

Mora B72/

50

Dott. L. POLETTI - Dott. E. CAUDANA

129.

Un caso di anomalia di posizione, disinclusione ed erratismo dei canini

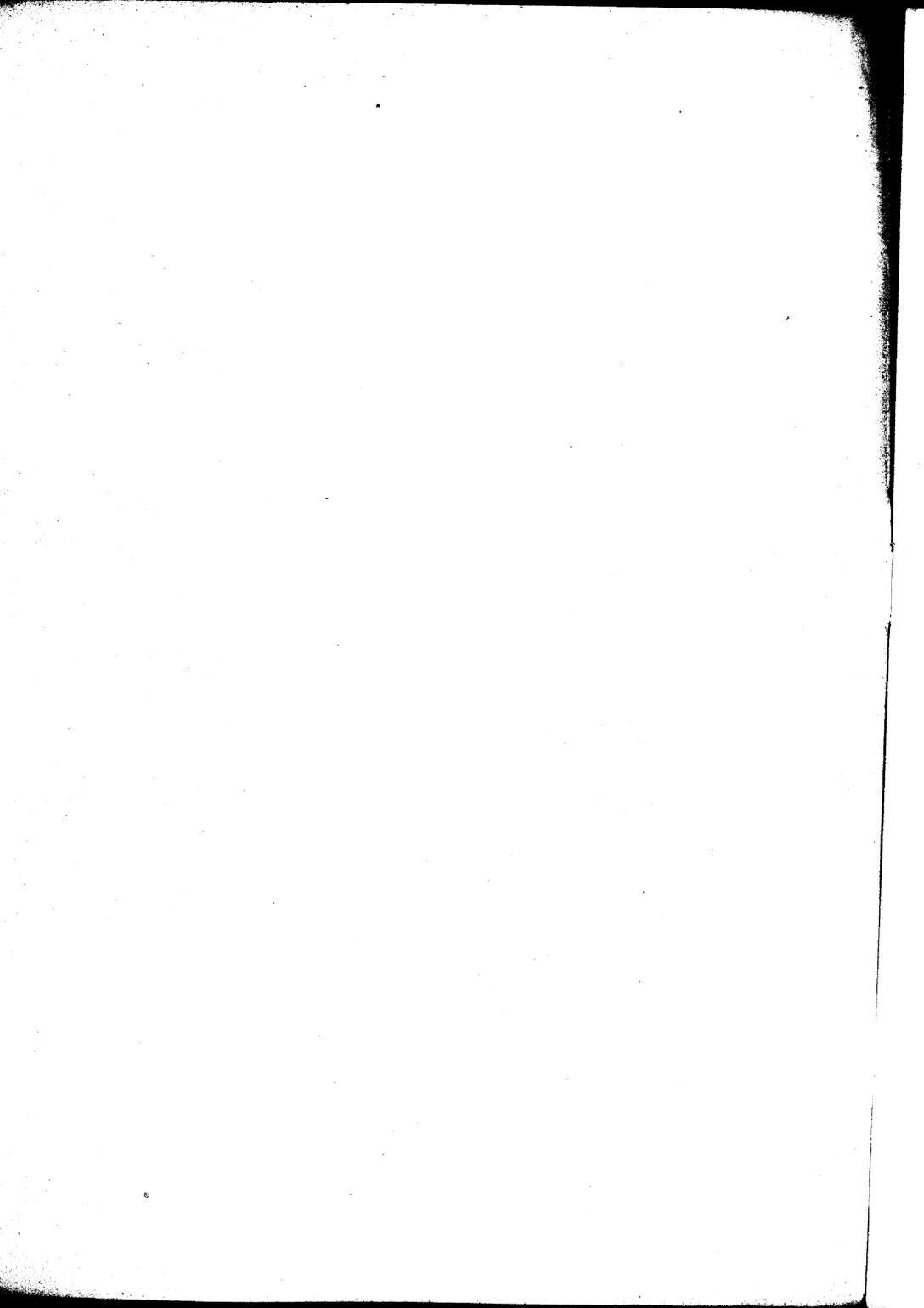
Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA,"



