

Τοπική οδοντοδυσπλασία: Παρουσίαση περίπτωσης με οκταετή παρακολούθηση του ασθενούς

Κατερίνα Καββαδία*, Κωνσταντίνος Ι. Τόσιος**

Η τοπική οδοντοδυσπλασία (*regional odontodysplasia*) είναι μια ασυνήθιστη, άγνωστης αιτιολογίας διαταραχή της διάπλασης μονίμων ή και νεογιλών δοντιών ενός ημιμορίου των γνάθων. Γίνεται συνήθως αντιληπτή από την καθυστέρηση της ανατολής, την ανώμαλη κλινική εμφάνιση, και τη φλεγμονή ή νέκρωση των προσβεβλημένων δοντιών, τα οποία παρουσιάζουν χαρακτηριστική ακτινογραφική και μικροσκοπική εικόνα.

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της περίπτωσης ενός αγοριού 9 ετών με τοπική οδοντοδυσπλασία, το οποίο παρακολουθείται για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των οκτώ ετών. Η διαταραχή εντοπιζόταν στην πρόσθια περιοχή της δεξιάς άνω γνάθου και έγινε αντιληπτή εξαιτίας της καθυστέρησης της ανατολής των συστοίχων μονίμων δοντιών (κεντρικός και πλάγιος τομέας, κυνόδογτος, πρώτος προγόμφιος). Είκοσι οκτώ μήνες αργότερα, ο κεντρικός τομέας και ο πρώτος προγόμφιος παρουσίασαν ακτινογραφικά, σύγκλιση του ακρορριζικού τμήματος και επιμήκυνση της ρίζας, αντίστοιχα, ενώ ο πλάγιος τομέας ανέτειλε μερικώς τέσσερις μήνες αργότερα. Όλα τα δυσπλαστικά δόντια αφαιρέθηκαν χειρουργικά όταν ο ασθενής ήταν 14 ετών, αθώς κρίθηκε πως δεν ήταν δυνατή η αυτόματη ή υποβοηθούμενη ανατολή τους. Επιπλέον, προκαλούσαν διόγκωση της φατνιακής ακρολοφίας, η οποία περιόριζε το μεσοφραγματικό χώρο και εμπόδιζε την κατασκευή κινητής οδοντοστοιχίας για την εντιμετώπιση των αισθητικών και λειτουργικών προβλημάτων του ασθενούς.

ελληνικά στοματολογικά χρονικά 40: 19-24, 1996

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η τοπική οδοντοδυσπλασία (*regional odontodysplasia*) είναι μια ασυνήθιστη διαταραχή της διάπλασης των οδοντικών ιστών των μονίμων ή και των νεογιλών δοντιών

Λέξεις κλειδιά: Οδοντοδυσπλασία, τοπική, δοντιού ανωμαλίες, οδοντίνης δυσπλασία, υποπλασία αδαμαντίνης

* Λέκτωρ

** Διδάκτωρ Οδοντιατρικής

* Εργαστήριο Παιδοδοντίας, Τομέας Κοινωνικής Οδοντιατρικής και

** Εργαστήριο Στοματολογίας, Τομέας Παθολογίας και Χειρουργικής Στόματος, Οδοντιατρικό Τμήμα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Μέρος της εργασίας ανακοινώθηκε στο 7ο Συνέδριο της *European Society of Endodontology, Ισραήλ, 1995*

(1). Εμφανίζεται δύο φορές συχνότερα στις γυναίκες από τους άνδρες, και εκδηλώνεται κατά προτίμηση στην άνω γνάθο και τις πρόσθιες περιοχές (2). Προσβάλλει διαδοχικά δόντια του ίδιου ημιμορίου των γνάθων, χωρίς να αποκλείεται η παρεμβολή φυσιολογικών δοντιών μεταξύ των δυσπλαστικών ή η εκδήλωση της διαταραχής σε μεμονωμένα δόντια (2). Έχουν, επίσης, περιγραφεί περιπτώσεις οδοντοδυσπλασίας σε περισσότερα ημιμόρια της ίδιας γνάθου ή και των δύο γνάθων (2, 3).

