



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI  
FEDERICO II



ATTI DEL  
III CONGRESSO NAZIONALE

ESTRATTO

NAPOLI  
10-11-12 OTTOBRE 1996



## LE COMPLICANZE CONNESSE ALLA DISINCLUSIONE CANINA

GALASSINI G., MALTAGLIATI M., VALENTE S.

*Università degli Studi di Genova  
Cattedra di Chirurgia Speciale Odontostomatologica  
Direttore: Prof. P. E. Mangiante*

### INTRODUZIONE

Tra gli elementi che possono rimanere inclusi, il canino superiore, dopo il terzo molare è il dente che più frequentemente rimane incluso (1-3%).

Il canino superiore è particolarmente predisposto all'inclusione poiché è il penultimo dente a comparire in arcata e presenta un percorso eruttivo difficoltoso e più lungo rispetto agli altri denti.

Nell'economia dell'apparato stomatognatico questo elemento dentale ha un'importanza fondamentale sia dal punto di vista funzionale che estetico; e quindi obiettivo molto importante per l'odontoiatria compiere ogni sforzo per recuperare in arcata tale elemento dentale, ogni qual volta questo rimanga incluso nel mascellare.

### CLINICA

Le cause della ritenzione del canino sono molteplici e le varie possibilità terapeutiche dipendono proprio da esse.

Le situazioni che più frequentemente possono presentarsi sono:

- Deficit di spazio in arcata
- Precoce rimozione del deciduo o persistenza dello stesso oltre il tempo fisiologico per mancato riassorbimento radicolare.
- Presenza di ostacoli meccanici quali odontomi-sovrannumerari-cisti follicolari.
- Malformazioni dei mascellari (disostosi cleidocranica-progenismo labio palato-schisi).
- Malformazione primaria del germe dentale.
- Traumatismi a carico dei decidui.
- Anchilosi del canino conseguente a trauma.
- Cause di origine generale (Ereditarietà, disturbi endocrini-Ipoavitaminosi) presenza di una bozza palatale o vestibolare qualora il dente sia particolarmente superficiale. La terapia elettiva nell'in-

clusione è l'esposizione chirurgica della corona e la trazione in arcata mediante un'apparecchiatura ortodontica.

La fase preparatoria dell'intervento prevede la corretta localizzazione mediante appropriati esami radiografici quali l'ortopantomografia, la telerradiografia laterale del cranio per precisare i rapporti del dente incluso con i denti vicini.

In quei casi in cui permangono dubbi, si possono utilizzare radiografie endorali occlusali e iuxtagengivali con la tecnica di Clark, la quale, comparando due radiografie sfalsate sull'asse trasversale permette di stabilire quale oggetto è più vicino alla lastra, determinando con maggior precisione l'esatta posizione vestibolare o palatale del canino incluso.

Le metodiche chirurgiche differiscono a seconda della localizzazione vestibolare o palatale tenendo conto come sia importante qualora ci troviamo di fronte ad una inclusione vestibolare, utilizzare un lembo mucogengivale con trasposizione apicale della gengiva cheratinizzata, questo al fine di dotare il dente riposizionato di un parodonto il più possibile integro.

Non sempre però il riposizionamento dei canini inclusi in arcata è privo di inconvenienti che possono pregiudicare il buon esito del trattamento.

Le principali complicanze collegate alla disinclusione canina sono:

- Il riassorbimento dell'osso adiacente.
- Il riassorbimento radicolare a carico dei denti contigui.
- L'anchilosi.

Il riassorbimento dell'osso adiacente, durante la fase di disinclusione è un'evenienza possibile dovuta principalmente a due fattori:



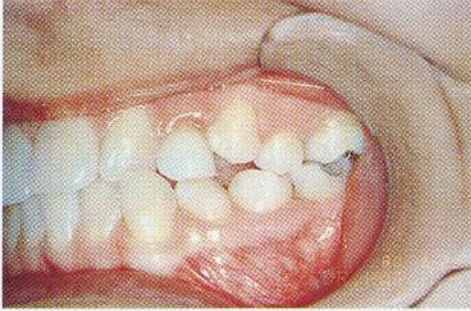


Fig. 1. Caso clinico n. 1: Paziente di anni 21 con inclusione Carica superiore bilaterale

