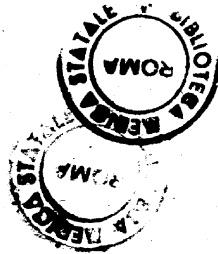


Mon 11/2/45 - 45

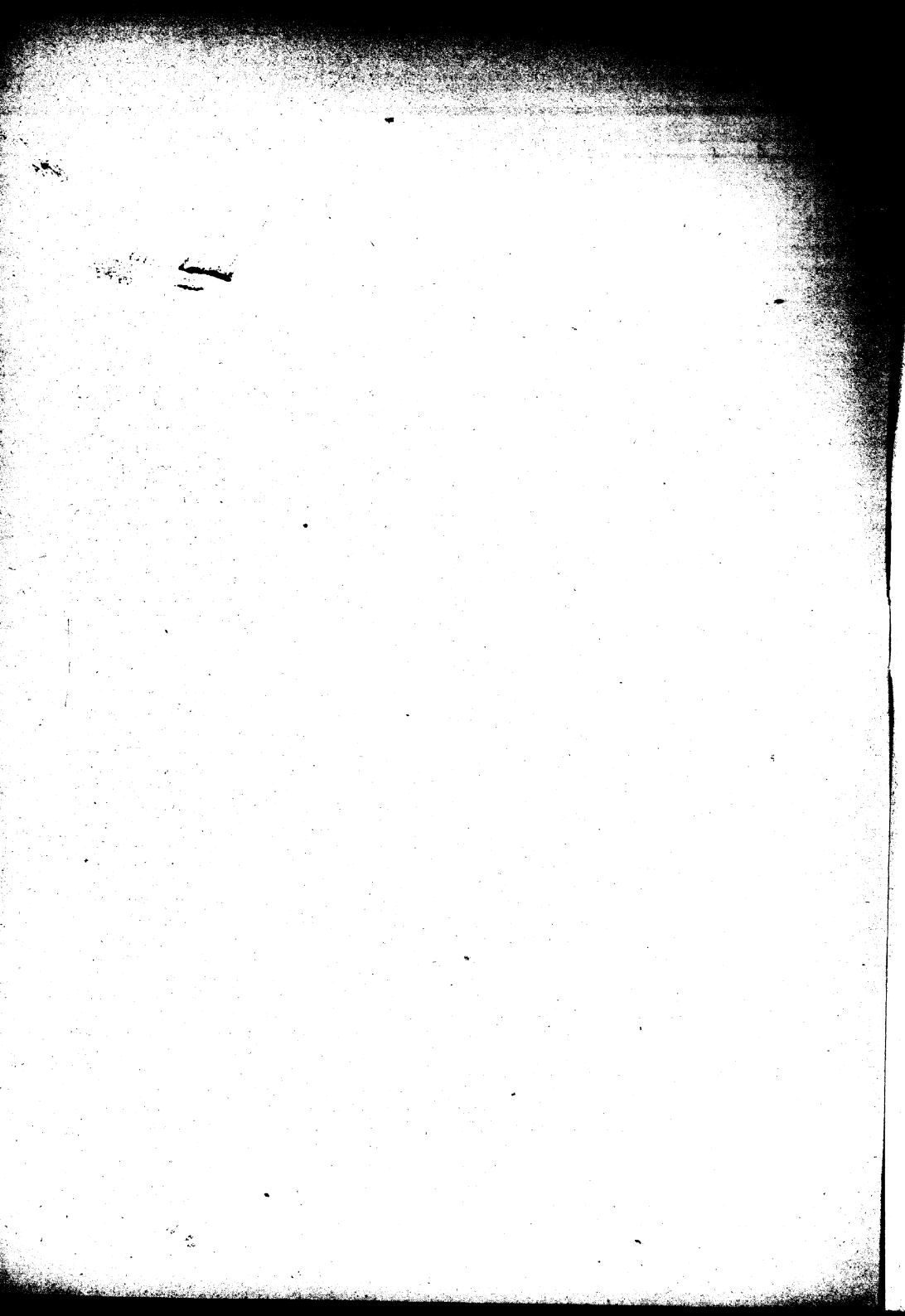
M. NICOLO

FRATTURE DELLA MANDIBOLA DI DIFFICILE DIAGNOSI

*Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA",
Anno III - N. 12 dicembre 1941-XX*