Η τοπική οδοντοδυσπλασία γίνεται συνήθως αντιληπτή από την καθυστέρηση της ανατολής νεογιλών ή μονίμων δοντιών, την ανώμαλη κλινική εμφάνιση, και τη φλεγμονή ή νέκρωση των δυσπλαστικών δοντιών (1-4). Τα δόντια είναι υποπλαστικά, δυσχρωμικά, υπερασβετισμένα, με ανώμαλο σχήμα και επιφάνεια, και πολύ συχνά είναι έγκλειστα (2). Κύριο ακτινογραφικό εύρημα είναι η ασαφής εικόνα των δοντιών, που προκαλείται από τη μικρή διαφορά ακτινοσκιερότητας μεταξύ αδαμαντίνης και

οδοντίνη, και τον μεγάλο πολφικό θάλαμο που καταλήγει σε ευρύ ακρορριζικό τμήμα (2, 4). Τα δυσπλαστικά δόντια περιγράφονται χαρακτηριστικά σαν δόντια φαντάσματα (ghost teeth), και όταν είναι έγκλειστα, περιβάλλονται από υπερπλαστικά οδοντοθυλάκια που δίνουν ακτινογραφικά την εικόνα οδοντογενούς κύστης ή όγκου (5, 6).

Ιστολογικά, παρατηρούνται διαταραχές κυρίως στην αδαμαντίνη, την οδοντίνη, τον πολφό και το οδοντοθυλάκιο των εγκλείστων δοντιών (1, 2, 6). Η αδαμαντίνη είναι υποπλαστική και υπενασβεστωμένη, με ακανόνιστη διάταξη των πρισμάτων ή χωρίς πρισματική δομή. Η οδοντίνη παρουσιάζει ελαττωμένο αριθμό ή ανώμαλο πρότυπο διάταξης των οδοντινοσωληναρίων, άμορφες περιοχές, καθώς και σφαιρικές περιοχές χωρίς οδοντοσωληναρία που περιγράφονται σαν *μεσοσφαιρική οδοντίνη* (interglobular dentin). Στον πολφό, διακρίνονται πολφόλιθοι ή δομές που παρουσιάζουν οδοντίνη (denticles). Τα οδοντοθυλάκια των εγκλείστων δοντιών εμφανίζουν στροβιλοειδώς διατεταγμένες ινοβλάστες, νησίδια οδοντογενούς επιθηλίου και ενασβεστώσεις.

Σκοπός της εργασίας είναι η παρουσίαση της περίπτωσης ενός αγοριού 9 ετών με τοπική οδοντοδυσπλασία, το οποίο παρακολουθείται για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των οκτώ ετών, με έμφαση στη θεραπευτική αντιμετώπιση.

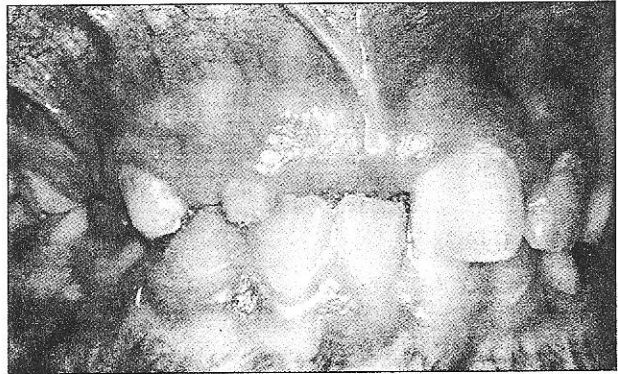
Περιγραφή περίπτωσης

Αγόρι 9 ετών παρουσίασε καθυστέρηση στην ανατολή των μόνιμων δοντιών της δεξιάς άνω γνάθου. Σύμφωνα με τη μητέρα του παιδιού, στην περιοχή είχαν ανατείλει ότα τα νεογιλά δόντια, από τα οποία δύο «τρίφτηκαν και έπεσαν γρήγορα», αλλά κανένα δεν αντικαταστάθηκε από μόνιμο δόντι.

Ο ασθενής ήταν το μικρότερο από τα δύο αδέρφια μιας οικογένειας, οι γονείς της οποίας ανέφεραν πως ήταν υγιείς και δεν σχετιζονταν συγγενικά. Γεννήθηκε μετά από ομαλή εγκυμοσύνη και φυσιολογικό τοκετό όταν η μητέρα ήταν 43 ετών. Δεν αναφερόταν νόσηση ή λήψη φαρμάκων από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Στο ιατρικό του αναμνηστικό περιλαμβάνονταν δύο «εμπύρετα επεισόδια» σε ηλικία 3 και 4 ετών, επανειλημμένα επεισόδια οξείας αμυγδαλίτιδας και αμυγδαλεκτομή. Δεν υπήρχε ιστορικό τραύματος, χειρουργικής επέμβασης ή θεραπευτικής ακτινοβολίας των γνάθων. Δεν περιγραφόταν, επίσης, ανάλογη διαταραχή στην οδοντοφυία των γονέων ή του αδελφού του ασθενούς.

