

Lesioni traumatiche della dentatura decidua e mista : valutazione del danno permanente in responsabilità civile

estratto da:
Tesi di laurea A.A 1989/90 di Floria Gabriele

Dr. Gabriele Floria editor@vjo.it

Sommario

- 1. Introduzione
 - 2. Classificazione delle possibili conseguenze dei traumi in fase di dentatura decidua
 - 3. Materiale e metodo
 - 4. Risultati
 - 4.1. Frequenza dei vari tipi di anomalie
 - 4.2 Frequenza delle lesioni in dentatura decidua
 - 4.3. Anomalie di posizione e di eruzione
 - 4.4. Anomalie di sviluppo
 - 4.5. Anomalie di struttura
 - 4.6. Distribuzione delle anomalie ex trauma per età
 - 5. Valutazione del danno in responsabilità civile in odontostomatologia
 - 6. Concetto di danno alla persona
 - 6.1. Danno Extrapatrimoniale
 - 6.2. Danno Patrimoniale
 - 7. Criteri medico-legali per l'accertamento del danno ex trauma in dentatura decidua
 - 8. Conclusioni
-

1. Introduzione

La traumatologia dentaria in età pediatrica rappresenta il 6-7% di tutta la patologia orale infantile.(1)

Nel soggetto in età evolutiva le lesioni dentali e delle strutture di sostegno, possono

essere responsabili di alterazioni di entità variabile a carico, non soltanto degli elementi di sostituzione, ma anche delle caratteristiche morfologiche e funzionali dell'intero apparato stomatognatico.

La dentatura decidua rappresenta infatti, un momento delicato ed essenziale nel corretto accrescimento del complesso cranio-facciale.

Alle finalità masticatoria e fonatoria se ne aggiungono altre, meno evidenti ma non per questo di minore importanza, quale quella di generare impulsi funzionali che si trasmetteranno alle strutture muscolo-scheletriche, e che in base alla teoria della "matrice funzionale" di Moss, orienteranno l'accrescimento osseo, nonché eserciteranno la funzione di guida della normale eruzione e del corretto allineamento della dentatura permanente.

Pertanto, una qualsiasi alterazione della dentatura decidua, sia essa di origine malformativa o per patologia acquisita, potrebbe comportare problemi alla dentatura definitiva e, in ultima analisi di valutazione del danno, proprio in previsione delle possibili conseguenze future sulla dentatura definitiva (Tollaro e coll. (2)). Considerando che, come già accennato, la traumatologia dentaria in età pediatrica rappresenta una cospicua parte di tutta la patologia orale infantile, e preso atto che esiste nella popolazione una crescente richiesta di cure ortognatodontiche, ci è sembrato interessante analizzare la patologia ex-trauma in dentatura decidua e mista sotto il profilo medico-legale oltre che clinico.

Scopo della presente tesi è appunto l'individuazione e l'inquadramento delle possibili conseguenze di un trauma sulla dentatura decidua, la quantizzazione della loro incidenza, considerata sia in termini assoluti, sia in base all'età del paziente all'epoca del trauma, ed infine la prospettazione delle problematiche di ordine medico-legale connesse alla valutazione del danno permanente in responsabilità civile.

2. Classificazione delle possibili conseguenze dei traumi in fase di dentatura decidua

Riprendendo una classificazione (3) proposta da Tollaro e coll. nel 1982, abbiamo suddiviso i meccanismi patogenetici nel seguente modo:

- - realizzazione di una lacuna per perdita traumatica degli elementi decidui e conseguente perdita di spazio sull' arcata
- - trasmissione della forza traumatica al germe del dente permanente con possibilità di lesione di quest'ultimo
- - danneggiamento pulpo-parodontale del deciduo per azione diretta del trauma, e/o per complicanze infiammatorie e successiva modificazione nel tempo e nel modo della riziolisi fisiologica con possibilità di persistenza protratta del deciduo in arcata: deviazione del percorso di eruzione o mancata eruzione del dente permanente
- - ridotto o ritardato accrescimento del processo alveolare del settore degli incisivi per ritardata o mancata eruzione di uno o più denti permanenti
- - anomalie della deglutizione indotte dalla presenza della lacuna creatasi a seguito del trauma o della ritardata o mancata eruzione del dente permanente.

Tra le conseguenze più concretamente obbiettivabili consideriamo:

- - Lesioni del dente permanente per trasmissione diretta del trauma:
 - a) anomalie di struttura (displasie-ipoplasie dello smalto)
 - b) anomalie della morfogenesi della corona e/o della radice: anomalie per dilacerazione (4).
- - Conseguenze della persistenza protratta del deciduo: anomalie di posizione o di eruzione (malposizioni, inclusioni)

3. Materiale e metodo

La ricerca è stata attuata su una casistica di 106 pazienti in cura e/o in osservazione presso il Reparto di Ortognatodonzia dell' Istituto di Odontognato-stomatologia dell' Università di Firenze, selezionata in base al dato anamnestico di un trauma sulla dentatura decidua.