1941-XX
NUOVE GRAFICHE S. A. - ROMA
VIA, ADDA 129-A



CLINICA ODONTOIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

DIRETTORE: SEN. PROF. A. PERNA

FRATTURE DELLA MANDIBOLA DI DIFFICILE DIAGNOSI

M. NICOLÒ

Direttore del Rep. Stomatologico dell'Ospedale Militare di Roma

La diagnosi di una frattura della mandibola quando esistono tutti i sintomi caratteristici non presenta difficoltà; talora la frattura si rende manifesta anche se esiste uno solo di tali sintomi. E' necessario naturalmente che lo stomatologo, allorchè si trova di fronte ad un ferito della faccia, si ponga nelle migliori condizioni di osservazione. Quindi occorre anzitutto che venga tolto qualunque fasciatura applicata alla testa o al collo ed esaminare il ferito sulla nostra poltrona o, qualora ciò non sia possibile, anche sul letto, ma preferibilmente seduto, facendogli appoggiare la testa. Si rende poi indispensabile una buona illuminazione.

In molti casi la sola ispezione è sufficiente per stabilire la diagnosi. Infatti con l'ispezione oltre che renderci conto dell'esistenza o meno di ecchimosi, di ferite dei tegumenti e dell'esatta localizzazione di queste, ci è dato osservare ancora se vi è deformazione della mandibola.

A proposito della deformazione della mandibola PERNA scrive: « Si comprende come sia di grande importanza diagnostica la deformità della mandibola e l'alterato rapporto di combaciamento delle arcate dentarie. In molti casi con la semplice ispezione della cavità boccale, delle arcate dentarie e dei loro rapporti si può fare la diagnosi di frattura non solo, ma della localizzazione e del tipo di essa. La particolare modificazione del corpo della mandibola, ad esempio, in forma di *mascella di serpente*, indicherà la frattura anteriore con perdita di sostanza. Lo spostamento in basso ed all'interno del tratto mentoniero della mandibola starà per la frattura bilaterale del corpo di essa. La deviazione di gran parte dell'arcata dentale inferiore verso uno dei lati, in basso ed indietro, mentre l'altra porzione minore è deviata in alto ed all'interno, rivela la frattura laterale del corpo di quel lato verso il quale esiste lo spostamento.

Lo spostamento e la rotazione in basso di una metà dell'arcata dentaria, mentre l'altra metà conserva — o presenta poco alterati — i suoi rapporti normali di combaciamento

sta per una frattura doppia del corpo: mediana l'una e posteriore l'altra.

La deviazione di tutta l'arcata dentaria inferiore verso uno dei lati denota una frattura posteriore del corpo o dell'angolo della mandibola, o del condilo, al di sotto della inserzione del muscolo pterigoideo esterno.

La inclinazione del piano di combaciamento dei denti inferiori, in maniera che in posizione di chiusura delle arcate i denti di un lato tocchino gli antagonisti superiori prima che i denti del lato opposto lo facciano con quelli superiori corrispondenti, mette in evidenza una frattura della branca verticale, con raccorciamento di essa; della branca di quel lato dove il contatto dentario avviene prima ».

Da quanto sopra si deduce che la presenza di un solo sintomo può non solo farci porre con tutta sicurezza la diagnosi di frattura della mandibola, ma ci permette di stabilire anche il tipo clinico della frattura stessa.

Un'altro sintomo patognomico è la mobilità preternaturale, sintomo che non sempre è necessario ricercare mediante la palpazione; non di rado è sufficiente la sola ispezione. Infatti vi sono delle fratture anteriori e laterali del corpo della mandibola in cui basta far eseguire al paziente movimenti di chiusura e di apertura della bocca per constatare la netta mobilità dei frammenti. Per esempio allorchè il tratto di frattura passa tra i due incisivi centrali inferiori senza che si sia verificata perdita dei denti, se si invita il paziente ad eseguire movimenti di apertura e di chiusura della bocca, si può osservare che in questi movimenti della mandibola i due incisivi centrali prima si allontanano poi si avvicinano; ciò è dovuto a mobilità anormale dei frammenti ossei. Basta questo segno per fare la diagnosi.

Infine non di rado ci è dato osservare delle ferite in una delle regioni della faccia in cui l'osso comunica con l'esterno; anche in tal caso la sola ispezione ci rende chiaramente visibile la frattura.

Ma non sempre l'impostazione della diagnosi si presenta così facile, perchè non in

tutti i tipi clinici di frattura la sintomatologia è così chiara da non lasciar dubbi sul diagnostico; vi sono casi in cui i sintomi presenti hanno solo un valore di probabilità e che conviene vagliare attentamente per non incorrere in errori.

