

Multiple externe Wurzelresorptionen

Ein Fallbericht

F. Rathe¹, R. Nölken², D. Deimling¹, P. Ratka-Krüger¹

¹Abteilung für Zahnerhaltungskunde und Parodontologie, Albert-Ludwig-Universität Freiburg
²Privatzahnärztliche Praxis Dr. Robert Nölken, Lindau

Patient

Wir berichten über eine 38-jährige weibliche Patientin, die sich erstmalig 1999 auf Überweisung des Hauszahnarztes mit der Bitte um Wurzelspitzenresektion am Zahn 37 in der Praxis Dr. Nölken vorstellte. Im Verlauf von zwei Jahren zeigten sich an sechs Zähnen zervikale externe Wurzelresorptionen, von denen vier Zähne aufgrund stark ausgedehnter Defekte extrahiert werden mussten.

Klinischer und mikrobiologischer Befund

Der Zahn 37 wies eine apikale Aufhellung bei insuffizienter Wurzelkanalfüllung auf. Als Nebenbefund wurde eine auf den Molarenbereich lokalisierte chronische Parodontitis diagnostiziert (Abb.1).

Mikrobiologisch konnten alle Bakterien des roten Komplexes nachgewiesen werden (Abb.5). Mit *Campylobacter rectus* wurde ein Keim nachgewiesen, der eine Assoziation zur Parodontitis hat, aber nur selten vorkommt. Die Belastung durch den grünen Komplex kann als moderat eingestuft werden(((((((((((

Histopathologischer Befund

Das Exziscat aus regio 32,33 (Abb.7) zeigte ein Resorptionsgranulom mit weitgehend lytisch veränderten und destruierten Wurzelanteilen (Abb.8).

Abschlussbefund

Eine erneute mikrobiologische Untersuchung bestätigte die Elimination der parodontalpathogenen Keime (Abb.6). Weder klinisch noch radiologisch konnten neue Resorptionen festgestellt werden (Abb.9). Das Recall mit röntgenologischer Kontrolle erfolgt nun im Dreimonatsintervall.

Diskussion

Externe Wurzelresorptionen können durch mechanische oder chemische Verletzung der schützenden Gewebe und durch die Stimulation durch Druck oder Infektion entstehen (Fuss et al. 2003). Im vorgestellten Fall lag eine parodontale Infektion mit deutlich erhöhten parodontalen Markerkeimen vor. Inwieweit die durchgeführte Parodontitistherapie mit Handinstrumenten und Ultraschallinstrumentierung einen mechanischen Stimulus auslöste, kann abschließend nicht geklärt werden. Rodriguez Pato (2004) konnte eine Korrelation zwischen dem Schweregrad der Parodontitis und dem Ausprägungsgrad der zervikalen Resorptionen herstellen, was bei diesem Fall jedoch nicht gegeben ist. Eine mögliche Erklärung wäre hier in der Besonderheit des mikrobiologischen Befundes zu suchen. Auch Darbar und Jenkins (1993) beschreiben, dass externe Wurzelresorptionen multipel auftreten können.

Schlussfolgerung

Treten im Verlauf einer Parodontitistherapie Hartschubstanzdefekte auf, sollte an das Krankheitsbild der multiplen externen Wurzelresorptionen gedacht werden. Nur durch engmaschige klinische und röntgenologische Kontrollen können frühzeitig weitere Defekte festgestellt und behandelt werden.

Diagnose

Multiple externe Wurzelresorptionen

Behandlungsablauf

- Dezember 1999: Wurzelspitzenresektion und Wurzelkanalfüllung an Zahn 37.
- Juni 2000: PA-Befunderhebung, klinisch und röntgenologisch (Abb.1), nicht-chirurgische Parodontitistherapie.
- Januar 2001: Recallbefund mit deutlicher Reduzierung der Sondierungstiefen.
- April 2002: Erneute Überweisung der Patientin durch den Hauszahnarzt. **Die Zähne 36 und 37 waren durch externe Wurzelresorptionen subgingival auf Niveau des marginalen Knochens zerstört (Abb.2).**
- Mai 2002: Operative Entfernung der Zähne 36 und 37.
- August 2002: Implantatversorgung der Freisituation im linken Unterkiefer.
- August 2002 bis April 2003: Patientin stellt sich nur einmal zur Kontrolle vor.
- April 2003: Patientin erscheint mit diffusen Schmerzen im linken Unterkiefer. Das OPG zeigt reizfrei osseointegrierte Implantate und **externe Wurzelresorptionen der Zähne 34 und 35 mit subgingivaler Zerstörung bis unter das Knocheniveau (Abb.3).**
- Mai 2003: Entfernung der Zähne 34 und 35.
- Mai 2003 bis Juli 2004: Patientin bleibt erneut dem Recall fern.
- Juli 2004: Beratung wegen Implantatversorgung in regio 34. Neu angefertigtes OPG zeigt **externe Wurzelresorptionen an den Zähnen 32 und 33 (Abb.4).** Rezidiv einer chronischen Parodontitis.
- Nicht-chirurgische Parodontitistherapie unter systemischer Antibiose.
- Chirurgische Kronenverlängerung in regio 32 und 33 und restaurative Versorgung mit Kompositfüllung.