Per ogni paziente è stata annotata l'età al momento dell'osservazione, il reperto clinico, l'età alla quale si è verificato l'evento lesivo, nonché la sede, e la tipologia del trauma (ove presente).

La nostra attenzione si è focalizzata soprattutto sull' analisi delle conseguenze di un trauma in dentatura decidua, in quanto maggiormente rappresentato, ma soprattutto clinicamente più attinenti a problematiche ortodontiche, essendo il trauma un probabile fattore eziologico nella genesi delle anomalie dentali e dento-alveolari.

Bisogna tuttavia premettere che spesso le conseguenze di un trauma sono state tanto esigue da poter essere considerate trascurabili, altre volte invece, l'evento traumatico ha provocato uno squilibrio nello sviluppo armonico dell' apparato stomatognatico con significative ripercussioni anatomiche, fisiologiche e psicologiche.

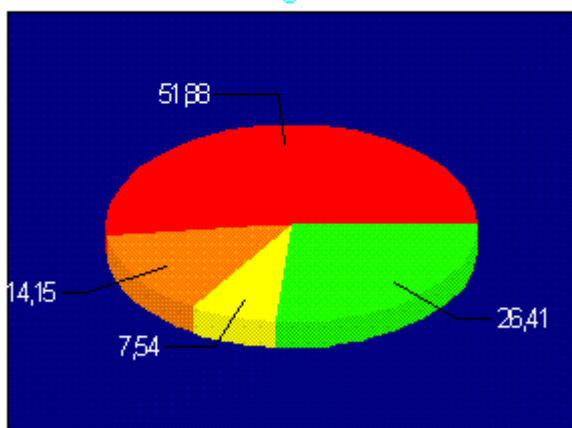
Da questa casistica generale di 106 pazienti abbiamo estratto un secondo gruppo di 32 soggetti, nei quali era accertabile con precisione il tipo di trauma subito in dentatura decidua, e su questa base abbiamo distinto tre grandi gruppi : le fratture (tab. II), le lussazioni complete (tab. III), le sublussazioni intrusive (tab. IV).

4. Risultati

4.1. Frequenza dei vari tipi di anomalie

Anomalie ex trauma

Rgi



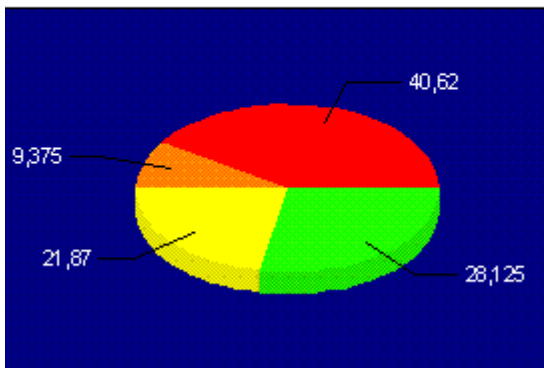
La frequenza delle anomalie ex trauma nella nostra casistica di 106 soggetti è stata la seguente: (fig. 1)

- Anomalie di posizione e di eruzione 51.88 %
- Anomalie di sviluppo 26.41 %
- Anomalie di struttura 14.15 %
- Nessuna anomalia 7.54 %

Anomalie ex trauma

secondo gruppo

Fig2



Il grafico di fig.2 ottenuto dall'analisi del secondo gruppo, di 32 pazienti, mostra risultati praticamente sovrapponibili al precedente.

- Anomalie di posizione e di eruzione 40.62 %
- Anomalie di sviluppo 28.125 %
- Anomalie di struttura 9.375 %
- Nessuna anomalia 21.87 %

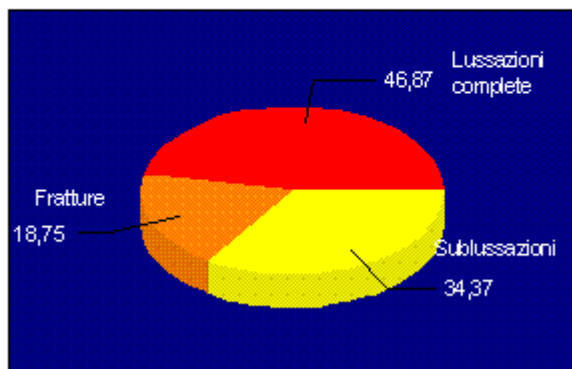
Occorre però precisare che tali casistiche derivano da un reparto ortodontico e pertanto non possono esprimere l'incidenza in senso assoluto di tali anomalie.

4.2 Frequenza delle lesioni in dentatura decidua

Lesioni traumatiche

in dentatura decidua

Fig3



Analizzando il secondo gruppo (32 casi) abbiamo riscontrato una maggiore incidenza delle lussazioni complete 46.47%, seguite dalle sublussazioni 34.37%, e dalle fratture 18.75% (fig. 3).