Tale è, per esempio, il sintomo *dolore*, che esiste ogni qualvolta esiste una frattura, ma che può esserci anche quando frattura non c'è e trovare la sua origine nella pura e semplice contusione della mandibola; può avvenire quindi che basandosi sul sintomo dolore si diagnostichi una frattura inesistente oppure che si ritenga trattarsi di contusione laddove è presente una frattura.



FIG. 1.

Tutti sappiamo che la frattura semplice dell'angolo, senza spostamenti, presenta una sintomatologia scarsa e vaga per cui sovente il solo esame clinico non è sufficiente per stabilire la diagnosi. Così pure segni clinici molto poco evidenti si hanno nella frattura della branca montante in cui per la inserzione del muscolo massetere all'esterno e dello pterigoideo interno all'interno non si verifica alcun spostamento. E senza spostamenti decorrono le fratture sottocondiloidee basse, tanto che non di rado possono passare inosservate e confuse con una contusione della regione temporo-mandibolare.

Ciò premesso, riteniamo utile ricordare un caso clinico in cui una frattura della regione angolare rimase per vari mesi sconosciuta. Venuto sotto la nostra osservazione, la constatazione di una singolare lesione dentaria ci fece sospettare e scoprire l'esistenza di una frattura della mandibola.

All'ambulatorio del reparto stomatologico dell'ospedale militare il 26 agosto u. s. si presentò il soldato A. R. di anni 23, il quale accusava dolore nella regione dei molari inferiori di sinistra, che rendeva penosa la ma-

sticazione; aggiunse inoltre che non gli era possibile aprire completamente la bocca.

Dall'anamnesi apprendemmo che il 24 maggio u. s. il suddetto militare, trovandosi sul « Conte Rosso », avendo spiccato un salto per scendere nella scialuppa di salvataggio, cadde battendo con la guancia sinistra contro la scialuppa stessa. Visitato parecchi giorni dopo il trauma all'infermeria del Corpo fu fatta diagnosi di contusione ed escoriazione alla guancia sinistra. La tumefazione che seguì alla contusione sparì dopo circa tre settimane; solo persistettero i sintomi cui abbiamo sopra accennato.

Esame obiettivo. All'ispezione non si notarono lesioni dei tegumenti esterni, non ecchimosi nè deformazioni del viso. Invitando il paziente ad aprire la bocca si notò che l'apertura non era normale e precisamente non era completa. L'osservazione dei denti ci mostrò le arcate dentarie al completo. Nessuna turba dell'articolazione. Eseguendo la palpazione dall'articolazione temporo-mandibolare alla sinfisi del mento si provocava lieve dolore in corrispondenza della regione angolare di sinistra, la continuità dell'osso non apparve in nessun punto interrotta. La palpazione accurata eseguita allo scopo di ricercare un'eventuale mobilità preternaturale dette risultato negativo.

L'esame dei singoli denti ci fece rilevare che la percussione esercitata secondo l'asse del dente sull'ottavo mandibolare di sinistra provocava dolore; era però ben eretto, a corona integra e ben infisso nell'alveolo. Assenza di fistole.

Evidentemente si ci fossimo dovuti basare solo sui dati fornitici dall'esame clinico non era facile arrivare alla diagnosi giusta. Infatti i due sintomi che attiravano l'attenzione erano il dolore alla palpazione nella regione angolare di sinistra, il dolore provocato con la percussione dell'ottavo mandibolare dello stesso lato ed il trisma.

Il dolore provocato alla percussione sull'ottavo mandibolare poteva far pensare ad una periodontite cronica, ma con tale diagnosi non ci spiegavamo agevolmente la persistenza del trisma, data l'assoluta assenza di fatti infiammatori acuti.

Sappiamo che il trisma può essere di vario grado; talvolta la bocca può essere aperta, sebbene a stento, e con dolore riflesso, in modo sufficiente per ingerire gli alimenti; talvolta si riesce a divaricare le due arcate dentarie di circa un centimetro; mentre altre volte il trisma è completo (PERNA).

Nel nostro caso, come abbiamo più sopra accennato, il grado del trisma era modico,

tanto che il paziente, sia pure con sensibile molestia, riusciva a nutrirsi ed a mantenere in buone condizioni igieniche la bocca.

A quale causa poteva attribuirsi il trisma? L'origine del trisma va ricercata o in una causa di natura infiammatoria o di natura articolare o di natura cicatrizile; la letteratura infine segnala casi in cui la causa ci sfugge.

Il trisma di origine infiammatoria — il vero trisma — si verifica in seguito a tetano, a disodontiasi dell'ottavo mandibolare, a presenza di sequestri, a stomatite, parotite ecc.