1941-XX

NUOVE GRAFICHE S. A. - ROMA

VIA ADDA 129-A



Un caso di anomalia di posizione, disinclusione ed erratismo dei canini (*)

Dott. L. POLETTO · Dott. E. CAUDANA

Torino

Mentre le anomalie dei mascellari sono abbastanza rare e si riducono, in generale, ad anomalie di forma rientrando nel quadro generale delle grandi distrofie scheletriche, le anomalie numeriche e di posizione dei denti sono assai frequenti e gli studi e le ricerche continuano ad intensificarsi tuttora coll'ausilio soprattutto dell'indagine radiografica, che in poco più di un quarantennio dalla sua nascita ha ampliato i confini anche in questo campo, contribuendo nella ricerca diagnostica con indiscussa certezza e precisione.

Mentre l'assenza completa dei denti è un fatto rarissimo, è abbastanza frequente la diminuzione di numero degli elementi della dentizione permanente, specie per i denti del giudizio inferiori, per gli incisivi laterali superiori e per i secondi piccoli molari superiori.

E' noto che il dente del giudizio e l'incisivo laterale superiore vanno soggetti a varietà filogenetiche a seconda della razza e, taluno afferma (ABES HRDLKA), dello stato di civiltà di un popolo.

La legge di Geoffrey Saint-Hilaire dice che le variazioni numeriche degli organi multipli sono tanto più frequenti e importanti per quanto gli organi sono disposti in serie più numerosi. Tale legge ha valore sia per le anomalie numeriche in aumento, che per quelle in diminuzione.

Fra le anomalie dentarie in diminuzione, molti di questi fenomeni, anziché essere spiegati, come una volta, con la possibilità di una terza dentizione — solitamente parziale — devono essere ricondotti alla seconda dentizione tardiva in quanto che trattasi quasi sempre di elementi ritenuti nel mascellare oltre l'epoca fisiologica.

Riteniamo utile riferire innanzi tutto i concetti sulla ritenzione (o inclusione) secondo vari Autori.

Trattasi di dente ritenuto:

1) quando persiste nei mascellari oltre la epoca fisiologica dell'eruzione (SCHEFF, ZUCKERKANDL);

2) quando persiste nei mascellari a radice completamente sviluppata (KLEIN);

3) quando non ha fatto la sua comparsa dopo il periodo più tardivo in cui normalmente erompe (KOTANYI);

4) quando l'eruzione del dente è resa impossibile dalla sua posizione o da condizioni meccaniche o generali (KRONFELD);

5) quando il dente erompe dopo l'epoca per sé fisiologica (SCHEFF), nel qual caso non trattasi, secondo altri A.A. di ritenzione (o inclusione) vera e propria, ma di « dentizio tardata » (KLEIN) per distinguerla da quella « senile » in cui i denti ritenuti spuntano solo dopo che i vicini (in età matura) sono andati perduti. Quando invece l'eruzione viene provocata da fenomeni passivi (pressione di protesi) dovrà più propriamente trattarsi di *disinclusione* (MÜLLER, FARGIN, FAYOLLE, ROBIN ecc.).

L'etiologia di queste anomalie è varia e tuttora assai discussa. Si sono fatte numerose ipotesi ed enunciate altrettante teorie, ma le une e le altre assai discutibili. E' certo che non esiste una causa unica assoluta per ogni inclusione, ma è da considerare il concorso anche di altre concomitanti nell'evoluzione dell'anomalia. Conviene ricordare che le inclusioni non si verificano unilateralmente, ma interessano singoli gruppi (CAMPATELLI).

Riteniamo interessante l'elencazione delle varie ipotesi che, secondo vari A.A. verrebbero ad essere in causa.

