

La trasposizione canino-premolare superiore:

Caso Clinico

Dr. Alberto Mazzocchi

Nota: L'autore non ha interessi economici nei prodotti citati nell'articolo.

INTRODUZIONE

La trasposizione canino-primario premolare mascellare rappresenta un'anomalia dentale insolita, inerente lo scambio di posizione di due elementi, e riguardante soprattutto le loro radici.

Questo è il più comune tipo di trasposizione nell'uomo.⁷ Questa anomalia è spesso accompagnata da agenesie dentali e/o da incisivi laterali superiori conoidi (nel 49% dei casi)⁶.

L'alternativa al trattamento ortodontico per conferire una normale posizione in arcata consiste nell'allineamento degli elementi mantenendo la trasposizione⁸. La maggioranza degli articoli sulla trasposizione concorda sul ritenere fattore decisivo la posizione degli apici radicolari⁴.

CASO CLINICO

E.R. di anni 13,4.

La principale motivazione al trattamento era rappresentata dall'affollamento superiore (fig. 1).



Prima classe molare sul lato destro e seconda classe sul lato sinistro (fig. 2). Tendenza verso una terza classe

scheletrica, overbite ed overjet di 1mm.

Il profilo appare ben disegnato. Da moderato a severo l'affollamento superiore, trasposizione del canino superiore di sinistra con il primo premolare, incisivi laterali superiori ruotati di 90° e anormali per forma.

Valutazione radiografica: L'ortopantomografia mostra la radice del canino distale a quella del primo premolare (fig. 3).



Piano di trattamento:

Trattamento non estrattivo. Distalizzazione dei molari superiori di sinistra utilizzando un Pendulum modificato per stabilire una relazione intermolare di prima classe.

Apparecchiatura straight wire all'arcata superiore per correggere la rotazione degli incisivi laterali ed allineare i canini.

Lasciare il canino superiore trasposto nella originale posizione tra il primo ed il secondo premolare.



Trattamento:

L'applicazione del Pendulum modificato iniziò il trattamento. Dopo sei mesi il primo molare superiore era in I classe ed uno spazio sufficiente consentiva l'allineamento del canino (fig 5). Un apparecchiatura Straight Wire (Ormco mini Diamond) 0.018" venne applicata all'arcata superiore. Un arco australiano .016" con una molla aperta venne inserito tra il primo ed il secondo premolare.

Un filo .016" Nichel Titanio venne inserito per allineare i canini superiori e dopo 2 mesi il Pendulum venne rimosso. Completato l'allineamento dei canini si posizionò un arco .016 X .022" copper NiTi per tre mesi per completare le rotazioni degli incisivi.

Concludendo con arco .017 X .025" in acciaio per completare l'allineamento delle radici. Il paziente venne osservato durante il trattamento ad intervalli di 4 settimane durante il trattamento attivo. L'apparecchiatura venne rimossa dopo 20 mesi e venne inserito un retainer. Due settimane dopo lo sbandaggio venne eseguita una fibrotomia transettale degli incisivi laterali superiori.

Risultati ottenuti



Sul lato sinistro si è ottenuta una prima classe molare. Overbite ed Overjet furono mantenuti vicini ai record iniziali (figs 6,7). La cuspidine linguale del premolare non è stata ridotta in quanto non interferente durante i movimenti di apertura-chiusura e lateralità (fig 8).L'Ortopantomografia mostra un buon allineamento delle radici superiori (fig 9).



DISCUSSIONE

Come riportato da Peck, EM Miel fu il primo a descrivere la trasposizione canino-premolare in dettaglio nel 1817⁵. Da allora questa è stata la trasposizione più frequentemente riportata⁷. Si è recentemente appurato che tale trasposizione deriva da influenze genetiche con un modello ereditario multifattoriale. A supporto di un'etiologia poligenica sono i ritrovamenti di anomalie dentali (incisivi laterali superiori conoidi) con elevata frequenza bilaterale (nel 25% dei casi) e maggiore espressione femminile (M:F = 1:1.55)²⁻⁶. Non c'è evidenza che un trauma dentofacciale od una perdita dentale siano fattori contribuenti nella trasposizione canino primo premolare.

Diversi autori e l'esperienza clinica indicano che questo tipo di problemi si risolve meglio con trattamenti non estrattivi, mantenendo l'ordine dentale trasposto. Infatti il ripristino del giusto ordine generalmente richiede un trattamento ortodontico prolungato con risultati meno che adeguati, derivanti dalle difficoltà nei movimenti radicolari ed al rischio di creare una perdita ossea attorno alla porzione radicolare vestibolare del canino.

Estetica e funzione possono essere ottenute riducendo le cuspidi degli elementi trasposti qualora queste creino interferenze funzionali.

Bibliografia:

1. **Allen WA.** Bilateral transposition of teeth in 2 brothers.
Br. Dent J 1967 ; 123 : 439-440
2. **Feichtinger CH, Rossiwall B, Wunderer H.** Canine transposition as autosomal recessive trait in an inbred kindred.
J Dent Res 1977 ; 56 :1449-1452
3. **Gibilisco JA,.** Stafne's oral radiographic diagnosis.
5th ed. Philadelphia : WB Saunders, 1985 : 31-32
4. **Laptook T, Silling G.** Canine transposition, approaches to treatment.
J Am Dent Assoc 1983 ; 107 (5) : 746-748
5. **Miel EM.** Observation sur un cas tres rare de transposition de dents. J de Medicine Chirurgie Pharmacie (Paris) 1817 ; 40 : 88-97
6. **Peck L, Peck S, Attia Y.** Maxillary canine first premolar transposition associated dental anomalies and genetic basis.
Angle Orthod 1993 ; 63 (2) : 99-109
7. **Peck S, Peck L.** Classification of maxillary tooth transpositions.
Am J Orthod dentofac Orthop 1995 ; 107 (5) : 505-517
8. **Shapira Y.** Transposition of canines.
J Am Dent Assoc 180 ; 100 (5) : 710-712

[HOME VJO 4](#)

[HOME VJO](#)

Virtual Journal of Orthodontics
Copyright © 1997 All rights reserved