Non consideriamo tali valori statisticamente significativi, per l'esiguità dei casi analizzati, ma soprattutto perchè derivanti da un dato anamnestico riferito, in genere dai genitori, a diversi anni di distanza dall'evento traumatico. Certamente la lussazione completa di un elemento, essendo la circostanza più grave tra quelle analizzate, colpisce maggiormente il genitore, e perciò è più facile ritrovarla nell'anamnesi.

4.3. Anomalie di posizione e di eruzione

Le anomalie di posizione e di eruzione si sono rivelate le più frequenti con 55 casi pari al 51.88% del totale.

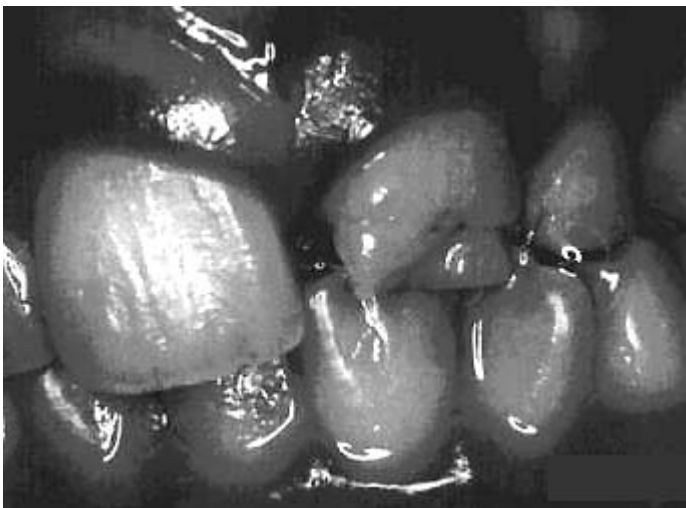
Questo dato è importante perchè si tratta di una patologia che, derivando da meccanismi indiretti, e cioè per anomalie della ricolisi o per perdita di spazio, potrebbe venir sistematicamente evitata con opportuni provvedimenti e cioè con l'avulsione tempestiva dell' elemento deciduo e mediante l'applicazione di un mantentore di spazio. Molto spesso, specie per gli incisivi superiori si assiste all' eruzione vestibolare degli elementi di sostituzione.



A titolo d'esempio illustriamo il seguente caso che ci è sembrato patognomonico al riguardo (fig.4):



Il trauma ha causato la necrosi pulpare del +A, ed a distanza di 6 anni ha determinato l'eruzione vestibolare del +1.



Il più delle volte tale malposizione si risolve, spontaneamente a breve distanza di tempo dall'avulsione del deciduo, tuttavia spesso esita una recessione gengivale vestibolare, analoga a quella osservabile nei denti sottoposti a disinclusione chirurgico-ortodontica, e come risulta dal medesimo caso (fig.5). Tra le anomalie di posizione e di eruzione ex trauma sono comprese anche le inclusioni.

La lussazione completa di un +A avvenuta all'età di un anno e 1/2 ha provocato l'inclusione del +1, e l'ipoplasia dello smalto del +2 (fig. 6).

4.4. Anomalie di sviluppo

Le anomalie di sviluppo, reperite in 28 pazienti, corrispondenti al 26.41 % della casistica, sono quasi tutte rappresentate da incurvamenti corono-radicolari più o meno accentuati. Spesso si tratta di anomalie morfologiche che costringono l'operatore ad un' avulsione dell' elemento anomalo.

Conseguenza frequente della dilacerazione è la malposizione secondaria degli elementi contigui, cui si associa il danno derivante dalla perdita dell' elemento avulso particolarmente rilevante se appartenente al settore frontale.

4.5. Anomalie di struttura

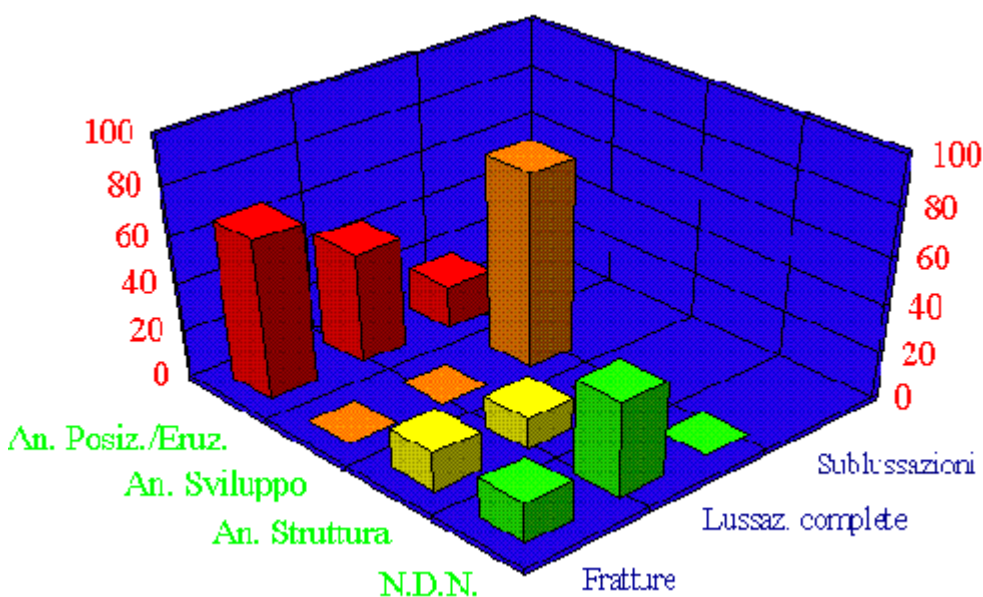
Per quanto concerne le anomalie di struttura, 15 casi su 106, pari al 14.15%, queste sono rappresentate dalle ipoplasie dello smalto, infatti il traumatismo dei germi dentari in