Από την ενδοστοματική εξέταση, διαπιστώθηκε πως από τον οδοντικό φραγμό της άνω γνάθου έλειπαν τα δόντια 11, 12, 13 και 14 και υπήρχαν τα 52 και 53 (νεογιλός πλάγιος τομέας και κυνόδοντας αντίστοιχα) (Εικ. 1). Η μύλη του 52 ήταν ανώμαλη, ενώ ο 53 έμοιαζε μορφολογικά με τον 63. Και στα δύο δόντια (52, 53) υπήρχαν ακανόνιστες δυσχρωμικές, υποπλαστικές περιοχές. Η φατνιακή ακρολοφία στην περιοχή των 51-54 ήταν έντονα διογκωμένη. Οι 74 και 84 ήταν αγκυλωμένοι, ενώ στη γλωσσική επιφάνεια του 55 και στη μασητική επιφάνεια του 65 υπήρχαν τερηδόνες. Τα υπόλοιπα νεογιλά και μόνιμα δόντια

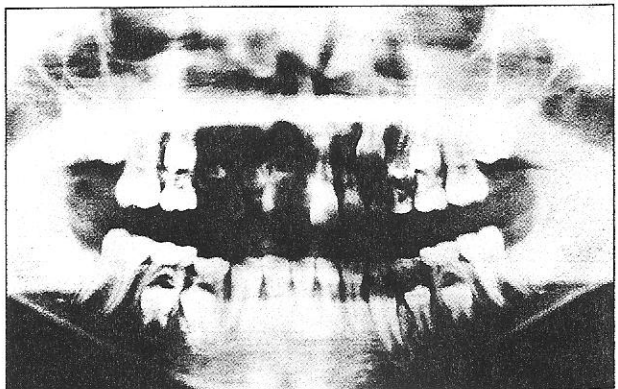
δεν εμφάνιζαν διαταραχές στο μέγεθος, το σχήμα, και το βαθμό ενασβεστώσης. Επίσης, δεν παρατηρήθηκαν αλλοιώσεις στα μαλακά μέρια της στοματικής κοιλότητας, καθώς και στην περιοχή της κεφαλής και του τραχήλου. Η σωματική διάπλαση του ασθενούς ήταν καλή.



Εικ. 1. Έλλειψη των μόνιμων δοντιών και παραμονή του νεογιλού πλάγιου τομέα και του νεογιλού κυνόδοντα στη δεξιά άνω γνάθο. Διακρίνεται η διογκωση της φατνιακής ακρολοφίας και ο περιορισμός του μεσοφραγματικού χώρου.

Το ορθοπαντομογράφημα έδειξε πως τα δόντια 11, 12, 13 και 14 που έλειπαν από το φραγμό ήταν έγκλειστα (Εικ. 2). Στις οπισθοφατνιακές ακτινογραφίες η μύλη των δοντιών ήταν υποπλαστική, με ανώμαλη μορφολογία, και οι ρίζες κοντές. Η πολφική κοιλότητα κατέλαμβανε το μεγαλύτερο μέρος της ρίζας και κατέληγε σε ανοικτό ακρορριζικό τμήμα. Οι οδοντικές ουσίες παρουσίαζαν χαμηλή ακτινοσκιερότητα, και δεν διακρίνονταν τα όρια οδοντίνης και αδαμαντίνης. Περιφερικά της μύλης των δοντιών εμφανίζονταν ακανόνιστες διαυγαστικές ζώνες, χωρίς ακτινοσκιερές περιοχές. Στους 52 και 53 παρουσίαζε ανάλογη μορφολογία με τον 63. Η ακτινοσκιερότητα των νεογιλών δοντιών ήταν μεγαλύτερη από των αντίστοιχων εγκλείστων μόνιμων και οι πολφικοί θάλαμοι δεν ήταν ευρείς. Τα υπόλοιπα δόντια των φραγμών δεν παρουσίαζαν αλλοιώσεις.

Τα κλινικά και ακτινογραφικά ευρήματα ήταν χαρακτηριστικά τοπικής οδοντοδυσπλασίας.



Εικ. 2. Πανοραμική ακτινογραφία των γνάθων. Διακρίνονται τα έγκλειστα δόντια στην δεξιά άνω γνάθο.