Nel caso da noi preso in considerazione l'esame obbiettivo non ci dava elementi sufficienti per ammettere che il trisma fosse conseguenza di un fattore infiammatorio. Erano senz'altro da escludere lesioni dell'articolazione temporo-mandibolare e retrazioni cicatriziali. Nè era facile trovarne la spiegazione in quella forma di trisma che talvolta si osserva, come abbiamo già accennato, subito dopo traumi anche di lievissima entità, dato che l'incidente rimontava a circa quattro mesi.

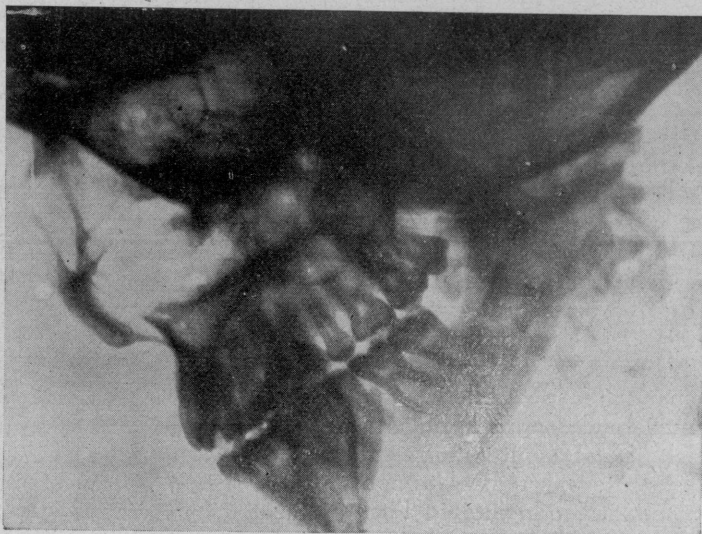


FIG. 2.

Il trisma di origine articolare è conseguenza di un'artrite dell'articolazione temporo-mandibolare; artrite che può essere determinata o da una causa traumatica o da una causa infettiva; nell'uno o nell'altro caso si ha una anchilosi dell'articolazione stessa che provoca il trisma.

Il trisma di natura cicatriziale si osserva frequentemente nei feriti di guerra, i quali abbiano avuto una perdita di sostanza del mascellare inferiore. Oltre alla sostanza ossea vengono generalmente interessati i tessuti molli di rivestimento ed i tegumenti esterni per cui si producono delle briglie cicatriziali che permettono una limitata apertura della bocca.

C'è un trisma infine che insorge per cause non ben precisate; tale, per esempio, è quello che si verifica talvolta in seguito a ferite della faccia di lieve entità o a semplice contusione. Senza dubbio il disturbo è di natura funzionale; secondo alcuni trattasi di un fatto d'indole psichica.

Per risolvere il problema diagnostico di cui il paziente era rimasto vittima, ricorremmo naturalmente all'esame radiografico.

Praticammo anzitutto una radiografia endorale per stabilire se alterazioni vi fossero a carico dell'ottavo mandibolare di sinistra, che, come abbiamo detto, si presentava dolente alla percussione. La radiografia endorale (fig. 1) mise in evidenza che il dente era normalmente sviluppato, a corona integra; nulla di notevole a carico della radice distale. La radice mesiale invece poco più in basso del suo attacco alla corona presentava una discontinuità che ci fece pensare ad una frattura della medesima, nonostante che la linea di frattura non fosse ben netta.

Di fronte ad un simile reperto decidemmo senz'altro di procedere all'estrazione dell'unità dentaria in questione, estrazione che venne eseguita con la massima cautela e non presentò difficoltà di sorta. L'atto operativo confermò la diagnosi radiografica, infatti i becchi della pinza contenevano solo la coro-

na e due radici distali di cui una esilissima; provvedemmo poi a destrarre la radice mesiale che si presentò diforcata.

Dopo qualche giorno dall'intervento la masticazione non era più penosa, però persisteva la limitazione dell'apertura buccale.

Naturalmente le nostre indagini non si fermarono qui.

L'aver constatato la frattura della radice mesiale nell'ottavo mandibolare ci stimolò a ricercare la causa di tale frattura e possibilmente a spiegarci con quale meccanismo tale causa aveva agito. Ponemmo anzi tutto come base tre fatti essenziali: il paziente non ricordava di aver sofferto di affezioni dentarie; nessun processo patologico esisteva a carico dell'unità dentaria in questione, nè del rispettivo paradenzio che avesse potuto giustificare la frattura radicolare; i disturbi accusati dal paziente erano insorti dopo il trauma cui abbiamo sopra accennato.

