



SÜT VE DAİMİ DİŞLERDE SÜRME PROBLEMLERİ: 4 OLGU SUNUMU

ERUPTION PROBLEMS IN THE PRIMARY AND PERMANENT TEETH: 4 CASE REPORT

Prof.Dr. Neşe AKAL*

Dr. Zeynep YILMAZ*

Doç.Dr. Mehmet BANİ*

Makale Kodu/Article code: 2869
Makale Gönderilme tarihi: 27.05.2016
Kabul Tarihi: 22.08.2016

ÖZ

Bu olgu sunumunun amacı; süt ve daimi dişlerin sürme ve düşme zamanlarındaki değişiklikler nedeni ile ortaya çıkan dört farklı olgu ve tedavi şekillerini sunmaktır. İlk olgu Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Kliniği'ne dilinde oluşan yara şikayetiyle getirilen 2 aylık bebeğin Riga-Fede sendromu teşhisi ile tedavi edilmesi anlatılmaktadır. İkinci olguda geç sürme şikayeti bulunan 6 yaşındaki erkek çocuğun gömülü 65 no'lu dişin erken çekiminin yapılması ve nedenleri belirtilmektedir. Üçüncü olguda süt dişlerinin düşmemesi şikayeti ile kliniğimize başvuran 10 yaşındaki kız çocuğun süpernumerer dişlerinin ve dentigeröz kistin tedavisi yer almaktadır. Son olguda ise 8 yaşındaki hastada odontomaya bağlı persiste süt dişinin ve odontomanın tedavileri sunulmaktadır. İlk olguda diş çekimi yapıldı ve kontrolde dildeki ülserasyonun tamamen iyileştiği, bebeğin beslenme sorununun ortadan kalktığı saptandı. İkinci olguda gömülü diş alındı ve çekim yeri yer tutucu ile korundu. Üçüncü olguda hem süt dişleri hem de süpernumerer dişler çekildi. 21 no'lu diş sürdürüldü ancak 11 no'lu dişe bağlı kist varlığı tespit edildi. Kist alınarak daimi dişin sürmesi sağlandı. Son olguda kompaund odontoma ve persiste süt dişi çıkartıldı. 9. ay kontrolünde 11 no'lu dişin sürememesi sonucu insizyon ile sürmesi sağlandı. Diş hekimlerinin süt ve daimi dişlerin sürme ve düşme zamanlarındaki problemleri erken teşhisi etmesi, çocuğun diş tedavilerinin prognozunda önemli rol oynamaktadır. **Anahtar Kelimeler:** Sürme gecikmesi, Riga-Fede sendromu, persiste süt dişi, odontoma, dentijeröz

ABSTRACT

The aim of this case report is to describe four different cases caused by the changes in the eruption and exfoliation dates of the primary teeth and the treatment methods. The first case describes Riga-Fede syndrome diagnoses and treatment of a 2-month-baby admitted to the Gazi University Faculty of Dentistry Department of Pediatric Dentistry with complaint of tongue injuries. The second case is about early extraction of impacted tooth 65 with the causes, which is mentioned in 6-year-old boy with a complaint of delayed eruption. The third case describes treatment of supernumerary teeth and dentigerous cyst in 10-year-old girl admitted to our clinic with the complaint of non-exfoliation. In the last case, the treatment of odontoma and persisted primary teeth due to odontoma in 8-year-old girl. In the first case tooth extraction was performed. Follow-ups revealed that ulcers completely healed in the tongue and the baby's nutritional problems disappeared. In the second case, the impacted tooth was extracted, and its space was protected by placeholders. In the third case both primary and supernumerer teeth were extracted. Eruption of tooth 21 was achieved; but a cyst relative to the teeth 11 was detected. The cyst was extracted and then permanent tooth was provided to erupt. In the last case compound odontoma and persistent primary teeth were removed. Because of non eruption even in 9-month follow-up, tooth 11 was allowed to eruption by incision. Dentist plays an important role in the prognosis of the child's dental treatment by early detection of exfoliation timing problems in primary and permanent teeth. **Keywords:** Delayed eruption, Riga-Fede syndrome, persistant primary teeth, odontoma, dentigerous cyst, mesiodens.