una fase precoce di sviluppo, può determinare lesioni dello strato ameloblastico per cui difficilmente si avrà "restitutio ad integrum" (5).

Nei punti in cui lo smalto ha subito un'interruzione si possono trovare delle apposizioni di cemento sulla dentina, oppure quest'ultima può comunicare direttamente con l'esterno. Di conseguenza lesioni limitate all' organo dello smalto si possono tradurre in macchie ipocalcificate, di colore bianco giallastro sulla superficie del dente permanente.

Tali anomalie sono quelle che gli Autori francesi definiscono **distrofie coronariche traumatiche**.

4.6 Relazione fra tipo di lesione in dentatura decidua ed effetto sulla dentatura permanente

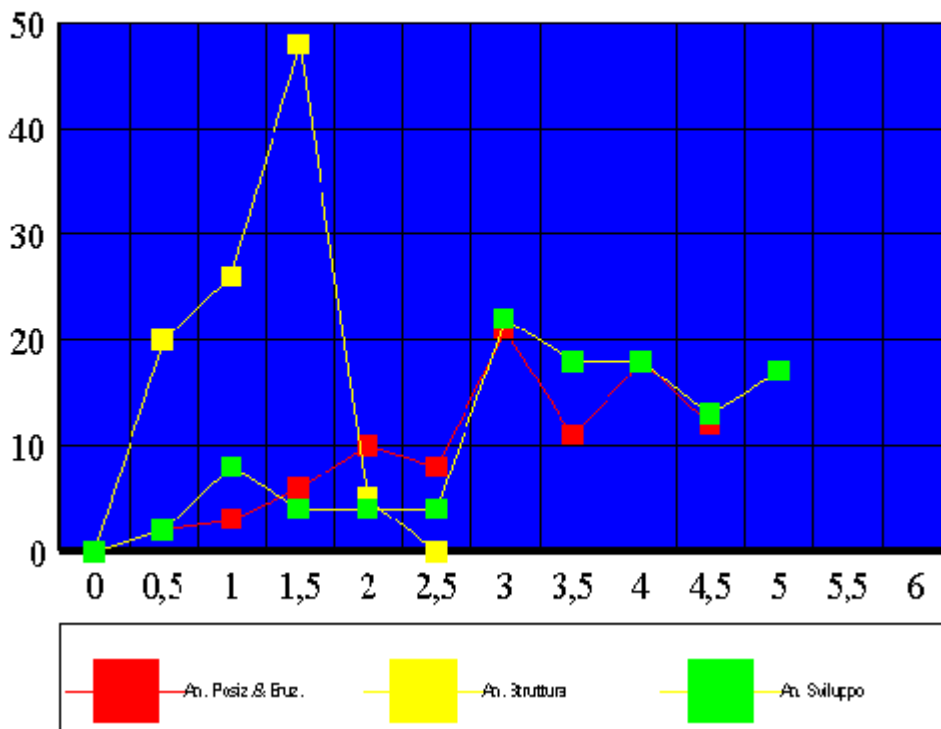


Studiando la relazione tra il tipo di lesione e le loro conseguenze in dentatura permanente abbiamo notato come il trauma generante una lussazione intrusiva provochi più frequentemente (81.81% dei casi) un'anomalia di sviluppo (dilacerazione), mentre le fratture sono spesso seguite, a distanza di qualche anno, da anomalie di posizione o di eruzione (66.66 %). La lussazione completa può essere correlata con delle anomalie di posizione e di eruzione (46.6 %) oppure non causare alcuna anomalia (40 %).

4.6. Distribuzione delle anomalie ex trauma per età

Il rapporto intercorrente tra l'età del paziente al momento del trauma ed il tipo di conseguenza mette in luce alcuni aspetti correlati alla cronologia della maturazione degli elementi permanenti (fig. 17).