Για την αντιμετώπιση του άμεσου αισθητού προβλήματος του ασθενούς, τοποθετήθηκε ακίνητο ορθοδοντικό μηχανήμα τύπου flipper, που αντικαθιστούσε τον 11. Η αποκατάσταση όλων των ελλειπόντων δοντιών με κινητό μηχανήμα ή επένθετη οδοντοστοιχία δεν ήταν δυνατή, λόγω της διόγκωσης της φατνιακής απόφυσης που περιορίζει σημαντικά τον μεσοφραγματικό χώρο. Παράλληλα, έγινε τοπική εφαρμογή φθοριούχων, προληπτικές εμφράξεις των οπών και των σχισμών, και αποκατάσταση των τερηδόνων στους 55 και 65. Οι ασθενής ελεγχόταν κλινικά και ακτινογραφικά κάθε εξάμηνο, για την παρακολούθηση της απόπτωσης των νεογιλών δοντιών και του ρυθμού ανατολής των έγκλειστων μόνιμων.

Είκοσι οκτώ μήνες μετά από την αρχική εξέταση, ο 52 είχε αποπέσει και τα έγκλειστα δόντια δεν είχαν ανατείλει. Ακτινογραφικά, ο 11 παρουσίαζε σαφή σύγκλιση του ακρορριζικού τμήματος (Εικ. 3) και ο 14 αύξηση του μήκους της ρίζας (Εικ. 4). Τα υπόλοιπα έγκλειστα δόντια έδιναν την εντύπωση αύξησης του μήκους των ριζών και περιορισμού του εύρους της πολφικής κοιλότητας, αλλά το εύρημα αυτό δεν μπορούσε να τεκμηριωθεί αντικειμενικά λόγω της μη-τυποποιημένης τεχνικής λήψης των ακτινογραφιών. Στους 32 μήνες, είχε ανατείλει το κοπτικό τρίτημόριο της μύλης του 12, το οποίο ήταν υποπλαστικό. Για την υποβοήθηση της φυσικής ανατολής του δοντιού, έγινε μερική χειρουργική αποκάλυψη της μύλης, χωρίς αποτέλεσμα. Λόγω της μεγάλης καθυστέρησης στην ανατολή των εγκλειστων δοντιών και του σοβαρού αναισθητικού προβλήματος του ασθενούς, έγιναν χειρουργικές εξαγωγές των 11, 12, 13 και 14 σε ηλικία 14 ετών. Μετά από τις εξαγωγές ο όγκος της φατνιακής απόφυσης περιορίστηκε σημαντικά (Εικ. 5), οπότε έγινε δυνατή η κατασκευή κινητού μηχανήματος που αντικαθιστά όλα τα ελλείποντα δόντια. Ο ασθενής είναι σήμερα 16 ετών και προγραμματίζεται για μόνιμη προσθετική α-

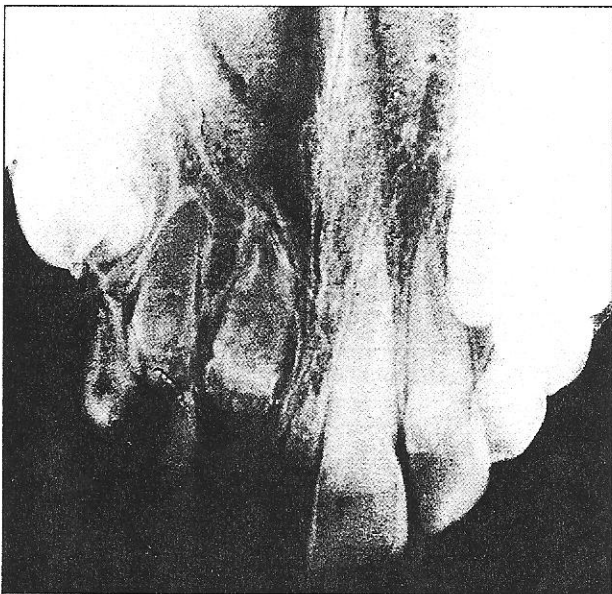
ποκατάσταση με εμφυτεύματα.

