รูปที่ 3)



รูปที่ 2 ภาพรังสีแสดงถุงน้ำบริเวณขากรรไกรบนด้านซ้ายลักษณะเงาโปร่งรังสีตั้งแต่บริเวณฟันตัดซี่กลางบนซ้าย ถึงฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งบนซ้าย

Fig. 2 Radiograph showing the radiolucent lesion at the left upper jaw extending from left maxillary central incisor to left maxillary first premolar



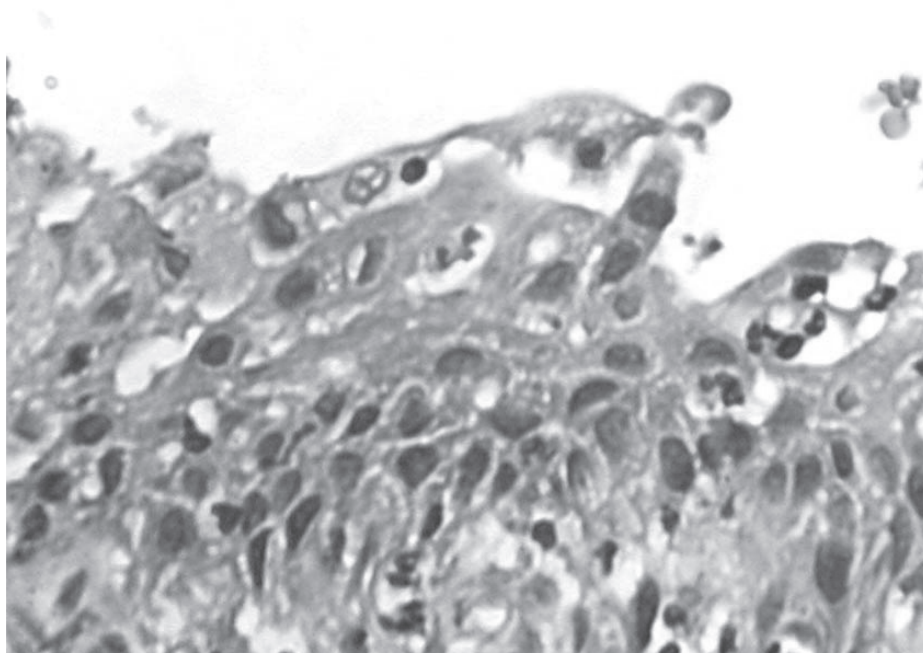
รูปที่ 3 ชิ้นเนื้อของถุงน้ำเดนต์เจอรส์ร่วมกับฟันตัดซี่ข้างบนและฟันเขี้ยวบน

Fig. 3 Gross specimen of a dentigerous cyst involving maxillary lateral incisor and canine



รูปที่ 4 a. ลักษณะของผนังถุงน้ำที่มีเยื่อบุผิวเป็นเซลล์ชนิดความมดและเซลล์อักเสบในเนื้อเยื่อยึดต่อข้างใต้ (สีย้อมฮีมาทอกซิลิน และอีโอซิน กำลังขยาย 10 เท่า)

Fig. 4 a. Cystic wall lined with stratified squamous epithelium and inflammatory cell infiltration in the underlying connective tissue (Hematoxylin & eosin stain, original magnification 10 x)



รูปที่ 4 b. กำลังขยายที่สูงขึ้นของผนังถุงน้ำที่บุด้วยเซลล์เยื่อบุผิวความมดที่มีการแทรกซึมด้วยเซลล์อักเสบ (สีย้อมฮีมาทอกซิลิน และอีโอซินกำลังขยาย 40 เท่า)

Fig. 4 b. Higher magnification of stratified squamous cystic epithelium infiltrated by inflammatory cells. (Hematoxylin & eosin stain, original magnification 40x)