Anomalie ex trauma



Le anomalie di struttura sono il prodotto di traumi che si verificano tra 1 e 2,5 anni, mentre quelle di sviluppo sono comprese soprattutto fra i 2,5 ed i 5 anni. Le anomalie di posizione presentano, nel range considerato, una certa proporzionalità di crescita in relazione all'età aumentando progressivamente da 1 a 5 anni. Tali osservazioni confermano quanto si deriva dall'analisi della letteratura, ed in particolare dai lavori di Andreasen e Ravn del 1971 (6) in cui si sottolinea la massima frequenza di malformazioni nei pazienti con meno di 2 anni. Addirittura Selliseth (7) giunge ad affermare che le lesioni traumatiche subite nel primo anno di vita, indipendentemente dal tipo, producono comunque effetti rilevanti sui germi dei permanenti. In base alla letteratura e alla personale esperienza, risulta evidente la maggior pericolosità dei traumi intrusivi in quanto capaci di dislocare il germe del permanente in fase di sviluppo e in quanto molto spesso ne determinano la dilacerazione.

Per meglio comprendere le problematiche valutative, connesse a tali anomalie ex-trauma, è necessario fare alcune premesse di carattere medico-legale.

5.Valutazione del danno in responsabilità civile in odontostomatologia

In ambito civilistico, la valutazione del danno, come quello inerente altri campi applicativi, verificatosi con le prerogative del danno ingiusto, a seguito di un fatto doloso o colposo (art. 2043), oppure in conseguenza di una prestazione non perfettamente eseguita (art. 1218), tenendo presenti le ultime acquisizioni dottrinarie, giuridiche, medico-legali, e le

più recenti evoluzioni giurisprudenziali in tema di risarcimento del danno alla persona in responsabilità civile, assume caratteristiche peculiari in relazione alle particolarità anatomo-funzionali dello stesso.

Da sottolineare infatti che l'attuale conoscenza delle correlazioni funzionali tra le varie componenti dell'apparato odontostomatologico, ha permesso di attribuirgli un valore assai maggiore di quello rivestito in passato, quando punto di riferimento essenziale, se non esclusivo, era considerata la funzione meccanica della masticazione ed anche questa era legata in modo esclusivo alla integrità delle strutture dentarie ed osteo-articolari.

Nella moderna concezione assume un significato di rilievo la correlazione con la funzione digestiva di cui l'apparato masticatorio è fattore non secondario, da cui l'opportunità di valutare gli esiti della menomazione dell' apparato, avendo come dato di riferimento anche la funzione digestiva nel suo complesso.

L'espansione del settore morfo-funzionale dell' organo masticatorio può attuarsi anche tramite correlazioni neuro-psichiche, cui possono addebitarsi, in caso di menomazione, gravi turbe della cenestesi e persino del comportamento, in misura tale da rendere difficili i rapporti interpersonali e sociali.

Appare quindi evidente che la valutazione civilistica del danno permanente risulti in questo settore della lesività particolarmente complesso per le interrelazioni esistenti tra la funzione masticatoria, funzione digestiva, funzione fonatoria ed estetica.

Una singolare situazione questa, la quale esige che le varie entità menomative da valutare non siano oggetto di una generica disamina, bensì di un'attenta e separata rilevazione delle singole componenti del danno funzionale, per riconoscere quale delle funzioni sia compromessa, quale sia compromessa temporaneamente e quale in modo permanente e, infine, operare una globale valutazione della compromissione funzionale generale.

Queste premesse ci danno la misura delle difficoltà di base che possono essere riscontrate in questo specifico ambito valutativo, forse più che in altri campi della medicina, specie se si vogliono esprimere valutazioni corrette, il più possibile aderenti alla realtà clinico-oggettiva del caso esaminato, si da non essere pregiudizievoli per il lesa e per chi deve rispondere del danno.

A tali difficoltà iniziali, inerenti appunto l'eccezionale complessità strutturale e funzionale dell' apparato in esame, se ne aggiungono altre legate al caso concreto, ed in particolare alle incertezze o alle vere e proprie lacune presentate dallo stato anteriore del lesa che, soprattutto in odontostomatologia, è contrassegnato, non raramente, da preesistenze morbose con riflessi invalidanti. Tale pregiudizio conoscitivo compromette sicuramente l'obiettività valutativa, attribuendole spesso carattere di indagine presuntiva, sia nell'affermazione del nesso di causalità tra trauma e reliquato, che nella valutazione dell' entità del danno permanente.

La valutazione degli effetti del danno ex-trauma in dentatura decidua, in relazione a quelle che potranno essere le conseguenze menomative sulla dentatura permanente, è pertanto di particolare difficoltà, in quanto la menomazione derivante da tali lesioni non può essere inquadrata solo in relazione allo stretto rapporto cronologico con l'evento lesivo, ma va osservata anche nella prospettiva di future modificazioni peggiorative a carico della totalità dell'apparato stomatognatico.

Pare pertanto opportuno distinguere il danno futuro, definito come "quel danno che, pur non ancora verificatosi verosimilmente si produrrà in base all' ordine naturale delle cose", dal c.d. danno aleatorio, che è invece un danno possibile ma non probabile.