Τα δυσπλαστικά δόντια και οι περιβάλλοντες μαλακοί ιστοί μονιμοποιήθηκαν σε φορμόλη 10% και αφαλατώθηκαν σε υδατικό διάλυμα νιτρικού οξέος 7%. Σε τομές 5μχρωσμένες με αιματοξυλίνη και ηωσίνη, η οδοντίνη παρουσίαζε λίγα οδοντινοσωληνάρια σε ανώμαλη διάταξη, σφαιρικές αθροίσεις βασεόφιλου υλικού και άμορφες ηωσινόφιλες περιοχές (Εικ. 6). Η ζώνη της προσδοντίνης ήταν σαφής, αλλά ακανόνιστου εύρους. Ο πολφός είχε ακανόνιστο σχήμα και εμφάνιζε πολλά συμφορητικά τριχοειδή αγγεία, εστίες ενασβεστίωσης, και δομές που έμοιαζαν με την οδοντίνη. Στους μαλακούς ιστούς, διακρίνονταν ενασβεστίώσεις με τη μορφή μικρών σφαιρικών εστιών ή δοκίδων. Τα στοιχεία του οργανικού υποστρώματος της αδαμαντίνης ήταν ανεπαρκή για αξιολόγηση. Τα ιστολογικά χαρακτηριστικά ήταν ενδεικτικά τοπικής οδοντοδυσπλασίας.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η τοπική οδοντοδυσπλασία είναι μια ασυνήθιστη διαταραχή της οδοντοφυΐας. Μέχρι το 1995 είχαν δημοσιευθεί περίπου 125 περιστατικά (4), αν και είναι πιθανό πως πολλές περιπτώσεις δεν έχουν παρουσιασθεί ή δεν έχουν διαγνωσθεί σωστά (2, 6). Στην ελληνική βιβλιογραφία έχει περιγραφεί ως *εντοπισμένη* οδοντοδυσπλασία (7), όρος που δεν αποδίδει την έκταση της προσβολής του φραγμού.

Ο παθογενετικός μηχανισμός της τοπικής οδοντοδυσπλασίας δεν είναι γνωστός, ενώ δεν υπάρχουν τεκμηριωμένες περιπτώσεις οικογενούς εμφάνισης ή κληρονομικής μεταβίβασης της πάθησης (2, 4, 6). Έχουν γίνει συσχετίσεις με τοπικούς παράγοντες, όπως αγγειακές διαταραχές και τοπική ισχαιμία, ενεργοποίηση λανθάνοντος ιού στο οδοντογενές επιθήλιο, λοιμώξη ή τραυματι-



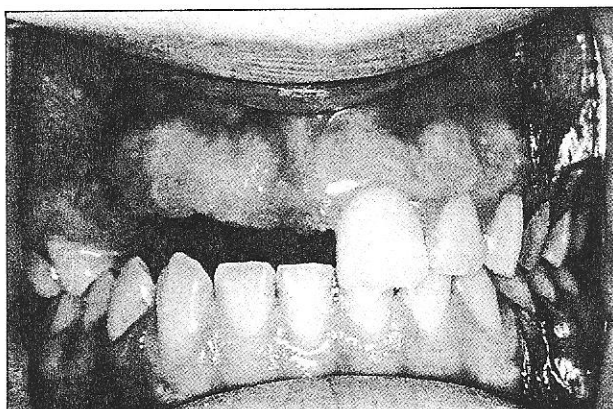
Εικ. 3. Ακτινογραφική εικόνα των δυσπλαστικών δοντιών 11 και 12 (α) στην αρχική εξέταση και (β) 28 μήνες αργότερα. Διακρίνεται η σύγκλιση του ακρορριζίου του 11.





Εικ. 4. Ακτινογραφική εικόνα των δυσπλαστικών δοντιών 13 και 14 (α) στην αρχική εξέταση και (β) 28 μήνες αργότερα. Διακρίνεται η αύξηση του μήκους της ρίζας του 14.

σμός, σωματική μετάλλαξη στην οδοντική ταινία, διαταραχές στη μετανάστευση και διαφοροποίηση των κυττάρων της νευρικής ακρολοφίας, ή συστηματικούς παράγοντες όπως διαταραχές του μεταβολισμού και βιταμινώσεις, ασυμβατότητα Rhesus, ακτινοβολήση της περιοχής κεφαλής-τραχήλου, και νόσηση ή λήψη φαρμά-



Εικ. 5. Υποχώρηση της διόγκωσης της φατνιακής ακρολοφίας στην περιοχή των 51-54 μετά την εξαγωγή των δυσπλαστικών δοντιών.