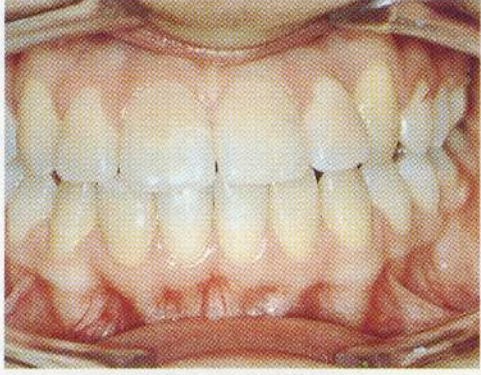


Fig. 5. Caso finito

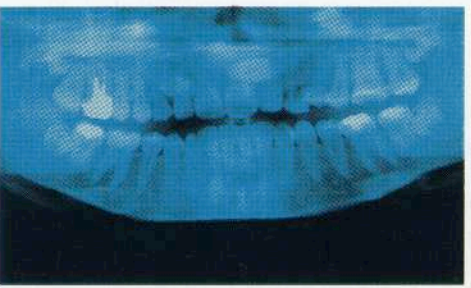


Fig. 2. Ortopantomografia iniziale



Fig. 6. Ortopantomografia a fine trattamento

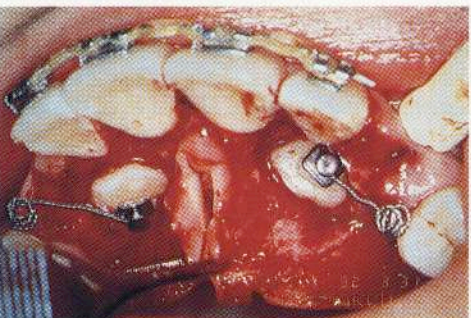


Fig. 3. Fase chirurgica

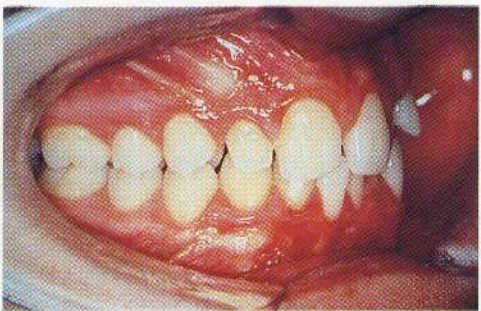


Fig. 7. Caso clinico n. 2: paziente di anni 13 con inclusione del canino superiore di Dx