1) Il germe del permanente resta indietro nello sviluppo perchè l'alveolo viene occupato da un dente vicino (SCHEFF);

2) lo sviluppo di mascellari è deficiente ed essi non possono accogliere la dentatura permanente, per cui alcuni elementi non possono apparire (SCHEFF);

3) la formazione del tessuto osseo, che si svolge normalmente dopo il riassorbimento precoce della radice del deciduo, o dopo l'estrazione di questo, è così forte da impe-

(*) Palazzi chiama dente *erratico*, e Saraval *Aberante*, quello che si trova in regioni lontane da quelle della sede normale (fosse nasali, seno mascellare e frontale, orbita, ecc.); *eterotopico* quello che è fissato nelle vicinanze della sua sede per ristrettezza dell'arcata.

dire la fuoriuscita del permanente che resta nell'alveolo e non spunta se non quando l'alveolo sarà atrofizzato (SCHEFF);

4) Permanenza del dente deciduo (SCHEFF) (PALAZZI invece rileva che la permanenza del dente deciduo può essere giustificata appunto dalla mancata eruzione del permanente);

5) posizione viziata del germe del permanente per sviluppo incompleto sia della corona che della radice (SCHEFF);

6) fusione delle radici di due denti vicini (specie del 2° e 3° molare superiore) (SCHEFF);

7) neoformazioni, alterazioni patologiche dell'osso (SCHEFF);

8) mandibola eccessivamente corta (campo di ritenzione del 3° molare inferiore) (SCHEFF);

9) fusione del dente con le ossa circostanti (SCHEFF);

10) ristrettezza anormale delle arcate (SCHEFF);

11) anomalie dell'abbozzo dentario (cisti follicolare) (KLEIN);

12) incongruenza fra l'accrescimento della mascella e sviluppo dei denti (fattori esterni - anomalie ereditarie) (KLEIN);

13) cambiamento di posizione del germe dentario nella sua origine (LUNIATSCHEK);

14) impedimento alla fuoriuscita per incurvamento delle radici, spostamento del germe per tumori, rachitismo, lue, infiammazione del follicolo (LUNIATSCHEK);

15) deformazione dei mascellari (LUNIATSCHEK);

16) mancato riassorbimento delle radici dei decidui (AMODEO);

17) precoce caduta del deciduo (AMODEO);

18) abnorme situazione del germe dentario (AMODEO);

19) disfunzione delle ghiandole a secrezione interna (AMODEO);

20) fattore ereditario (AMODEO);

21) denti soprannumerari e atipici (AMODEO);

22) rachitismo (SARAVAL);

23) processi infiammatori o degenerativi del sacco follicolare (SARAVAL);

24) ostacoli costituiti dai denti vicini o da quelli dell'arcata opposta (SARAVAL);

25) tumori originati da tessuti ossei dentali (SARAVAL);

26) disostosis cleidocranialis;

27) squilibrio endocrino (tiroide, timo) (MULLER, PALAZZI, D'ALISE);

28) squilibri di forza meccanica agenti nella bocca (HERBST).

Ipotesi sulle cause della ritenzione del terzo molare inferiore:

Predisponenti:

29) sviluppo embriologico imperfetto (NODINE);

30) denutrizione (NODINE);

31) rachitismo (NODINE);

32) febbri eruttive (NODINE);

33) anemia (NODINE);

34) allevamento artificiale (NODINE);

35) cretinismo (NODINE);

36) idiozia (NODINE).

Dirette:

37) arresto di sviluppo del mascellare inferiore (NODINE);

38) resistenza e spessore anormale dei tessuti sovrastanti (NODINE);

39) malformazione per eccessiva ristrettezza delle arcate (NODINE);

40) perdita o estrazione prematura dei denti decidui (NODINE);

41) cure ortodontiche errate (NODINE);

42) infiammazione dei mascellari causata da denti cariati (NODINE);

43) momenti costituzionali (KOTANYI, PETER, HERZ).

Per DUNGOIER e BORDSCHAN la causa della incompleta o tardiva dentizione è dovuta a mancata azione tiroidea, avendo osservato che nel mixedema congenito è molto ritardata o manca completamente, e quando i denti erompono sono incompletamente sviluppati ed affetti da carie, o irregolarmente impiantati. Ne danno una prova con risultati conseguiti con la cura tiroidea in questi casi. Una bambina di tre anni, mixedematosa, non ha che sette denti anziché venti come di regola. Dopo tre mesi di cura tiroidea ne aveva diciassette.