κων από τη μητέρα κατά την εγκυμοσύνη. Οι συσχετίσεις αυτές, όμως δεν έχουν ακόμα αποδειχθεί (1, 2, 4). Από το ιστορικό και την εξέταση του ασθενούς στην παρούσα περίπτωση, δεν προέκυψε σχέση της οδοντοδυσπλασίας με συγκεκριμένο αιτιολογικό παράγοντα.

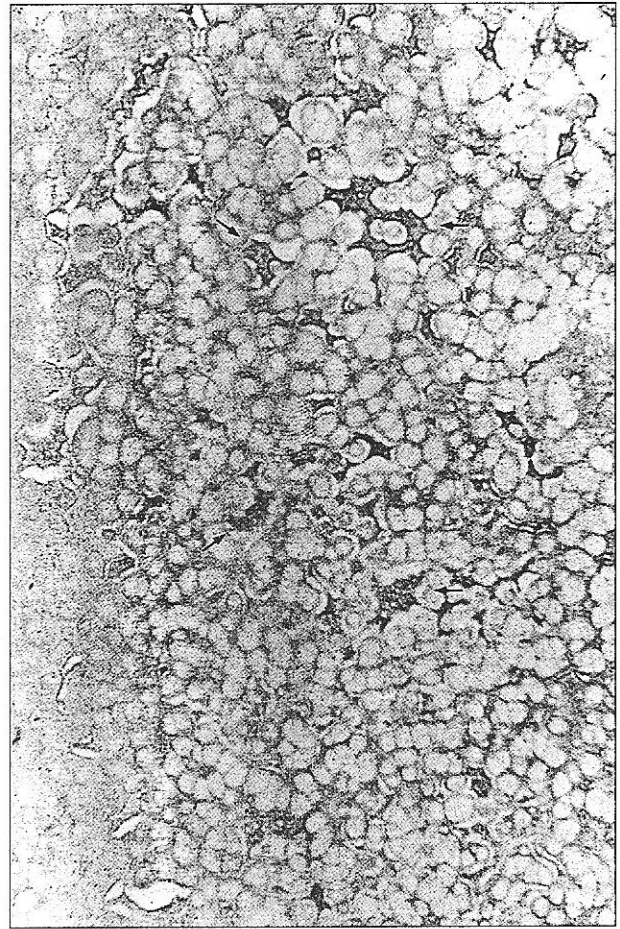
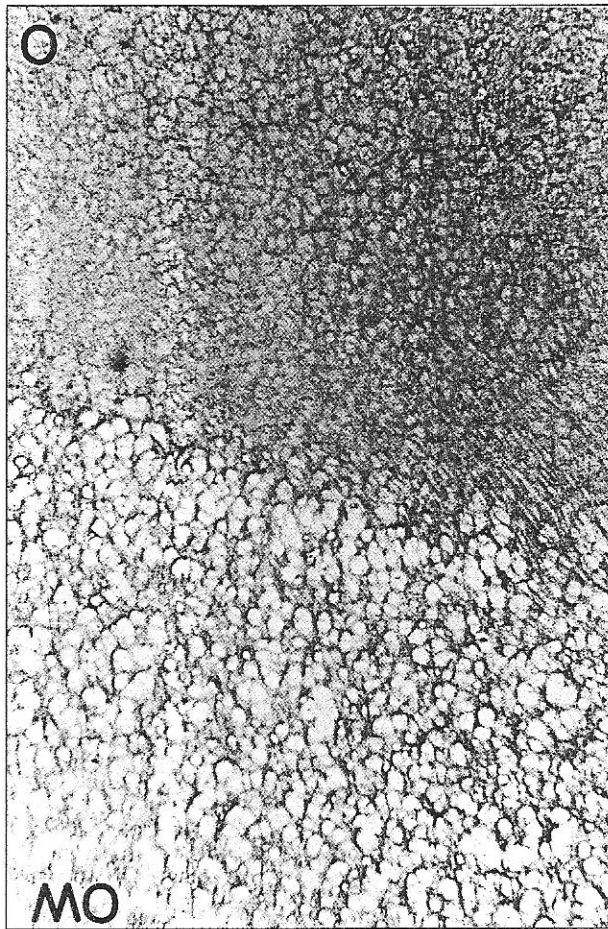
Στην περίπτωση που παρουσιάζεται, τα νεογιλά δόντια που είχαν διατηρηθεί στην προσβεβλημένη περιοχή των γνάθων ήταν δυσπλαστικά αν και ο κυνόδοντας ήταν μορφολογικά όμοιος με το αντίστοιχο φυσιολογικό δόντι του αντίθετου ημιμορίου. Επιπλέον, από το ιστορικό του ασθενούς εκτιμάται πως τα δύο νεογιλά δόντια που είχαν αποπέσει ήταν επίσης δυσπλαστικά. Πράγματι, η προσβολή των νεογιλών δοντιών συνοδεύεται από την εμφάνιση διαταραχών στα διάδοχα μόνιμα, ενώ η προσβολή των μόνιμων δεν προϋποθέτει διαταραχή των

πρόδρομων νεογιλών (2).