Alcuni autori (8) al fine di poterne valutare esattamente le conseguenze menomative,

hanno proposto un periodo di attesa variabile a seconda della lesione iniziale, indispensabile per poter ottenere la stabilizzazione clinica e poter quindi verificare l'effettiva entità delle menomazioni residue.

6. Concetto di danno alla persona

Il danno alla persona può essere definito come una modificazione peggiorativa dello stato anteriore del soggetto considerato nel suo complesso somato-psichico. I fattori che conducono al realizzarsi del danno dentario ex-trauma sono:

- - l'evento lesivo
- - la lesione
- - la menomazione

Per evento lesivo si deve intendere il momento d'incontro tra l'agente vulnerante e le arcate dentarie del bambino.

Per lesione si intende il processo morboso che altera l'integrità anatomico-funzionale e che segue immediatamente il trauma.

La menomazione è invece la conseguenza ultima che compromette l'efficienza funzionale, estetica e/o fonatoria ovverosia, quei postumi che possono interessare la vita di relazione e/o la futura capacità lavorativa del bambino.

In ambito civilistico il danno risarcibile si distingue in:

- 1) Danno extrapatrimoniale
- 2) Danno patrimoniale

6.1. Danno Extrapatrimoniale

Il danno extrapatrimoniale è tipicamente rappresentato dalla condizione di sofferenza fisica e/o morale (turbatio animi, pretium doloris) ovvero nella ridotta capacità di mantenere le precedenti attitudini alla vita di relazione considerata come fonte di appagamento personale e pertanto estraneo a qualsiasi riflesso economico, che sfugge pertanto alla valutazione del perito ma che trova il suo apprezzamento nella valutazione equitativa del giudice.

6.2. Danno Patrimoniale

E' la conseguenza economicamente valutabile di una modificazione peggiorativa del modo di essere di una persona, cioè di una menomazione che produce effetti economici in senso lato sull'individuo, inteso come entità somatica e psichica.

Nell'ambito del danno patrimoniale si distinguono:

- a) Il danno emergente, cioè la perdita economica direttamente subita dal lesso e determinata dalla riduzione di beni già posseduti. In altri termini, nella sfera sanitaria si tratta di quelle spese sostenute per pervenire ad una diagnosi, e di quegli interventi terapeutici necessari al caso di specie, nonché all'assistenza, al vitto speciale, agli apparecchi ortodontici, alle protesi ed ai relativi rinnovi (danno futuro).

- b) Il lucro cessante, è caratterizzato dal mancato o dal ridotto guadagno conseguente all' evento dannoso, riferito sia al lasso di tempo intercorso tra l'evento lesivo e la possibilità di riprendere l'attività lavorativa (inabilità temporanea totale e/o parziale) sia agli esiti stabilizzati delle lesioni iniziali (invalidità permanente parziale o totale).

In genere non si concretizza l'ipotesi di un risarcimento conseguente ad inabilità permanente parziale, tale da incidere sulla specifica capacità lavorativa del bambino, in quanto lo stesso, non svolge, in genere, alcuna attività lavorativa e quindi non va incontro ad un mancato guadagno. Possono però verificarsi alcune eccezioni, quali ad esempio per i bambini-lavoratori dello spettacolo.

Per quanto concerne l'invalidità permanente da danno biologico da lesioni dell' apparato odontostomatologico nel bambino, si deve tener presente che spesso si tratta di un danno potenziale, cioè un danno che non si è ancora concretizzato, pur essendosi già verificata la lesione traumatica.

Secondo le più recenti acquisizioni dottrinarie la valutazione del danno patrimoniale da inabilità permanente parziale, si articola su due cardini principali: una componente biologica, la cui valutazione presuppone un accertamento della natura dell' alterazione somatopsichica, e su una componente che ha riflessi sulla capacità lavorativa specifica del soggetto.

Una soddisfacente trattazione del tema in esame non può che essere derivata dagli apporti innovativi culturali e giurisprudenziali che, specie nell'ultimo decennio, hanno profondamente trasformato il sistema valutativo civilistico del danno alla persona, tramite l'elaborazione del concetto di "danno alla salute" e il riconoscimento dell'ammissibilità della sua tutela risarcitoria, che ha segnato di fatto un felice superamento dell'angusto ambito di risarcimento dei danni "ingiusti", solo se produttivi di negativa incidenza economica. Si sono abbandonate quelle "fictiones juris" giurisprudenziali e pratiche, che hanno in passato prodotto proliferazione di voci risarcitorie, ingiustizie e disparità di liquidazione, tutte conseguenti a posizioni di autentica "invenzione" o "mistificazione", come quella di immaginare un mancato guadagno, meccanicamente desumibile da un' ipotetica riduzione della capacità di lavoro conseguente a menomazioni permanenti anche di modestissima entità, ciò al fine di attribuire loro un chiaro valore patrimoniale e di renderle pertanto risarcibili, sempre e comunque, sottraendole così alle limitazioni poste dagli articoli 185 C.P. e 2059 C.C.