* Gazi Üniveristesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı , Ankara



GİRİŞ

Süt dişlerinin sürmesi ve ardından düşmeleriyle daimi dişlerin sürmesi birbirini takip eden, yaşa ve çocuğa özel süreçlerdir. Çoğu ebeveynin endişeye kapıldığı bu süreçler ırk, etnik köken, cinsiyet ve bireysel faktörlere bağlı olarak değişiklikler gösterebilir. Bunların dışında süt dişlerinin normal sürme ve düşme süreçlerinin dışına çıkılması lokal veya sistemik bir patolojinin belirtisi olabilir, zamanında fark edilip gerekli önlemler alınmadığında ve tedavileri yapılmadığında çeşitli komplikasyonlara yol açabilir^{1,2}.

Süt dişlerinin erüpsiyonu doğum sonrası ortalama altıncı ayda başlar ve otuz altıncı ayda tamamlanır. Doğumda (natal diş) veya doğumdan itibaren otuz gün içerisinde (neonatal diş) bir veya daha fazla dişin sürdüğü durumlara da karşılaşılabılır³. Bu dişlerin mobilitesi, beslenme sırasında yutulma ve **aspire edilme** riskini getirir. Ayrıca dişlerin keskin kesici kenarları dilin ventral yüzeyinde ülserasyonlara sebep olduğunda çocukta beslenme problemi yaratır^{4,5}.

Gömülü dişler ise; sürme zamanı geçtiği halde kısmen ya da tamamen kemik ve yumuşak doku içinde kalarak oklüzyonda yerini alamamış dişlerdir⁶. Süt dişlerinin gömülü kalmasına 1:100.000 oranında ve daimi dişlere göre oldukça nadir rastlanır^{7,8}. Sıklıkla 2. süt molar ve süt orta kesici dişlerde görülür⁹. Bazı durumlarda ise süt dişleri değişim zamanı gelmesine rağmen ağızda bulunabilmektedir. Bu durum persiste süt dişi olarak adlandırılır. Daimi dişin konjenital eksikliği, gömülü kalması, germin yer değiştirmesi, süt dişinin altında kist, odontoma, tümör gibi bir patolojinin olması, daimi **dentisyonda parsiyel veya total mikrodonti**, ankiloz durumları süt dişlerinin persiste kalmasına neden olabilmektedir¹⁰.

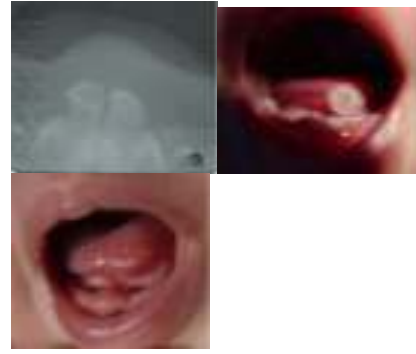
Bu olgu sunumunda; süt dişlerinin erken sürdüğü, gömülü kaldığı ve farklı nedenlerle persiste kaldığı dört olgu üzerinde durulmuş ve **uygulanan** tedavi yöntemleri açıklanmıştır.

OLGU SUNUMU

OLGU 1 (Erken Erüpsiyona Bağlı Riga-Fede Sendromu)

İki aylık kız bebek Gazi Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Pedodonti Anabilim Dalı Kliniği'ne dilinde oluşan bir yara şikayetiyle getirildi. Alınan anamnezde bebeğin iki haftalıkken 71 no'lu dişinin sürdüğü ve sonrasında beslenme sırasında emmede zorluk ve