Η διαφορική διάγνωση της τοπικής οδοντοδυσπλασίας πρέπει να περιλαμβάνει την ατελή αδαμαντινογενεσία, την ατελή οδοντινογενεσία με ή χωρίς ατελή οστεογενεσία, την οδοντική δυσπλασία τύπου I και II, τα κελυφοειδή δόντια, την υποφωσφοτασία και την ραχίτιδα (2). Οι παραπάνω καταστάσεις προσβάλλουν το σύνολο του φραγμού, με διαφορές στο βαθμό προσβολής μεμονωμένων δοντιών, σε αντίθεση με την τοπική οδοντοδυσπλασία, όπου η προσβολή των φραγμών είναι κατά κανόνα περιορισμένης έκτασης. Κλινικές και ακτινογραφικές αλλοιώσεις των δοντιών ανάλογες της τοπικής οδοντοδυσπλασίας παρατηρούνται, επίσης, μετά από τραύμα ή οστεομυελίτιδα, αλλά τα προσβεβλημένα δόντια δεν παρουσιάζουν τα ιστολογικά χαρακτηριστικά της τοπικής οδοντοδυσπλασίας (2). Η ιστολογική διαφορική διάγνωση των μαλακών ιστών που περιβάλλουν τα δυσπλαστικά δόντια περιλαμβάνει τα πολλαπλά ενασβεστιούμενα οδοντοθυλάκια και το κεντρικό οδοντογενές ίνωμα, αλλά τα κλινικά και ακτινογραφικά ευρήματα επιτρέπουν τη διάκριση των βλαβών αυτών από την τοπική οδοντοδυσπλασία (8).

Δεν υπάρχει ομοφωνία ως προς τη θεραπευτική αντιμετώπιση της τοπικής οδοντοδυσπλασίας. Η δυσκολία λειτουργικής και αισθητικής αποκατάστασης των δυσπλαστικών δοντιών, καθώς και η μεγάλη πιθανότητα ανάπτυξης αποστήματος, συνηγορούν υπέρ της προληπτικής εξαγωγής τους (7, 9). Η παραμονή των δοντιών όμως, συμβάλλει στην ομαλή ανάπτυξη των γνάθων και τη διατήρηση του όγκου της φατνιακής ακρολοφίας (1, 3), ενώ έχει επίσης περιγραφεί αύξηση του μήκους των ριζών των προσβεβλημένων δοντιών και ανατολή μερικών από αυτά, αν και με βραδύτερο ρυθμό από τα αντίστοιχα φυσιολογικά (2, 6, 10).

Στον ασθενή της παρούσας περίπτωσης, δύο έγκλειστα δυσπλαστικά δόντια εμφάνισαν επιμήκυνση της ρίζας ή σύγκλειση του ακρορριζικού τμήματος, ενώ άλλο ένα ανέτειλε μερικός. Ωστόσο, η προσθετική αποκατάσταση των ελλειπόντων δοντιών, που έγινε επιτακτική με την είσοδο του ασθενούς, στην εφηβεία δεν ήταν εφικτή λόγω της διόγκωσης της φατνιακής ακρολοφίας και του



Εικ. 6. Μικροσκοπική εικόνα ανώμαλης οδοντίνης έγκλειστου δυσπλαστικού δοντιού. (α) Οδοντίνη (O) και μεσοσφαιρική οδοντίνη (MO). Διακρίνονται οδοντινοσωληνάρια στο όριο μεταξύ των δύο ουσιών (αιματοξυλίνη και ηωσίνη, αρχική μεγέθυνση x 25). (β) Άμορφο ηωσινόφιλο υλικό (βέλη) μεταξύ σφαιρικών αθροίσεων βασεόφιλου υλικού στη μεσοσφαιρική οδοντίνη (αιματοξυλίνη και ηωσίνη, αρχική μεγέθυνση x 32).