ผลการตรวจทางพยาธิวิทยา

ชั้นเนื้อเยื่อประกอบด้วยผนังถุงน้ำเป็นเนื้อเยื่อยึดต่อบุผนังด้านในด้วยเซลล์บุผิวรูปแบบซ้อนทับกัน ระหว่างเซลล์บุผิวมีช่องสะพานคั่นระหว่างกัน (intercellular bridges) เนื้อเยื่อยึดต่อข้างใต้ผนังถุงน้ำพบมีการแทรกซึมด้วยเซลล์อักเสบชนิดเฉียบพลันนิวโทรฟิล (neutrophils) และเซลล์อักเสบชนิดเรื้อรังลิมโฟไซต์ (lymphocytes) ไม่พบเซลล์อะติปียา (atypia) (รูปที่ 4)

จากการตรวจทางพยาธิวิทยาให้การวินิจฉัยว่าเป็นถุงน้ำเดนติเจอร์รัส

ผลการติดตามดูแลผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ เป็นเวลา 1 ปี จากการตรวจสภาพในช่องปากและภาพรังสี ปรากฏว่าการหายของรอยโรคและกระดูกเป็นปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและไม่มีการกลับเป็นซ้ำของถุงน้ำเดนติเจอร์รัส (รูปที่ 5)

วิจารณ์

ถุงน้ำเดนติเจอร์รัสเป็นถุงน้ำของกระดูกขากรรไกร ซึ่งทันตแพทย์ส่วนมากเชื่อว่า เป็นถุงน้ำที่มีจุดกำเนิดเกี่ยวกับการเกิดฟัน โดยมีเงื่อนไขสำคัญที่สุดว่า ต้องเกิดร่วมกับฟันที่ยังไม่ขึ้น โดยเฉพาะฟันคุด ฟันจมของฟันกรามซี่ที่สามล่าง ฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งล่าง ฟันดัดบน จากรายงานของ Daley

และ Wysocki⁷ พบถุงน้ำเดนติเจอร์รัสร่วมกับฟันดัดหน้าที่ยังไม่ขึ้นเพียงร้อยละ 0.1-0.6 เท่านั้น และมักไม่พบถุงน้ำเดนติเจอร์รัสร่วมกับฟันคุดของฟันกรามซี่ที่สามบน อย่างไรก็ตามมีทันตแพทย์บางท่านเชื่อว่าการเกิดถุงน้ำเดนติเจอร์รัสมีผลจากการอักเสบของเนื้อเยื่อที่ปลายรากฟันน้ำนม และขบวนการอักเสบกระจายไปสู่หน่อฟันของฟันแท้ที่อยู่บริเวณปลายรากฟันของฟันน้ำนม^{6,9-11} หรืออาจมีการเปลี่ยนแปลงจากการเจริญพร่องของฟันแท้ ซึ่งขึ้นกับหลาย ๆ สาเหตุที่มีผลต่อการกระจายการอักเสบของฟันน้ำนม และความรุนแรงของการเปลี่ยนแปลงของเนื้อเยื่อที่มีการอักเสบ¹² การเกิดถุงน้ำเดนติเจอร์รัสของผู้ป่วยรายนี้น่าจะเกิดจากมีการอักเสบของฟัน # 62 และฟัน # 63 ซึ่งมีลักษณะเป็นฟันผุลุกลามแบบเรื้อรังและมีการเหี่ยวรั้งขบวนการผุ ปรากฏให้เห็นจากที่เนื้อฟันส่วนที่ผุเปลี่ยนสีเป็นสีเหลืองเข้ม สีน้ำตาลเข้มและสีดำ และการกระจายการอักเสบเรื้อรังไปสู่ฟันแท้ที่จะขึ้นแทนฟันน้ำนมทำให้เกิดเป็นถุงน้ำ

การรักษาถุงน้ำเดนติเจอร์รัสต้องพิจารณาถึงขนาดของถุงน้ำ ตำแหน่งของฟันที่ถูกดัน สภาพของผู้ป่วย ถ้าถุงน้ำมีขนาดใหญ่เส้นผ่าศูนย์กลางไม่เกิน 2 เซนติเมตร วิธีการควักออกให้หมดจะเป็นวิธีที่ดีที่สุด แต่ถ้าถุงน้ำมีขนาดใหญ่และอยู่ใกล้อวัยวะที่สำคัญ อาจต้องใช้วิธีการรักษาโดยการเปิดแผลลดดันของถุงน้ำและปล่อยให้ถุงน้ำค่อย ๆ ฝ่อลง ติดตามผล