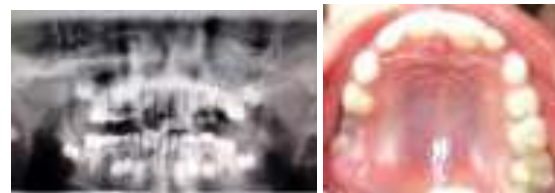
uyku problemleri yaşadığı öğrenildi. Yapılan muayenede dilin ilgili dişe komşu bölgesinde ülseratif alan varlığı ve dişte mobilite tespit edildi (Resim 1a,b). Süren dişin dilde ülserasyona sebep olmasıyla karakterize **Riga Fede** sendromu teşhisi konuldu. Radyografik değerlendirmede kökleri gözlenmediği için aspirasyon riski nedeni ile dişin çekimine karar verildi. Diş çekiminden bir hafta sonraki kontrolde dildeki ülserasyonun tamamen iyileştiği, bebeğin beslenme sorununun ortadan kalktığı ve uykusunun düzene girdiği saptandı (**Resim 1c**).



Resim 1a,b,c. Riga-Fede sendromlu hastanın teşhis ve tedavi sonrası görünümü

OLGU 2 (Gömülü Süt Dişi)

6 yaşındaki erkek çocuk maksiller süt azı dişinin sürmemesi şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Hastadan alınan anamnezde 65 no'lu dişinin sürmediği ve herhangi bir sistemik hastalığı bulunmadığı öğrenildi. Hastanın ağız içi muayenesinde ilgili bölgede mukoza perforasyonu olduğu ve gıda artıklarının birikimi görüldü (Resim 2a). Alınan radyografide 65 no'lu dişin gömülü kaldığı ancak mukozadaki perforasyon nedeniyle ağız ortamıyla ilişkili olduğu, dişin oklüzal yüzünde çürük oluştuğu tespit edildi (Resim 2b). Hastanın herhangi bir ağrı şikayeti olmamasına rağmen gelişebilecek bir enfeksiyona karşı gömülü diş alındı ve operasyondan sonra 26 no'lu diş erüpsiyonunu takiben bölgeye sabit yer tutucu yapıldı.



Resim 2a,b. Sürme gecikmesi bulunan hastanın teşhis görüntüleri

OLGU 3 (Süpernümerer Dişe Bağlı Persiste Süt Dişi)

10 yaşındaki kız çocuğu maksiller kesici dişlerinin değişmemesi şikayetiyle kliniğimize başvurdu (Resim 3a). Hastanın ağız içi muayenesinde üst çenede 51 ve 61 no'lu dişlerin mevcut olduğu ve alınan radyografide maksiller ön bölgede iki adet süpernümerer diş bulunduğu gözlemlendi (Resim 3b). Süpernümerer dişler alındı. Kesici dişlerin kök uçları radyografik olarak kapanmış görünmesine rağmen yaklaşık dört ay sonra 21 no'lu dişin erüpsiyon görüldü (Resim 4c). Ayrıca 11 no'lu dişin kronunu çevreleyen bir kist tespit edildi (Resim 4d) ve dişin etrafında sağlıklı kemik oluşması için çıkartıldı. Aynı zamanda, 21 no'lu dişin erüpsiyon yönünün farklı olması nedeni ile hastanın ortodontik tedavi görmesine karar verildi.



Resim 3a,b,c,d. Süpernümerer dişlerle birlikte görülen kist teşhisi ve tedavi görüntüleri

OLGU 4 (Odontomaya Bağlı Persiste Süt Dişi)

Kliniğimize başvuran 8 yaşında erkek hasta anamnezinde 21 no'lu dişinin yaklaşık bir yıl önce erüpte olmasına rağmen 51 no'lu dişinin halen ağızda olduğu görüldü (Resim 5a). Radyografik muayenede 51 no'lu dişin kökünün 3/4'ünün rezorbe olduğu, 11 no'lu dişin kronu hizasında ise radyoopak bir yapı gözlemlendi (Resim 5b). İlgili bölgenin cerrahi operasyonundan sonra alınan biyopsinin patoloji raporunda radyoopak yapının kompaund odontoma olduğu tespit edildi. Operasyondan sonra hasta 9. ayda mukoza kalınlaşması gözlenen bölgede insizyon yapılarak 11 no'lu dişin erüpsiyonu kolaylaştırıldı (Resim 5c,d). 10 ay. kontrolünde dişin hipoplazili olarak erüpte olduğu izlendi (Resim 5e).