σημαντικού περιορισμού του μεσοφραγματικού χώρου. Επειδή δε, η διόγκωση των ούλων αποδίδεται στα υπερπλαστικά οδοντοθυλάκια των έγκλειστων δοντιών (4, 5), αποφασίστηκε η εξαγωγή όλων των δυσπλαστικών δοντιών. Πράγματι, μετά την εξαγωγή των δοντιών παρατηρήθηκε υποχώρηση της διόγκωσης, η οποία επέτρεψε την κατασκευή κινητού μηχανήματος χωρίς να απαιτηθεί ουλοπλαστική.

Η εξαγωγή του δυσπλαστικού δοντιού που είχε ανατεθεί μερικώς λόγω της στασιμότητας της φυσικής ανατολής, παρά την υποβοήθηση με ουλεκτομή (2). Η ορθοδοντική έλξη του δοντιού (2) δεν ήταν εφικτή, καθώς η υποπλαστική αδαμαντίνη ήταν εύθραυστη και δεν μπορούσαν να συγκολληθούν άγκιστρα. Τέλος, υπήρχε μεγάλη πιθανότητα πολφικής βλάβης και ανάπτυξης αποστήματος, από τη διείσδυση μικροβίων μέσω των υποπλαστικών οδοντικών ουσιών (6).

SUMMARY

Kavvadia C., DDS, M.Sc., Dr. Odont., Tossios C., DDS, Dr. Odont: *Regional odontodysplasia: Case report with 8-year follow up.*

hellenic stomatological review 40: 19-24, 1996

Regional odontodysplasia is an uncommon developmental anomaly of the dental tissues of unknown pathogenesis. Impaction or delayed eruption, bizarre clinical appearance and inflammation or necrosis of primary or permanent teeth, are the usual manifesting signs. The dysplastic teeth have a characteristic clinical radiographic and microscopic appearance. The management of individuals affected by regional odontodysplasia is questionable.

The case of a 9-year-old boy with regional odontodysplasia is presented. The defect involved the anterior region of the right maxilla, and manifested with fail of eruption of consecutive permanent teeth (central incisor, lateral

incisor, canine, first premolar). Twenty-eight months after the initial presentation, closure of the apical foramen of the central incisor and development of the root of the first premolar was observed, while the lateral incisor partially erupted four months later. The dysplastic teeth were surgically extracted at the age of 14, as no further tendency for eruption was seen in the meantime. Furthermore, the impacted teeth had caused swelling of the alveolar bone, which restricted the placement of a partial denture, exaggerating the patient's aesthetic and functional problems. Eight years after the initial presentation, the patient is scheduled for prosthetic restoration with dental implants.

Key words: regional odontodysplasia; tooth abnormalities; dentin dysplasia; dental enamel hypoplasia.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE: Oral and Maxillofacial Pathology. Philadelphia. W.B. Saunders Company, 1995: 90-91.
2. Crawford PJ, Aldred MJ: Regional odontodysplasia: a bibliography. J. Oral Pathol. Med. 1989, 18: 251-263..
3. Kahn MA, Hinson RL: Regional odontodysplasia. Case report with etiologic and treatment considerations. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1991, 72: 462-467.
4. Fanibunda KB, Soames JV: Odontodysplasia, gingival manifestations, and accompanying abnormalities. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 1996, 81: 84-88.
5. Gould AR, Farman AG, Marks ID.: Pericoronal features of regional odontodysplasia. J. Oral Med. 1984, 39: 236-242.
6. Gibbard PD, Lee KW, Winter GB: Odontodysplasia Br. Dent. J. 1973, 135: 525-532.
7. Αλεξανδρίδης Κ., Κακαράντζα - Αγγελοπούλου Ε., Φραγκίσκος Φ.: Οδοντικές ανωμαλίες στην εντοπισμένη οδο-ντοδυσπλασία. Οδοντοστοματολογική Πρόοδος 1993, 47: 227-231.
8. Gardner DG, Radden B.: Multiple calcifying hyperplastic dental follicles. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod. 1995, 79: 603-606..
9. Raez AG: Unilateral regional odontodysplasia with ipsilateral mandibular manformation. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1990, 69: 720-722.
10. Pinkham JR, Burkes EJJ: Odontodysplasia. Oral Surg. 1973, 36: 841-850.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε θερμά την κ. Ευτέρπη Μπαζοπούλου - Κυρκανίδου, Καθηγήτρια του Οδοντιατρικού Τμήματος, για τη βοήθεια της στην τεκμηρίωση της διάγνωσης.