La precedente dottrina aveva fatto ricorso all' artificio secondo cui la compromissione della funzione masticatoria avrebbe inciso sulla capacità lavorativa del leso, in quanto comportante una riduzione dell'apporto di energie necessarie all'espletamento di una qualsiasi attività lavorativa, manuale o intellettuale, anche leggera che fosse.

La Corte Costituzionale, con sentenza del 1979, riconobbe legittima l'esistenza e l'autonoma risarcibilità del danno alla salute, sulla base dell' art. 32 della Costituzione.

In sintesi due sole voci di danno da inabilità permanente:

- Il danno alla salute, "componente costante" (danno evento)
- Il danno patrimoniale in senso stretto in caso di invalidità permanente con riflessi sull' attività lavorativa (purché si tratti di una perdita reale rigorosamente provata ex art. 2697 C.C.)

7.Criteri medico-legali per l'accertamento del danno ex trauma in dentatura decidua.

Come già ricordato precedentemente il trauma incidente sui denti decidui può provocare, se occorso in epoca molto precoce ed a seconda della sua entità e localizzazione, squilibri notevoli nell'organizzazione morfologica della faccia per una modificazione qualitativa e quantitativa degli impulsi provenienti dal "sistema dentale".

Ne è prova l'estrazione unilaterale molto precoce del primo o del secondo molare superiore, che può determinare una cospicua asimmetria facciale per insufficiente sviluppo delle ossa della metà della faccia corrispondente alla sede di estrazione.

Così come la perdita molto precoce degli incisivi può influire sul potenziale ingrandimento dell'arcata inferiore.

Le conseguenze del trauma occorso precocemente in dentatura decidua sulla futura organizzazione del volto sono però solo ipotizzabili. Infatti, poiché non si verificano costantemente, non sono prevedibili con certezza e perciò praticamente non risultano quantificabili (danno aleatorio), in quanto nella loro estrinsecazione possono aver inciso condizioni anatomo-funzionali precedenti o concomitanti al trauma, quali abitudini viziate, o tipi scheletrici che possono influenzare, con la loro vettorialità di crescita, il determinarsi di una malocclusione più o meno grave.

Nessun rilievo assume, ovviamente, la perdita di un solo elemento deciduo quando la stessa ha luogo poco tempo prima della sua normale caduta, invece nel caso in cui il trauma agisca molto tempo prima, si potrà ovviare al danno masticatorio, ed al futuro danno ortodontico, mediante l'applicazione di una protesi, in genere mobile.

In tale circostanza potrebbe opinarsi un danno minimale, transitorio, valutabile sulla base dei costi indotti da eventuali trattamenti sanitari.

Infatti, nel caso, in cui si renda necessario, sotto il profilo masticatorio od ortodontico, si potrà procedere all'applicazione di una protesi che possa ridurre il danno stesso: il suo costo sarà il primo elemento di giudizio utile da fornire aggiungendo, ove la comune esperienza clinica lo consenta, la valutazione della circostanza che la perdita traumatica degli elementi dentari può, se non pregiudicare, rendere più complessa e ricca di interrogativi l'esecuzione di una cura ortodontica necessaria per il paziente in oggetto, a causa di condizioni congenite, dentarie ed ossee, preesistenti al danno traumatico stesso.

Il danno estetico conseguente alla perdita di elementi dentari decidui impone altre riflessioni. Anche per esso va preliminarmente considerato, in particolare per gli incisivi, il tempo che sarebbe trascorso prima della loro normale caduta.

Se tale tempo sarà breve allora il bambino non subirà pregiudizio alcuno, perchè nella maggior parte dei casi i denti saranno vacillanti e il piccolo sarà già abituato all'idea di perderli. In caso invece che il trauma abbia agito molto prima della loro normale caduta, alla scomparsa degli incisivi superiori decidui, consegue un danno estetico, talora unito ad una apprezzabile alterazione fonatoria che, concretizzando un pregiudizio di cui tener conto.(9)

8. Conclusioni

Le risultanze derivabili dall'esame della letteratura specialistica ed in specie nella casistica esaminata, suggeriscono anzitutto una grande prudenza nell'esprimere un giudizio valutativo da perdita dentaria ex-trauma in dentatura decidua. Ciò in relazione all'aleatorietà di un giudizio prognostico nel caso di specie, fatti salvi quei casi in cui si possa soprassedere al "periodo di attesa" in quanto ci troviamo di fronte ad un tipico caso di danno futuro.