Ciò assodato si doveva sen'altro ammettere che la frattura della radice mesiale dell'ottavo mandibolare era stata provocata dal colpo battuto con la guancia sinistra contro la scialuppa di salvataggio. A tal punto sorgeva logica la domanda: è possibile che in seguito ad un trauma quale sopra l'abbiamo descritto, si verifichi isolatamente la frattura della radice di un dente pluriradicolato con le modalità ricordate, lasciando integro l'osso che la circonda? Non è più probabile che

vi sia una concomitante frattura dell'osso, la quale per la sua sede sfugge all'esame clinico?

Anche a questo interrogativo rispose esaurientemente l'esame radiografico, il quale mise in evidenza una linea di frattura che partendo dalla radice mesiale dell'ottavo mandibolare di sinistra con decorso tortuoso e obliquo dall'avanti all'indietro raggiungeva il margine inferiore della branca orizzontale, lungo il quale non si notava alcun dislivello (fig. 2).

Il trattamento della frattura fu molto semplice. Non esistendo spostamenti di sorta, il primo tempo, cioè la riduzione, non si rese necessaria. Con l'aiuto di una fionda provvedemmo a mettere in riposo la mandibola e per breve periodo tenemmo il paziente a vitto liquido.

Fu eseguita dopo 40 giorni una radiografia di controllo (fig. 3); la frattura si presentò ben consolidata. In poco tempo il paziente riacquistò la perfetta *restitutio ad integrum* della funzione.

RIASSUNTO

L'A. tratteggia innanzitutto alcuni tipi clinici di frattura della mandibola in cui l'esame clinico non è sufficiente per stabilire la diagnosi. Riporta poi un caso di frattura dell'angolo, a sintomatologia scarsa e dubbia, scoperta dopo circa 4 mesi dal trauma che l'aveva prodotta; l'indirizzo diagnostico venne fornito dalla presenza di una singolare lesione dentaria.

BIBLIOGRAFIA

- BERETTA: « La Stomatologia », 1916.
 BLACK A. D.: « Dental Review », 1907.
 CASAROTTO G.: « La Stomatologia », dicembre 1916.
 CAVINA: « La Stomatologia », 1915.
 CHENET: « La Revue de Stomat. », febbraio 1933.
 DE VECCHIS: « Riforma Medica », 1922.
 — « La Stomatologia Italiana », 1941.
 EGGER FRITZ: « Beiträge zur Klinischen chirurgie », 1912.
 GAUTHIER et LHEUREUX: « Compte rendus du Congr. dent. interalliés », 1916.
 IMBERT M. L.: « Les fractures de la branche montante. Compte rendu du Congr. dent. interalliés », 1916.
 MASSON L.: *Etude expérimentale sur le mécanisme des fractures du maxillaire inf.*, 1911.
 MOREL-LAVALLÉE: « Bullet. Soc. de Chir. de Paris », 1858.
 OSIMO G.: « La Stomatologia », 1916.
 PALAZZI: *Trattato di odontologia*.
 PERNA: *Fratture delle ossa mascellari*, 1919.
 — « Giorn. medic. milit. », 1919.
 — *Trattato pratico di odontoiatria*.
 PONROY et PSAURNE: *La pratica stomatologica*, VIII.

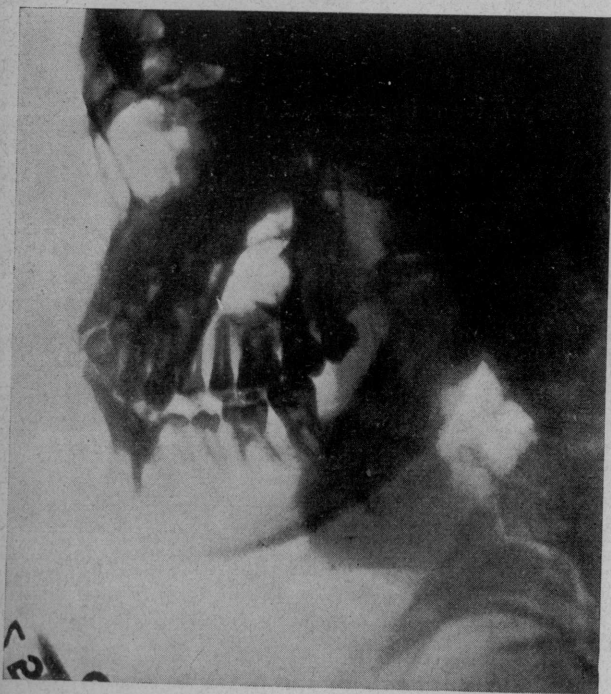


Fig. 3.

344552