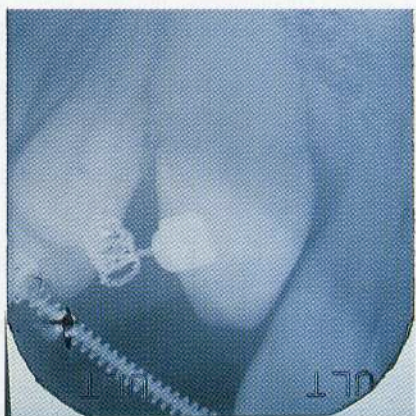


Fig. 4. Rx di controllo durante il trazionamento

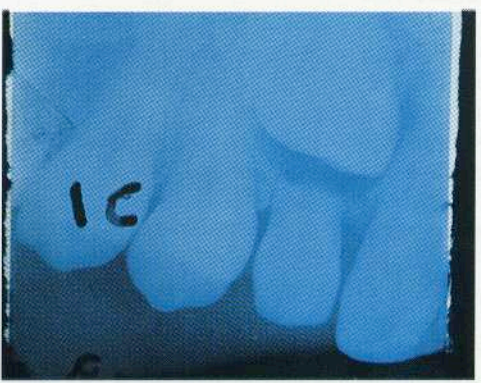


Fig. 8. Rx che evidenzia il riassorbimento della radice del laterale sup. Dx



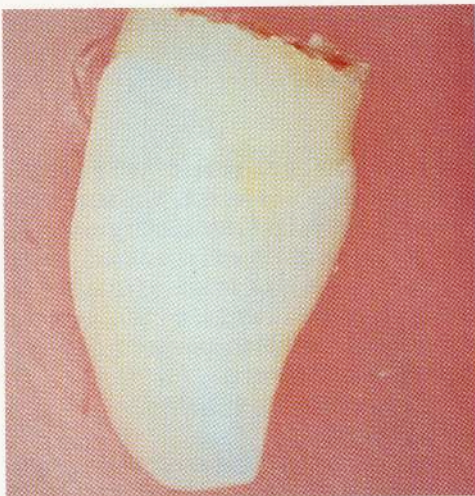


Fig. 9. Incisivo laterale estratto



Fig. 10. Riposizionamento del canino ritenuto

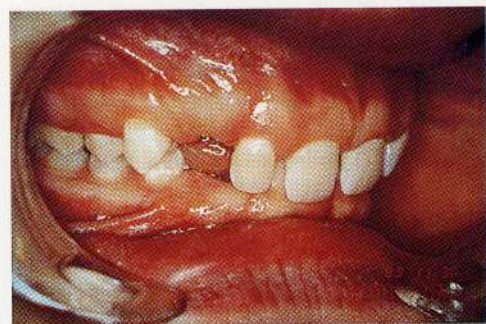


Fig. 11. Caso n. 3: Paziente di anni 15 con quattro canini inclusi lato sup dx

- il primo legato alle dimensioni del canino che inclinandosi a ridosso del laterale ne causa il riassorbimento osseo spontaneo;
  - il secondo può essere determinato dalla direzione di trazione a cui il canino incluso viene sottoposto dopo l'intervento chirurgico. Questa evenienza è dovuta al fatto che il canino per poter essere riportato correttamente in arcata deve percorrere un tragitto quasi obbligato che lo fa passare proprio a ridosso del laterale.
- Per prevenire tale complicità è necessario prima

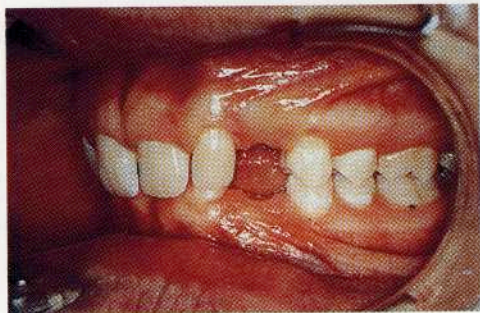


Fig. 12. Stesso paziente lato sup.sx

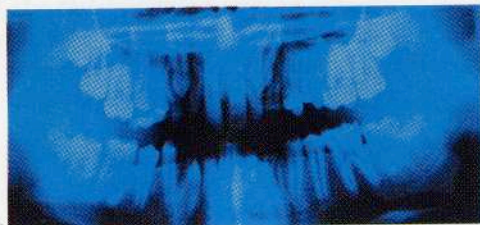


Fig. 13. Ortopantomografia iniziale

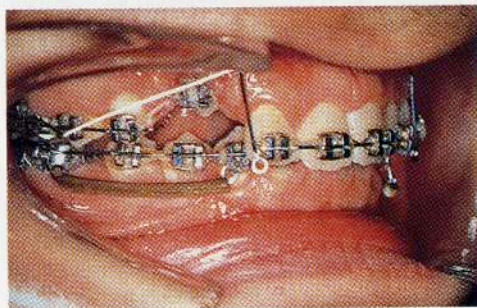


Fig. 14. Canino sup. dx anchilosato

di procedere all'atto chirurgico e alla trazione, creare uno spazio in eccesso fra il laterale e il premolare.

In questa condizione sarà possibile non solo cercare di trazione il canino al centro di questo spazio, ma anche lo sbrigliamento chirurgico potrà essere fatto quanto più possibile nel rispetto dell'osso interprossimale.

Altra conseguenza negativa in seguito alla disinclusione canina è il riassorbimento che si può verificare a carico delle radici dei denti ad esso adiacenti. Il più delle volte il riassorbimento radicolare è fortunatamente di modesta entità, ma vi sono anche casi molto gravi in cui si può giungere alla perdita dell'elemento dentario (2° caso clinico). Tale evenienza è piuttosto rara in quanto poiché essa si verifichi il canino deve trovarsi in posizione "centrale" rispetto agli incisivi centrali o laterali,



mentre i canini inclusi si trovano generalmente in posizione palatina abbastanza disassati rispetto agli incisivi laterali. Per prevenire tale evenienza è di fondamentale importanza intervenire precocemente con un'adeguata terapia ortodontica preparatoria finalizzata a creare uno spazio sufficiente e talvolta in eccesso per poter riportare correttamente in arcata il dente ritenuto.