Resim 5a,b,c,d,e. Odontomaya bağlı persiste süt dişi teşhis ve tedavi görüntüleri

TARTIŞMA

İlk olguda doğumdan 2 hafta sonra süren bir neonatal diş ve buna bağlı olarak gelişen Riga-Fede Sendromu izlenmiştir. Genel populasyonda süt dişlerinin doğumda sürmüş olması ya da doğumu takiben ilk 30 gün içerisinde sürmesinin 1:1000'den 1:3000'e kadar değişen oranlarda olduğu, her iki cinsiyetin eşit olarak etkilendiği ve natal dişlerin neonatal dişlerden 3 kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir¹¹. Etiyolojisinde; Narang ve arkadaşları¹² dil frenulumunun patolojisi ile ilgili olabileceğini belirtmiş, Tang ve arkadaşları¹³ ise travmanın tek etken faktör olmadığını, viral ve toksik ajanların mukozaya ve travmatik bölgeye penetrasyonu ile iltihabi reaksiyona ve doku kaybına sebep olduğunu belirtmişlerdir. Mikroskopik bulgularda lenfositlerle birlikte eozinofil, makrofaj, plazma ve mast hücreleri gözlemlenmiştir. Bu dişlerin genellikle hipoplastik bir minesine sahiptir, yetersiz kök gelişimi nedeniyle mobil dirlir. En önemli komplikasyonu dişin keskin kesici kenarının sürekli travma sonucu dilin ventral yüzeyinde oluşturduğu ülserasyondur. Dilin ventral yüzeyinde başlayan ülser alan tekrarlayan travma sonucu genişler, ülseratif granulom görüntüsü ile fibröz bir kitleye dönüşür. Bebekte ağrı nedeni ile emme gücü ve dehidratasyon, beslenme ve uyku problemleri görülür. Bu durum Riga-Fede Sendromu olarak adlandırılır. Tedavisinde travmayı minimize etmesi amacıyla keskin kenarların polisaj frezleri veya disklerle düzleştirilmesi, insizal kenarın küçük bir kompozit restorasyonu, dişlerin üzerine mouthguard yerleştirilmesi, beslenme alışkanlığının ve şeklinin değiştirilmesi, ağrıyı gidermek için hyalüronik asit içerikli kremlerin ve oral dezenfektanların kullanılması, dişin çekilmesi ve lezyon geçmezse eksizyon biyopsisi ile çıkartılması önerilmektedir¹⁴⁻¹⁸.

Sunulan olgunun radyografik değerlendirmesinde neonatal dişin süt dişi olduğu, dilde ülserasyona sebep olması ve sınıf 2 mobilitesi olduğu için diğer tedavi seçenekleri düşünülmemiş ve çekimi yapılmıştır. Bir hafta içerisinde lezyonun iyileştiği gözlenmiş, çocuğun **beslenmesinin ve uykusunun** düzene girdiği belirlenmiştir.

