

I denti che non compaiono

Possono essere molari, premolari, canini o incisivi.

A seconda dei casi l'intervento può essere l'estrazione o il riposizionamento in arcata

a cura del prof. Marco Finotti



L'inclusione dentaria è un'evenienza frequente nei pazienti e consiste nella persistenza di uno o più elementi dentari all'interno dei mascellari superiori o inferiori oltre la normale età di eruzione, una patologia che colpisce più frequentemente il sesso femminile. I denti che più frequentemente vanno incontro all'inclusione sono i denti del giudizio, poi i canini, quindi gli incisivi e i premolari.

La diagnosi di inclusione dentaria viene effettuata con adeguata visita associata a un approfondito esame radiologico. La visita permette di sospettare l'inclusione dentaria quando si individua la persistenza del dente da latte oltre l'età corretta o se manca dopo la perdita del dente da latte. La diagnosi definitiva e di certezza però può essere effettuata solo con l'esame radiologico mediante radiografie endo-orali, ortopantomografie e, soprattutto, con la Tac-dentanscan, un esa-



Le cause

I motivi che impediscono il normale sviluppo degli elementi dentari in arcata possono essere locali o generali:

- presenza e persistenza dei denti decidui (da latte);
- denti soprannumerari, cioè denti in più che ostacolano lo sviluppo dei denti normalmente presenti;
- malposizione del dente che si trova in posizione diversa da quella normale;
- trauma a carico dei denti da latte (molto frequente nel caso degli incisivi di bambini con i denti superiori sporgenti), o a livello osseo, quindi più importante;
- malocclusione dentaria, cioè alterazione dell'occlusione per cui non vi è lo spazio sufficiente per permettere la comparsa in arcata dell'elemento dentario;
- malformazioni dei mascellari, o delle radici dentali, o delle corone dentali, o patologie come cisti;
- alterazioni ormonali.

me tridimensionale diverso e molto più preciso rispetto ai routinari esami radiologici, che permette non solo di evidenziare l'inclusione ma anche la posizione e inclinazione e i rapporti dei denti inclusi con le radici degli altri denti che talvolta possono venire danneggiate con riassorbimento.

La terapia che solitamente si effettua è in funzione dell'elemento incluso e della sua importanza in arcata. Come detto il dente più frequentemente incluso è il dente

del giudizio o terzo molare: in questo caso la diagnosi di inclusione viene fatta in età adulta in virtù della sua tarda maturazione. Una volta diagnosticato si decide o no se procedere all'estrazione.

Spesso però l'estrazione viene effettuata in età infantile, quando ancora il dente è immaturo con radici non sviluppate o sviluppate solo parzialmente durante l'eventuale cura ortodontica, poiché l'intervento risulta per noi chirurghi e per i piccoli pa-