A completamento della suesposta rassegna, riportiamo i dati emersi da una casistica di 105 pazienti osservati da RUSPA, il quale ammettendo che le cause della ritenzione vadano ricercate in fattori locali, sussistono talvolta evidenti fattori d'indole generale. Accanto a tali fattori, particolare valore è da attribuirsi, nell'insorgenza della ritenzione dentaria, alle seguenti cause locali:

1) *vizio di insediamento primario del germe*, che fin dalla sua prima fuoriuscita per una verosimile iperattività di penetrazione

ne del bottone epiteliale che ne costituisce l'origine, viene a trovarsi in una sede eccessivamente profonda in seno ai mescolari, per cui la sua eruzione non può avvenire, data l'eccessiva distanza che il dente dovrebbe percorrere per estrinsecarsi verso il cavo orale.

2) *deviazione di sviluppo del germe nel senso topografico*, per cui il suo orientamento viene ad essere falsato rispetto a quello che dovrebbe essere di norma, e di conseguenza ne viene impedita la sua eruzione.

3) *impedimento meccanico dell'eruzione*, per deficiente sviluppo dello scheletro facciale.

4) *ritardo di sviluppo di singoli denti*, per cui, al momento della loro eruzione ritardata la loro sede viene ad essere occupata da un altro dente che li ha preceduti nell'eruzione.

Il meccanismo dell'eruzione dei denti è ancora oggi assai discusso. Predominano tuttavolta teorie che, se non incontrastate, sono dalla maggioranza degli AA. le più accettate. Si ritiene infatti il processo dell'eruzione legato a diversi fattori che agiscono localmente, quali: allungamento delle radici (KOELLICKER, ROSEN, MAGITOT, LEVEQUE), variazioni per sviluppo e degenerazione dei tessuti follicolari, del germe dentale e particolarmente dei globi epiteliali (WARWISCH JAMES e PITTS), modificazione della membrana paradentale (UNDERWOOD) e del tessuto osseo alveolare; od in sostanza dalla sproporzione di sviluppo fra i tessuti costituenti il dente e quelli che lo attorniano (THORNTON, CARTER); aggiungendo quale non ultimo fattore l'aumento della pressione sanguigna (CONSTANT) esercitata sul tessuto che giace al di sotto del dente che si sviluppa e che agisce come forza propulsiva.

Contemporaneamente all'accrescimento, il tetto alveolare va distruggendosi per azione osteoclastica, nel mentre nuovo tessuto osseo va formandosi sulle pareti alveolari favorendo la progressiva eruzione del dente e agendo sul raddrizzamento dello stesso.

Ai suaccennati fattori principali che favoriscono l'eruzione, altri concorrerebbero: formazione sul fondo alveolare di tessuto granuleggiante, pressione sanguigna, azione di muscoli masticatori, abbassamento del bordo alveolare, spinta del connettivo sottoepiteliale.

I citati fattori di eruzione spiegherebbero la normale eruzione dentaria, mentre le anomalie di ritenzione che si rilevano negli elementi dentari sarebbero dovute ad alterate ubicazioni dei follicoli nell'ectoderma.

Dalle ricerche anatomiche, risulta in-

fatti che la parte dominante del dente è di origine epiteliale. Pare che la parte epiteliale (o ectodermica) dia ereditarietà alla forma della corona, alle differenziazioni della stessa, al numero e forse a tutte le caratteristiche dei denti; mentre le condizioni della polpa e della dentina hanno una spiccata influenza sulla grandezza del dente, sulla formazione delle radici e sulla vitalità dell'organo. Le anomalie ectodermiche danno luogo invece a vizi di eruzione, di grandezza, di forma radicolare e si associano con alterazioni circolatorie, secretive, muscolari, mesenchimali e gengivali.