รูปที่ 5 ไม่พบการเกิดเป็นซ้ำอีกของถุงน้ำ หลังติดตามผลเป็นเวลา 1 ปี

Fig 5 No recurrence of the cyst after 1 year follow-up period

เป็นระยะ ๆ เพื่อให้ฟันที่ถูกดันเปลี่ยนตำแหน่งจากเดิมค่อย ๆ ขึ้นสู่ช่องปากหรืออาจใช้วิธีการจัดฟันช่วยดึงฟันขึ้นสู่ทิศทางตำแหน่งที่ถูกต้อง แต่ถ้าไม่สามารถเก็บรักษาฟันซี่ที่เกี่ยวข้อง ก็คงต้องใช้วิธีการรักษาแบบควักออกพร้อมถอนฟันซี่ที่เกี่ยวข้องดังกล่าวด้วย ในกรณีเป็นผู้ป่วยเด็ก การหายของรอยโรคจะดีกว่าในผู้ใหญ่ ฟันแท้ที่ปลายรากยังไม่ปิด ซึ่งลอยอยู่ในถุงน้ำหรือถูกดันไปไกล ย่อมมีโอกาสค่อย ๆ โผล่ขึ้นในช่องปากได้ดี ฉะนั้นการรักษาถุงน้ำเดนติเจอร์สที่มีขนาดใหญ่ในผู้ป่วยเด็กโดยวิธีเปิดฝาเพื่อลดแรงดันของถุงน้ำน่าจะเป็นวิธีการรักษาที่เหมาะสมเพื่อที่จะเก็บฟันซี่ที่เกี่ยวข้องให้ค่อย ๆ ขึ้น¹⁰ ผู้ป่วยรายนี้ ทันตแพทย์ผู้ให้การรักษาไม่สามารถเก็บฟัน # 23 ซึ่งถูกดันขึ้นไปอยู่ในตำแหน่งสูงใกล้บริเวณปลายรากของฟัน # 26 ทั้ง ๆ ที่ได้มีการวางแผนร่วมกับทันตแพทย์จัดฟันใช้เครื่องมือเพื่อประคับประคองและค่อย ๆ ดึงฟันลงมาสู่ช่องปาก แต่เนื่องจากขณะเลาะควักถุงน้ำนั้น บริเวณคอฟัน # 23 ถูกยึดติดกับผนังถุงน้ำที่ถูกควักออกมาด้วย ทำให้ผู้ป่วยรายนี้ต้องสูญเสียฟันแท้สองซี่ตั้งแต่เยาว์วัย ซึ่งเป็นสิ่งที่ทันตแพทย์ต้องให้ความสนใจเป็นอย่างยิ่งเกี่ยวกับการให้ความรู้กับประชาชนด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก และแนะนำให้พบทันตแพทย์อย่างสม่ำเสมอหรืออย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ถ้าผู้ปกครองของผู้ป่วยรายนี้มีความสนใจในสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย และพาผู้ป่วยมาพบทันตแพทย์เมื่อพบว่ามีอาการของฟัน ทันตแพทย์ก็สามารถรักษาฟันซี่ที่ผุ โดยการอุดส่วนที่ผุ หรือให้การรักษารากฟันของฟันน้ำนม เพื่อป้องกันมิให้การอักเสบกระจายสู่ฟันแท้ ความพิการก็คงไม่ลุกลามกลายเป็นถุงน้ำเดนติเจอร์ส