Ultima complicanza possibile è l'anchilosi dell'elemento che stiamo riposizionando. La causa dell'anchilosi può essere ritrovata in un trauma pregresso che va individuato nell'anamnesi, altre volte l'eziologia rimane ignota anche se non viene escluso il ruolo patogenetico di alcune malattie sistemiche.

L'anchilosi si verifica quando il cemento della radice abbia fatto corpo unico con l'osso circostante, questo può succedere anche su una superficie ridotta di cemento.

È sufficiente quindi una lesione del legamento parodontale, anche piccola, per permettere la formazione di un ponte osseo tra l'alveolo e la radice. Una volta realizzatasi l'anchilosi, il legamento parodontale non esplica più la sua funzione fisiologica, l'elemento dentale cessa quindi definitivamente di erompere.

Primo segno dell'avvenuta anchilosi è la mancanza dello spostamento dentale pur agendo con forze corrette sia in termini di intensità che di direzione. Obiettivamente se il dente anchilotico è parzialmente eretto, presenta alla percussione il classico suono metallico come se il colpo fosse portato direttamente sull'osso e non sul dente.

L'esame radiologico può evidenziare la totale scomparsa dello spazio parodontale tra la radice e l'osso alveolare.

## CASI CLINICI

### 1° caso clinico:

trattasi una paziente adulta di anni 21 la quale presenta un'inclusione bilaterale dei canini superiori. In conseguenza della posizione del canino a ridosso del laterale si ha una certa perdita di osso distalmente all'incisivo laterale.

### 2° caso clinico:

paziente di anni 13 che presenta l'inclusione del canino superiore di destra. All'esame radiografico

si può evidenziare come il canino incluso abbia eroso la radice dell'incisivo laterale a tal punto da causarne la perdita.

### 3° caso clinico:

paziente di anni 15 che presenta tutti e quattro i canini inclusi. Si è provveduto allo scappucciamento e al relativo riposizionamento in arcata dei denti. Mentre per tre elementi non c'è stato nessun problema e il loro allineamento in arcata è stato ottenuto in maniera corretta, il canino superiore di destra, dopo un iniziale spostamento si è bloccato in quanto anchilosato.

## CONCLUSIONI

Il trattamento chirurgico ortodontico è sicuramente il trattamento d'elezione qualora ci trovassimo di fronte a canini inclusi in pazienti in cui questa patologia sia stata diagnosticata in giovane età.

La scelta della tecnica chirurgica più adatta non può prescindere da un'approfondito esame clinico e radiologico.

Non di meno in alcuni casi ci possiamo trovare di fronte ad alcune insidie terapeutiche che possono complicare il risultato finale del trattamento stesso.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Balbi P. et coll. *"Trattamento chirurgico ortodontico nella ritenzione di canini superiori permanenti"*. Mondo Ortod. 1981.
- 2) Levrini, Ronchi *"Trattamento chirurgico ortodontico dei canini superiori inclusi"*. Mondo Ortod. 39-66, 1986.
- 3) Merlini C. e coll. *"Denti ritenuti, denti inclusi: problemi diagnostici, clinici, terapeutici"*. Mondo Ortod. 1983.
- 4) Merlini C., Gallini G. *"Diagnosi precoce e terapia delle inclusioni"*. Mondo Ortod. 5, 1981.
- 5) Quaranta M. *"Problemi chirurgico ortodontici dei denti inclusi"*. Mondo Ortod. 5, 1981.
- 6) Silvestri A., Caputo A., Domenici A.M. *"Il riposizionamento ortodontico dei canini inclusi"*. Mondo Ortod. 13-39, 1988.
- 7) Scotti R., Brighetti G., Sabbatini A. *"Atlante di piccola chirurgia orale"* Cides odonto ediz. internaz. 1986.