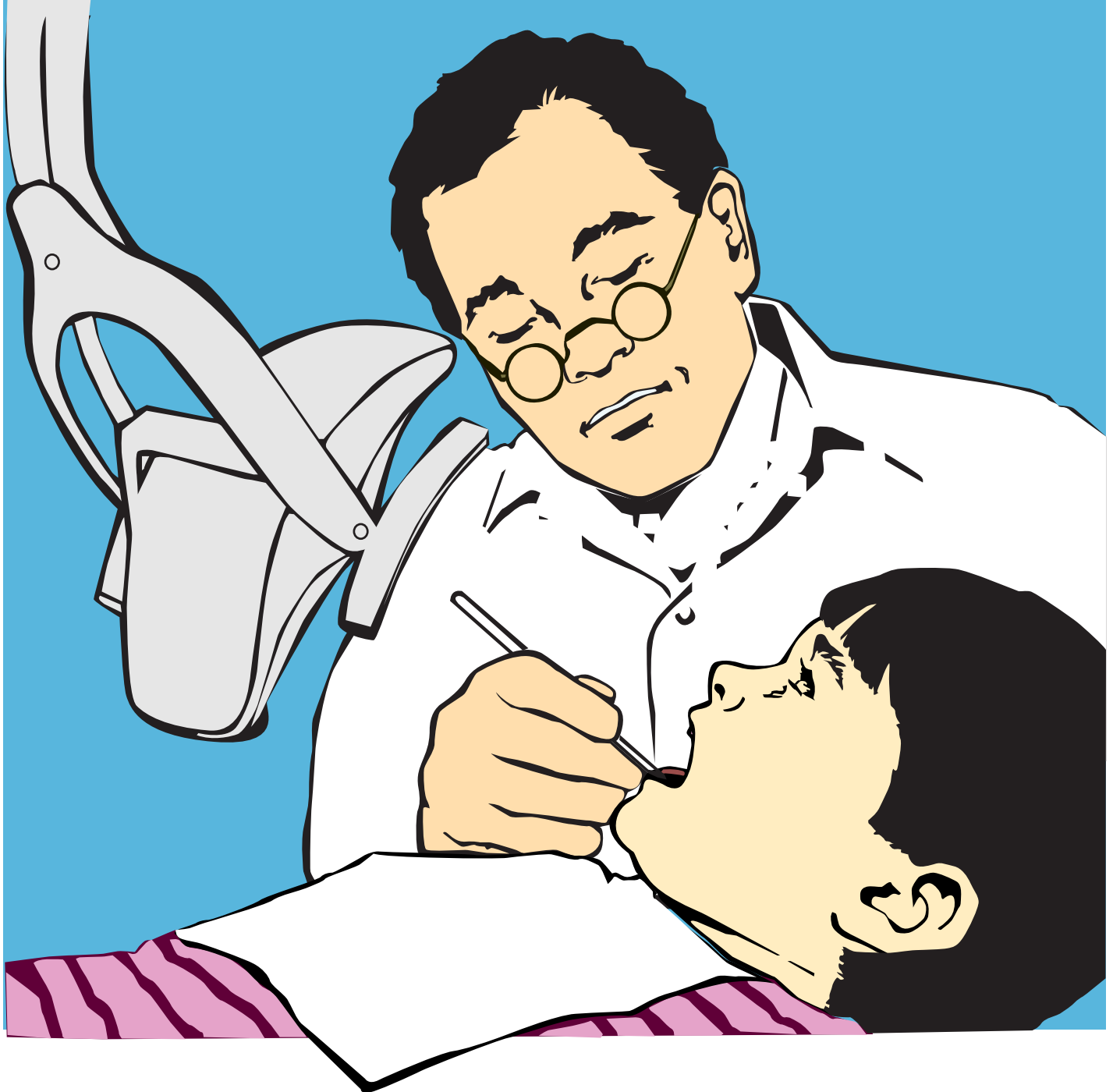
“

L'evoluzione della specie umana comporta una progressiva riduzione delle dimensioni dei mascellari e quindi dello spazio a disposizione, associato a una riduzione anche della frequenza dello sviluppo dei denti del giudizio che spesso mancano ma che, quando presenti, raramente trovano lo spazio adeguato per comparire correttamente in arcata

”



zienti più semplice e a ridotto rischio rispetto alle estrazioni degli ottavi inclusi con radici completamente sviluppate che richiedono una chirurgia più aggressiva e maggiormente invasiva. Negli adulti spesso si estraggono i denti del giudizio in quanto possono danneggiare le radici dei settimi o secondi molari o favorire sempre in questi denti la formazione di carie o di lesioni parodontali con formazione di profonde tasche. Altri fattori che ne consigliano l'estrazione sono la formazione di cisti pericoronariche e di infiammazioni gengivali come pure necessità protesiche. È frequente decidere di estrarne 2 o addirittura tutti e 4 i denti del giudizio nella stessa seduta in anestesia locale o in sedazione endovenosa così da determinare un minor stress al paziente con il disagio di



solo qualche giorno di edema o ematoma e di una sola terapia antibiotica.

Completamente diverso è l'atteggiamento verso i canini inclusi, che essendo elementi dentari di fondamentale importanza per la nostra occlusione sia dal punto di vista funzionale che estetico si cerca sempre, se possibile, di recuperare ortodonticamente e riposizionare in arcata. Chiaramente l'efficacia della terapia è in funzione oltre che della posizione del canino incluso anche dell'età del paziente in quanto più elevata è l'età più elevato è il rischio di anchilosi dell'elemento dentario, anche se oggi si eseguono routinariamente trattamenti ortodontici con recupero di canini inclusi anche a 40-50 anni con estrema soddisfazione sia di noi curanti che dei nostri pazienti. Per i canini è importante l'osservazione precoce dei giovani

pazienti: spesso un'inclusione può essere evitata solo con delle terapie intercettive eseguite in età corretta.

Anche nel caso di inclusione di incisivi e premolari, se possibile, il recupero degli elementi in arcata deve essere sempre ricercato e perché ciò sia possibile è necessaria sempre una diagnosi precoce e quindi valutare nei pazienti in età infantile la tendenza all'inclusione dentaria, cosa assolutamente possibile con le moderne tecniche radiologiche e diagnostiche. A sviluppo scheletrico avanzato o peggio ultimato, infatti, la carenza di spazio rende spesso necessaria l'estrazione dell'elemento incluso.

Come sempre avviene in medicina anche in questo settore la prevenzione permette, quindi, un ripristino ideale e completo della masticazione.



PROF. MARCO FINOTTI
MEDICO CHIRURGO
ODONTOIATRA

Laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Ortognatodonzia a Padova.

Prof. A.C. Università degli Studi di Padova. È stato docente in Chirurgia Paradontale e Implantoprotesi alle Università Popolari di Caserta e Milano. Libero professionista a Padova e Milano.

www.agendasalute.com