İkinci olguda zamanında süremeyen bir süt dişi söz konusudur. Gömülülük dişin ya hiç sürememesi ya da sürmeye başladıktan sonra gömülü kalması şeklinde gelişir. Sürmemiş veya yarı gömülü kalmış dişlere çoğunlukla daimi dişlenmede rastlanır. Süt kesici dişlerin gömülü kalması estetik, konuşma ve çiğneme problemleriyle birlikte çocuk ve ebeveyni psikolojik olarak etkilemektedir. Ayrıca gömülü süt dişleri yer kaybı, komşu dişlerin devrilmesi, antagonist dişlerin suprapozisyonu ve gömülü dişin altındaki daimi dişin yer değiştirmesi gibi çeşitli problemlere de sebep olabilmektedir¹⁹⁻²¹. Süt dişlerinin ankilozu sıklıkla bu dişlerin gömülü kalmasına neden olarak gösterilmektedir²². **Travma, periodontal ligamentte yaralanma, konjenital** olarak daimi diş eksikliği, dentigeröz kist, daimi diş germinin anomalisi, **periodontal membranda defekt**, erken süren daimi birinci molar, hatalı sürme kuvvetleri ya da bu faktörlerin kombinasyonları da etken olarak gösterilebilmektedir²³⁻²⁴. Ayrıca odontoma benzeri sert doku anomalileri, miksofibroz hiperplazi ve ameloblastik fibroma gibi yumuşak doku değişiklikleri ile sürme yolunun mekanik olarak engellenmesi veya o bölgedeki sinir aktivitesinde meydana gelen geçici değişiklikler gibi kazanılmış nedenler süt dişlerinin gömülü kalma potansiyelini arttıran nedenler arasında gösterilmektedir²². **Sistemik olarak da endokrin bozuklukları**, organ gelişim problemleri, metabolik hastalıklar, ilaçlar, beslenme yetersizliği ve bazı genetik faktörler sayılabilir^{24,25}. Bir dişin gömülü olduğuna karar vermek için dişin marjinal sınırları komşu dişin marjinal sınırından 0.5 mm aşağıda olmalıdır. Gerçek gömülü kalma nadir görülen bir durumdur. Aşamalı olarak oklüzal kontakt kaybı ve gömülü süt dişlerinin üzerindeki alveoler kemikten daha fazla yükselememesi sonucu görülür. Buna karşın, komşu daimi diş sürer, o bölgedeki alveoler oluşum oklüzale doğru hareket eder ve gömülü diş tamamen oral dokularla kapatılmış olur²².

Gömülü süt dişlerinin tedavisi için erken çekim önerilmektedir^{25,26}. Ancak erken çekimin yer kaybına sebep olacağı için yapılacak tek seçenek olmadığı da

bildirilmektedir. Karaçay ve arkadaşları²⁷ gömülü maksiller II. süt moların çekiminden sonra daimi moları **distalize** etmek için headgear kullanmışlardır. Altay ve Cengiz²⁰ ise yer kazanmak için hareketli bir aparey uygulamışlardır. Sunulan 2. olguda hastanın medikal veya ailesel bir hikayesinin olmaması, simetriğinin normal sürmüş olması sistemik etiyolojik faktörleri **elimine** etmiştir. Süt dişinin çekimini takiben zaten sürmekte olan daimi 1. büyük azı dişi çok kısa sürede uygun pozisyona geldiği için yer kazanma ihtiyacı olmadan sabit yer tutucu yapılmıştır.

Üçüncü olguda 10 yaşında bir çocuk hastada mevcut süt kesici dişler söz konusudur. Radyografik incelemede süt dişlerinin altındaki süpernümerer dişlerin varlığının daimi kesici dişlerin sürmesini engellediği gözlenmiştir. Süpernümerer dişe bağlı daimi kesici dişlerin sürmemesi klinikte sık karşılaşılmayan bir durumdur. Maksiller santral kesici dişler bölgesinde lokalize olmuş süpernümerer dişler mesiodens olarak adlandırılır. Görülme sıklığı %0.15-%1.9 arasındadır, tek veya çift olarak oluşabilir^{28,29}. Kazancı ve arkadaşları³⁰, 3351 Türk çocuğunda yaptıkları bir çalışmada %0.3 oranında mesiodens varlığı göstermişlerdir. En sık komplikasyonları sürmemiş daimi kesici dişin gömülü kalması veya ektopik erüpsiyon, çapraşıklık, diastema, oklüzal problemler, çürük ve periodontal problemlerdir³¹. Daha az görülenler ise nekroz, kök açılanması, daimi kesici dişin kök rezorpsiyonu, nazal kaviteye doğru sürmesi ve dentigeröz kist oluşumudur. Çok sayıda meziodens olması ise bazı kraniofasial hastalıklarla ilişkili olabilmektedir. Etiyolojisinde diş tomurcuklarının eşit veya farklı büyüklükte bölünmesi yada dental laminanın lokalize ve bağımsız olarak hiperaktivitesi, genetik ve çevresel faktörler gösterilmektedir³². Süpernümerer dişlerin varlığı, sayısı, pozisyonu, komşu dişle ilişkisi, oklüzal plana ve gömülü dişe olan uzaklığı **radyografik olarak dikkatlice incelenmelidir ve bekleme** sürecinde 2-3 ayda bir kontrole çağrılarak hasta takip **edilmelidir**³³.