สรุป

ถุงน้ำเดนติเจอร์สส่วนมากพบในผู้ใหญ่ พบได้น้อยในผู้ป่วยเด็กที่อายุต่ำกว่า 10 ปี บทความนี้เป็นรายงานผู้ป่วยเด็กอายุ 8 ปี ที่พบถุงน้ำเดนติเจอร์สขนาดใหญ่ที่ตำแหน่งฟัน # 22 และ # 23 ซึ่งเป็นตำแหน่งที่พบไม่บ่อยนัก สาเหตุของการเกิดถุงน้ำเดนติเจอร์สของผู้ป่วยรายนี้สันนิษฐานว่าเกิดจากการอักเสบที่ปลายรากของฟัน # 62 และฟัน # 63 การอักเสบลุกลามไปสู่ฟัน # 22 และ ฟัน # 23 ทำให้เกิดเป็นถุงน้ำเดนติเจอร์ส การรักษาผู้ป่วยรายนี้ด้วยวิธีควักออกให้หมดพร้อมถอนฟัน # 22 และ # 23 จากการติดตามผล 1 ปีไม่พบการกลับเป็นซ้ำอีก ถุงน้ำเดนติเจอร์สก็ไม่ปรากฏอาการให้เห็นในระยะแรกจนกว่าถุงน้ำจะโตมาก หรือมีการอักเสบติดเชื้อทันตแพทย์จึงมีบทบาทสำคัญในการที่จะตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาในระยะที่เหมาะสมทันตแพทย์ที่ก่อนที่ถุงน้ำจะนำ

ความพิการก่ออวัยวะข้างเคียงมากขึ้น หรือแปรสภาพเป็นเนื้องอก ภาพรังสีและการตรวจชิ้นเนื้อจะช่วยให้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง การรักษาการติดเชื้อของโพรงประสาทฟันน้ำนมเป็นวิธีที่จำเป็นเพื่อป้องกันการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพของฟันแท้

เอกสารอ้างอิง

1. Waal VD, Kwast VD. Oral pathology. Chicago : Quintessence Publishing, 1988 : 133-4.
2. Damm N, Bouquot A. Oral and maxillofacial pathology. 2nd ed. Philadelphia : Saunders, 2002 : 590-3.
3. Regezi JA, Sciubba JJ, Jordan RC. Oral pathology: Clinical pathological correlations. 4th ed. Philadelphia : Saunders, 2003 : 246-8.
4. Shear M. Cyst of the jaws : Recent advances. J Oral Pathol. 1985 ; 14 : 43-59.
5. Browne R. The pathogenesis of odontogenic cysts : a review. J Oral Pathol. 1975 ; 4 : 31-6.
6. Benn A, Altini M. Dentigerous cysts of inflammatory origin : a clinicopathologic study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1996 ; 81 : 203-9.
7. Daley TD, Wysocki GP. The small dentigerous cyst : a diagnostic dilemma. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 1995 ; 79 : 77-81.
8. Chuong R. Dentigerous cyst involving maxillary sinus : report of case. J Am Dent Assoc. 1984 ; 109 : 59-61.
9. Boyczuk MP, Berger JR. Identifying a deciduous dentigerous cyst. J Am Dent Assoc. 1995 ; 126 : 643-4.
10. Martinez-Perez D, Varela-Morales M. Conservative treatment of dentigerous cysts in children : a report of 4 cases. J Oral Maxillofac Surg. 2001 ; 59 : 331-4.
11. Shaw W, Smith M, Hill F. Inflammatory follicular cysts. J Dent Child. 1980 ; 47 : 288-90.
12. Brook AH, Wonters GB. Developmental arrest of permanent tooth germs following pulpal infection of deciduous teeth. Br Dent J. 1975 ; 1 : 9-11.

Dentigerous cyst associated with left maxillary lateral incisor and canine : a case report

Surin Tangsuphoom B.Sc., D.D.S., M.P.H.

Dental Division, Charoenkrung Pracharuk Hospital, Bangkok Metropolitan Administration

Abstract

This article is a case report of dentigerous cyst which involved the unerupted left maxillary lateral incisor and canine. The patient was a 8-year-old boy with an enlargement of the alveolar bone in the left anterior upper jaw, extending from left maxillary central incisor to left maxillary first premolar region. He was treated by extraction of the left deciduous lateral incisor and canine, and enucleation of the cyst together with removal of the unerupted left maxillary lateral incisor and canine. No recurrence of the cyst was observed after one year follow-up period by radiographic examination. The dentigerous cyst in this patient may be the result of chronic infection from the deciduous predecessor. Proper pulp therapy or extraction of the deciduous tooth with periradicular infection will usually result in resolution of the condition and avoid severe damage to the underlying permanent tooth germ.

(CU Dent J. 2007;30:43–50)

Key words: *dentigerous cyst; maxillary lateral incisor; maxillary canine*
