

Orthodontic Case Report

Dr. Gabriele Floria

L'inclusione dei canini permanenti superiori rappresenta un problema delicato per le sue implicazioni funzionali ed estetiche, e richiede la cooperazione del chirurgo orale, dell'ortodontista e del parodontologo.

Quando questa inclusione è palatale e bilaterale ed il paziente è adulto noi dobbiamo considerare diversi fattori che influenzano le nostre decisioni cliniche.

Innanzitutto è necessario fare una buona diagnosi tramite l'esame clinico e quello radiografico.

Valutazione clinica: Segni e Sintomi

Segni:(1):

- 1. Ritardo di eruzione del canino permanente con presenza o meno del deciduo
- 2. Assenza della bozza canina normale alla palpazione intraorale
- 3. Presenza di una bozza palatale evidente alla palpazione intraorale
- 4. Migrazione distale degli incisivi laterali, diastemi tra gli incisivi, rotazioni e deviazioni della linea interincisiva se l'inclusione è monolaterale

L'assenza della protuberanza canina in età precoce non deve essere considerata come indicativa di inclusione (2).

Sintomi :

Shafer et al.(3) considerano che l'inclusione canina sia responsabile anche di :

- 1. Formazione di cisti dentigere
- 2. Riassorbimenti radicolari esterni di denti inclusi e di denti vicini
- 3. Dolore riferito
- 4. Riassorbimento interno

Queste sequele possono generare dolore, ma generalmente l'inclusione dei canini mascellari è completamente asintomatica.

Valutazione radiografica

Gli obiettivi dell'esame radiografico sono:

- 1. Verificare la presenza dell'elemento incluso
- 2. Controllarne la morfologia e la struttura
- 3. Verificare l'assenza di ostacoli per la disinclusione
- 4. Localizzare esattamente l'elemento dentale

Possiamo utilizzare diverse proiezioni radiografiche, film occlusali, panoramiche, teleradiografie laterolaterali, endorali e tomografie.

Il primo esame dovrebbe essere l'ortopantomografia, perché ci fornisce il maggior numero di informazioni.

Io suggerisco di posizionare l'ortopantomografia sul diafanoscopio, scattare una diapositiva della zona d'interesse e farla poi riversare su di un photo CD (Kodak system). In questo è possibile ottenere un'immagine digitalizzata ad alta risoluzione visibile sullo schermo del computer.

Il computer è di ausilio anche per comparare le dimensioni del dente incluso con un eventuale controlaterale presente in arcata, al fine di comprendere se il dente incluso sia linguale o buccale, infatti, siccome i raggi X si muovono in linea retta, se il dente incluso è buccale la sua immagine proiettata sarà più grande del canino controlaterale.

Inoltre l'ingrandimento dell'immagine radiologica è importante anche per verificare l'assenza di anchilosi, perché in questo caso il trattamento ortodontico sarebbe molto difficile o impossibile.

Radiologicamente l'anchilosi si definisce come l'assenza del legamento parodontale (linea radiotrasparente) che è il segno della fusione del cemento con l'osso alveolare (4).

Se la panoramica non ci da sufficienti informazioni sulla localizzazione utilizzeremo delle radiografie endorali seguendo la regola di Clark o del tube shift. In questa metodica l'angolazione orizzontale del cono cambia quando si scatta la seconda radiografia. Se il dente si muove nella stessa direzione del cono è posizionato lingualmente, se invece il dente si muove nella stessa direzione del cono è posizionato buccalmente, se invece il dente si sposta nella direzione opposta è buccale.

Piano di trattamento

Esistono diverse alternative di trattamento:

- **1) Assenza di trattamento specialmente quando sono stati rimossi gli ostacoli ad un'eruzione spontanea (come un cisti dentigerica o un dente sovralmumerario)**
- **2) Estrazione del dente incluso e spostamento del primo premolare in questa**

posizione

- 3) Sostituzione protesica
- 4) Esposizione chirurgica e trattamento ortodontico disinclusivo ed allineamento in arcata
- Quest'ultima opzione è ovviamente la situazione più desiderabile.

Caso Clinico

Un uomo di 30 anni, grande fumatore, (fig. 1) fu inviato dall'ortodontista dal suo dentista di famiglia.



L'esame clinico mostrava la presenza del canino deciduo di sinistra e la migrazione distale degli incisivi laterali e centrali.

Alla palpazione intraorale fu notata l'assenza della normale bozza canina nonché la presenza di protuberanze bilaterali palatali. Non c'era alcun sintomo.

La panoramica mostrò la presenza dei due canini inclusi (fig. 2). Considerando la buona morfologia dei denti, la posizione, e l'assenza di anchilosi, in accordo con il chirurgo orale decidemmo la disinclusione chirurgico-ortodontica.



Fu montato un apparecchio fisso superiore con attacchi in ceramica.

Il chirurgo fece l'esposizione chirurgica dei denti inclusi (fig.3) e l'ortodontista durante l'intervento attaccò un bottone ausiliario direttamente allo smalto della

corona sul lato palatale.



Venne preferito questo approccio in un tempo solo e per assicurare un valido legame allo smalto rendendo l'esposizione meno traumatica possibile. Si utilizzarono spugne di fibrina per ridurre il sanguinamento attorno alla corona, una curette per rimuovere la cuticola primaria dello smalto, acido ortofosforico al 37 % per 40 minuti, lavaggio, asciugatura ed incollaggio del bottone con un composito autopolimerizzante. Una legatura con diverse asole venne legata al bottone prima del suo incollaggio (fig.3).



L'esposizione chirurgica fu molto conservativa. Solo il tessuto osseo sopra la corona fu asportato e venne suturato completamente il lembo. Dopo una settimana la sutura e l'impacco chirurgico furono rimossi, ed iniziò il trattamento ortodontico con forza leggera di 60 grammi tramite legature elastiche.



Contemporaneamente venne creato uno spazio sufficiente in arcata riducendo i diastemi interincisivi.

Venne utilizzato un arco preformato rotondo .020 in acciaio per assicurare una sufficiente rigidità. Durante il

trattamento due radiografie endorali vennero eseguite su ciascun lato per assicurare che il movimento del canino non impattasse sulle radici degli elementi vicini danneggiandole.



Quando le corone eruppero incollammo degli attacchi metallici per canini e completammo i movimenti ortodontici residui con dei sezionali in TMA riposizionando due volte gli attacchi

L'arco finale fu uno 0.021 X 0.025 e la contenzione venne assicurata mediante un retainer di Essix.



La durata finale del trattamento attivo fu di due anni e due mesi. Entrambi i canini al termine del trattamento avevano buone condizioni parodontali.

Bibliografia:

- 1) Samir Bishara: Impacted maxillary canines: A review. Am.J.Orthod. Dentofac. Orthop. 101;2:159-171,1992.
- 2) Ericson S,Kurol J. Longitudinal study and analysis of clinical supervision of maxillary canine eruption. Comunity Dent. Oral Epidemiol. 14:112-6, 1986.
- 3) Shafer W.G.; Hine M.K.; Levy B.M.; A textbook of oral pathology 2nd ed. W.B. Saunders Co.,Philadelphia, 2-75:1963.

- 4) Moyers R E. Handbook of orthodontics, Second Ed., Chicago: Year Book Medical, 83-88,1963.

Author

Dr. Gabriele Floria editor@vjo.it Tel./Fax. +39-055-572589

[Torna all' home page](#)