Üçüncü olguda tedavi protokollerinde önerildiği şekilde süt dişleri ve mesiodensler alınarak daimi kesici dişlerin sürmesi beklenmiştir. Ancak 21 no'lu dişin sürme yönü değişmiş, 11 no'lu dişin kronunda kist oluşumu gözlenmiştir. Her iki durum da mesiodens varlığına bağlı gelişen komplikasyonlardır. Süpernümerer dişle ilgili dentigeröz kist oluşumu %2.7-%11 **olarak bildirilmiştir**³⁴. Dentigeröz kistler sıklıkla sürmemiş gömülü diş veya süpernümerer diş ile birlikte



gözlenir³⁵. Mesiodensin erken fark edilerek gerektiğinde multidisipliner tedavisi sert ve yumuşak dokuların korunması için yararlıdır. Hastamız geç evrede geldiği için bu komplikasyonlar izlenmiştir. Russel ve arkadaşları³⁶ mesiodensin erken karışık dişlenme döneminde çekilmesinin dişlerin düzgün sıralanmasında ve ortodontik tedavi ihtiyacını en aza indirmekte yararlı olacağını belirtmişlerdir.

Dördüncü olguda odontomaya bağlı sürme anomalisi görülmektedir. Odontomaların etyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Süt dentisyonda oluşan lokal travma, enfeksiyon, aile hikayesi, herediter anomaliler, odontoblastik hiperaktivite veya genetik mutasyonlar sayılabilmektedir. Avrupa ve Amerika'da yapılan çalışmalar en sık görülen odontojenik tümörlerin erüpsiyon anomalileri ile birlikte olduğunu göstermiştir^{36,37}. Odontojenik tümörler çoğunlukla maksiller anterior bölgede kompaund ve mandibulada posterior bölgede kompleks odontomalar şeklinde bulunurken dental **arkta herhangi bir lokalizasyonda da bulunabilirler**³⁸.

Odontomalar maksillanın en sık görülen odontojenik tümörleridir, yavaş büyümesi ve bening olması ile karakterizedir. Diş benzeri yapılar içerir, küçük, **asemptomatik ve rutin radyografik kontrollerde fark edilirler**³⁹. Sunulan olguda maksiller daimi sağ üst daimi santral dişin sürmesine rağmen sol üst süt santral dişin halen ağızda olması üzerine başvuran hastada alınan radyografi sonucunda süt dişinin altında kompaund odontoma olduğu tespit edilmiştir. **Odontomaların erken teşhisi ve erken müdahalesi dişin prognozunda önemli rol oynar.** Erken tedavi ile gömülü kalan dişin yeniden fizyolojik erüpsiyonu sağlanmış olur. Bu tip durumlarda gömülü dişin normal sürme zamanı ve erüpsiyon yolunu korumak amacıyla konservatif bir cerrahi yaklaşım önerilir^{40,41}.

SONUÇ

Sunulan olgular diş hekiminin süt ve daimi dişlerin sürmeleri sırasında her gün karşılaşılabileceği problemler değildir. Bu tür anomalilerin erken teşhisi ve tedavisi ileride oluşabilecek komplikasyonları en aza indirecek ve düzgün bir oklüzyonun kurulmasına katkı sağlayacaktır.