Ci sembra inoltre di poter affermare che il comportamento cui attenersi debba riferirsi a questi principi di carattere generale così riassumibili:

- 1) Per i traumi della dentatura decidua, che provocano a carico di questa fratture coronali, corono-radicolari, radicolari, parodontopatie e sublussazioni, è opportuno attendere un periodo non minore di un anno al fine di poter ragionevolmente escludere patologia flogistiche croniche periapicali;
- 2) Se la patologia flogistica si manifesta, l'attesa va protratta fino all'eruzione dei definitivi.
- 3) Per le fratture radicolari si dovrebbe attendere l'eruzione considerando l'eventuale ruolo negativo che il frammento residuo potrebbe avere sullo sviluppo e sull'eruzione del permanente; per lesioni tipo lussazione, sia intrusive, che estrusive, e per esarticolazioni di singoli elementi frontali è consigliabile aspettare l'eruzione del permanente; per avulsioni multiple di frontali si dovrà attendere l'eruzione di tutti gli elementi permanenti del settore interessato dal trauma o di tutti i permanenti esclusi i terzi molari.

Dalla nostra ricerca si evince inoltre come l'evento traumatico talora non risulti chiaramente identificato. Basti pensare che di 106 casi esaminati solamente in 32 (30.18 %) è stato possibile risalire con esattezza alla tipologia della lesione conseguita al trauma subito.

Ciò rende altresì impossibile una corretta interpretazione del dato inerente la menomazione residua ed una sua correlazione all'età di produzione.

Si sottolinea pertanto la necessità di una anamnesi quanto più approfondita possibile, nonché l'opportunità di effettuare studi longitudinali, su di un campione statisticamente significativo, che permettano (od escludano), una più stretta correlazione tra il tipo di lesione e la futura menomazione, evenienza questa che consentirebbe, oltre ad una prognosi più precisa, un più esatto e preciso inquadramento delle problematiche valutative medico-legali.

Bibliografia

- 1) Ciani A., Turati G., Caccianiga G.: "I problemi medico-legali dei trattamenti ortognatodontici in età evolutiva a seguito di lesioni dentarie" *Odontostomatologia & Implantoprotesi* N.7/1990 p.38-40
- 2) Tollaro e coll.: "La fase della dentatura decidua" *Quaderni di Odontoiatria infantile* Masson 1990
- 3) Tollaro I. e coll. "Patologia ex trauma dei denti decidui e conseguenze ortognatodontiche" *Mondo Odontostomatologico* XXIV, n. 5, 3, 1982.
- 4) Tollaro I. e coll.: "Contributo clinico sulle anomalie per dilacerazione" *Min. Ortognat.*, 3,93, 1985
- 5) Caprioglio D., Falconi P., Vernole B. "I traumi dei denti anteriori in pedodonzia" *Masson* Milano 1986
- 6) Andreasen J.O., Ravn J.J. "The effect of traumatic injuries to primary teeth on their permanent successors", II, in *Scand. J. Dent. Res.*, 79, 284 (1971).
- 7) Selliseth N.E. "The significance of traumatized primary incisors on development and eruption of permanent teeth" in *Trans. Europ. Orthod. Soc.*, 2 443 (1970).

- 8) Cortivo e coll. "Sulla stabilizzazione delle lesioni traumatiche alla dentatura decidua e permanente giovane ai fini della valutazione del danno" Riv. It. Med. Leg. X, 1988
- 9) Martini P. "Medicina Legale in Odontoiatria" 1988 Ed. USES Firenze
- 10) Cortivo e coll. "Possibili effetti menomanti sull' assetto definitivo dell' apparato stomatognatico dopo lesioni traumatiche alla dentatura decidua e permanente giovane" Riv. It. Med. Leg. X, 1988
- 11) Cortivo e coll. "Le alterazioni traumatiche della dentatura decidua non produttive di menomazione permanente. Aspetti clinici e medico-legali" Riv. It. Med. Leg. X, 1988
- 12) Gilli R., Robetti I. "Medicina legale in odontostomatologia" Ed. Esculapio, 1984
- 13) Giolla P. "La valutazione del danno alla persona in responsabilità civile" Giuffrè ed., Milano, 1968
- 14) Luvoni R., Bernardi L., Mangili F. "Guida alla valutazione medico-legale dell' invalidità permanente" Giuffrè Ed., Milano, 1990
- 15) Trabucchi A. "Istituzioni di diritto civile" Ed. Cedam Padova 1990
- 16) Cazzaniga A., Cattabeni C.M. "Medicina Legale e delle Assicurazioni. Risarcimento del danno alla persona da fatto illecito" UTET Torino 1961
- 17) Cortivo e coll. "Il risarcimento del danno in traumatologia dentaria" Piccin, Padova, 1990
- 18) Puccini C. "Istituzioni di Medicina Legale" CEA Milano, 1984
- 19) Miceli G. "Perdita dei denti e riduzione della capacità lavorativa nella giurisprudenza e nella dottrina" Rass. Prev. Soc. 10: 31, 1931
- 20) Montalto B. "Indirizzi attuali nella valutazione del danno permanente in sede civile da perdite dentarie nell'adulto" da : Giornate di studio sul danno alla salute Pisa 12-13 Maggio 1989 Ed. CEDAM, Padova, 1990

Dr. Gabriele Floria editor@vjo.it

Virtual Journal of Orthodontics
Copyright © 1996-99
All rights reserved.

[HOME VJO 1.1](#)

[HOME VJO](#)