Neşe Akal, ORCID ID:0000-0001-5516-4772
Zeynep Yılmaz, ORCID ID:0000-0002-20172438
Mehmet Bani, ORCID ID:000-0003-4676-1481

KAYNAKLAR

1. Kuroi J. Early treatment of tooth-eruption disturbances. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2002;121:588-91.
2. Rhoads SG, Hendricks HM, Frazier-Bowers SA. Establishing the diagnostic criteria for eruption disorders based on genetic and clinical data. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2013;144:194-202.
3. Massler M, Savara BS. Natal and Neonatal teeth. A review of twenty four cases reported in the literature. *J Pediatr* 1950;36:349-59.
4. Baldiwala M, Nayak R. Conservative Management of Riga-Fede Disease. *J Dent Child* 2014;81:103-6.
5. Uzamış M, Turgut M, Ölmez S. Neonatal Sublingual Traumatic Ulceration (Riga-Fede Disease). *Turk J Pediatr* 1999;41:113-6.
6. Bianchi SD, Rocuzzo M. Primary impaction of primary teeth: A review and report of three cases. *J Clin Pediatr Dent* 1991;15:165-8.
7. Aren G, Ak G, Erdem T. Inverted impaction of primary incisors: A case report. *ASDC J Dent Child* 2002;69:275-6.
8. Sharma A, Sood PB, Singh A, Sachdeva S. Management of a rare case of impacted primary central incisors in a 3-year-old child. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2012;30:271-4.
9. Otsuka Y, Mitomi T, Tomizawa M, Noda T. A review of clinical features in 13 cases of impacted primary teeth. *Int J Paediatr Dent* 2001;11:57-63.
10. Aktan AM, Kara İ, Şener İ, Bereket C, Çelik S, Kırtay M, Çiftçi ME, Arıcı N. An evaluation of factors associated with persistent primary teeth. *Eur J Orthod* 2012;34:208-12.
11. Rao RS, Mathad SV. Natal teeth: Case report and review of literature. *J Oral Maxillofac Pathol* 2009;13:41-6.
12. Narang T, De D, Kanwar AJ. Riga-Fede disease: trauma due to teeth or tongue tie? *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2008;22:395-6.
13. Tang TT, Glichlich M, Hodach AE, Oechler HW, McCreadie SR. Ulcerative eosinophilic granuloma of the tongue: A light- and electron-microscopic study. *Am J Clin Pathol* 1981;75:420-5.
14. van der Meij EH, de Vries TW, Eggink HF, de Visscher JG. Traumatic lingual ulceration in a newborn: Riga-Fede disease. *Ital J Pediatr* 2012;38:20.
15. Valpato LE, Simoes CA, Simoes F, Nespolo PA, Borges AH. Riga-Fede disease associated with



- natal teeth: Two different approaches in the same case. *Case Rep Dent* 2015;234961.
16. Costacurta M, Maturo P, Docimo R. Riga-Fede disease and neonatal teeth. *Oral Implantol (Rome)* 2012;5:26-30.
17. Hegde RJ. Sublingual traumatic ulceration due to neonatal teeth (Riga-Fede disease). *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2005;23:51-2.
18. Baghdadi ZD. Riga-Fede disease: association with microcephaly. *Int J Paediatr Dent* 2002;12:442-5.
19. Karaçay Ş, Aykan OA, Aykan F, Tüzüner T. Impacted Deciduous Mandibular second molar positioned inferior of impacted second premolar. *Gülhane Med J* 2014;56:114-6.
20. Altay N, Cengiz SB. Space-regaining treatment of a submerged primary molar: a case report. *Int J Paediatr Dent* 2002;12:286-9.
21. Zengin AZ, Sumer AP, Karaaslan E. Impacted primary tooth and tooth agenesis: a case report of monozygotic twins. *Eur J Dent* 2008;2:299-302.
22. Kara Mİ, Ezirganlı Ş, Kirtay M, Sarı F. Gömülü süt ikinci azı dişine bağlı olarak meydana gelen perikoronitis vakası. *Cumhuriyet Üni Diş Hek Fak Derg* 2009;12:132-4.
23. Matsuyama J, Kinoshita-Kawano S, Hayashi-Sakai S, Mitomi T, Sano-Asahito T. Severe impaction of the primary mandibular second molar accompanied by displacement of the permanent second premolar. *Case Rep Dent* 2015;582462.
24. Bianchi SD, Rocuzzo M. Primary impaction of primary teeth: a review and report of three cases. *J Clin Pediatr Dent* 1991;15:165-8.
25. Miyanaga M, Takei K, Maeda T. Observation of a child with multiple submerged primary teeth. *ASDC J Dent Child* 1998;65:495-8.
26. Biederman W. The problem of the ankylosed tooth. *Dent Clin North Am* 1968;409-24.
27. Karaçay Ş, Güven G, Başak F. Treatment of space loss caused by submerged maxillary second primary molar. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2007;25:36-8.
28. Kazancı F, Çelikoğlu M, Ceylan İ. Süpernümerer diş sebebiyle gömülü kalmış bir maksiller santral dişin ortodontik tedavisi. *Atatürk Üni Diş Hek Fak Derg* 2009;19:187-91.
29. Ayers E, Kennedy D, Wiebe C. Clinical recommendations for management of mesiodens and unerupted permanent maxillary central incisors. *Eur Arch Paediatr Dent* 2014;15:421-8.
30. Kazancı F, Celikoglu M, Miloglu O, Yildirim H, Ceylan I. The frequency and characteristics of mesiodens in a Turkish patient population. *Eur J Dent* 2011;5:361-5.
31. Kalaskar RR, Kalaskar AR. Multidisciplinary management of impacted central incisors due to supernumerary teeth and an associated dentigerous cyst. *Contemp Clin Dent* 2011;2:53-8.
32. Mukhopadhyay S. Mesiodens: a clinical and radiographic study in children. *J Indian Soc Pedod Prev Dent* 2011;29:34-8.
33. Rallan M, Rallan NS, Goswami M, Rawat K. Surgical management of multiple supernumerary teeth and an impacted maxillary permanent central incisor. *BMJ Case Rep* 2013;009995.
34. Asaumi JI, Shibata Y, Yanagi Y, Hisatomi M, Matsuzaki H, Konouchi H, Kishi K. Radiographic examination of mesiodens and their associated complications. *Dentomaxillofac Radiol* 2004;33:125-7.
35. Hasan S, Ahmed SA, Reddy LB. Dentigerous cyst in association with impacted inverted mesiodens: Report of a rare case with a brief review of literature. *Int J Appl Basic Med Res* 2014;4:61-4.
36. Russel KA, Folwarczna MA. Mesiodens--diagnosis management of a common supernumerary tooth. *J Can Dent Assoc* 2003;69:362-6.
37. Ikram R, Rehman AA. Compound odontomas in Saudi child - a case report. *Int J Health Sci (Qassim)* 2013;7:242-6.
38. Budnick SD. Compound and complex odontomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1976;42:501-6.
39. Boffano P, Zavatiero E, Roccia F, Gallesio C. Complex and compound odontomas. *J Craniofac Surg* 2012;23:685-8.
40. Machado Cde V, Knop LA, de Rocha MC, Telles PD. Impacted permanent incisors associated with compound odontoma. *BMJ Case Rep* 2015;208201.
41. Conti G, Franchi L, Camporesi M, Defraia E. Treatment protocol for the impaction of deciduous maxillary anterior teeth due to compound odontoma. *Eur J Paediatr Dent* 2012;13:337-41.

Yazışma Adresi

Prof.Dr. Neşe Akal
Gazi Üniveristesi Diş Hekimliği Fakültesi
Pedodonti Anabilim Dalı Emek, Ankara, Türkiye
Tlf: 0312 2034083
Fax: 0312 2239226
e-mail: neseakal@gazi.edu.tr