CASO CLINICO

Ottobre 1938:

Suora I., d'anni 52. Riferisce che all'età di 18 anni (1917) le vennero estratti due canini inferiori (destra e sinistra) perchè cresciuti in direzione buccale al di sotto del margine alveolare e precisamente fra i canini rimasti normalmente in sito e i secondi incisivi. Le estrazioni si resero necessarie per disturbi ulcerativi alle labbra provocati dalle corone dei due denti e per alterata articolazione delle parole. La paziente non è in grado di assicurare se i due canini rimasti in sito fossero temporanei; assicura e ricorda soltanto che il dentista che praticò le estrazioni non ebbe a fare particolari rilievi sulla sua dentatura. Ricorda altresì che i due denti estratti apparivano normalmente sviluppati. Riferisce che anche alla mamma parecchi anni addietro venne estratto un dente anteriore superiore (canino?) perchè cresciuto in posizione anormale.

Nel 1934 in seguito a processi distruttivi per carie e conseguenti estrazioni la P. era completamente edentula e da allora venne fornita di due apparecchi completi in vulcanite.

La P. si presenta alla nostra visita con un dente fuoriuscito dalla superficie palatina a circa mezzo centimetro dall'arcata. Ci riferisce che da circa un mese non può far uso dell'apparecchio superiore a causa dell'impedito combaciamento della protesi prodotto dalla presenza di questo nuovo dente, della cui presenza essa non si allarmò, dati i precedenti suoi e della mamma.

Attese lei stessa che il dente avesse raggiunto una sporgenza più pronunciata, pensando che prima non avrebbe accconsentito una presa sicura per l'estrazione.

Esame obiettivo. A mezzo centimetro internamente all'arcata notiamo infatti la presenza di un dente (la corona è per più di metà fuoriuscita), la cui forma ci dà la certezza trattarsi di un canino situato in posizione inclinata dall'alto al basso e da destra a sinistra. Ritenendo superflua una radiografia, procediamo, seduta stante, all'estrazione previa anestesia della volta palatina iniettando in corrispondenza del canale palatino anteriore e del forame infraorbitale. Si estrae un canino di forma e carattere normale. Si rivede la paziente nei giorni successivi e si constata che il decorso della guarigione procede regolarmente.

Settembre 1939:

La paziente si presenta alla nostra osservazione perchè avverte già da qualche mese il rinnovarsi della instabilità dell'apparecchio. Da principio la paziente non attribuì importanza; ma accentuandosi tale fatto e avendo la sensazione di avvertire con la lingua (nei momenti in cui è priva dell'apparecchio protesico) il

innovarsi di altra tumefazione al palato, richiede però un'altra visita.

La P. ci riferisce di avvertire saltuariamente qualche dolore a carattere nevralgico.

Esame obiettivo. In corrispondenza della volta palatina si nota una piccola deformazione nella regione intero-laterale S. Non arrossamento, né dolenzia alla palpazione. Si ha la sensazione di toccare una superficie fibro-mucosa, densa che non lascia percepire la presenza di un eventuale dente incluso.

Dalla radiografia si rileva la presenza di un dente incluso nella fossa nasale sinistra, in posizione inclinata postero-anteriore, e leggermente da sinistra a destra. La parete mediana dell'antro non appare interessata dalla radice del dente (fig. n. 1).



FIG. 1.

Erratismo di un canino nella fossa nasale S.

Previa anestesia con la solita tecnica, completata con l'anestesia nasale mediante un tampono imbevuto di soluzione di cocaina, si pratica l'estrazione del dente per via palatina ritenuta più favorevole, in cui infatti la mucosa per tutta la lunghezza della fossa, si vede sporgere dalla volta palatina parte della corona e, dopo conveniente fresatura del piano osseo attorno al dente, si completa l'estrazione. Si affa la cavità con striscie di garza iodiformica. I tamponi della mucosa tagliata vengono suturati lasciando solo una piccola breccia. Nelle visite successive della cliente si constata che la guarigione procede regolarmente.

Il dente estratto presenta le caratteristiche macroscopiche di un canino, ma di volume alquanto ridotto.

Il caso clinico suesposto merita alcune considerazioni.

Innanzitutto i quattro canini che furono oggetto d'intervento, non si può agevolmente precisare a quale dentizione potessero appartenere, essendosi la cliente presentata alla nostra osservazione quando i mascellari erano già edentuli, privi perciò di elementi di rilievo per una più sicura classificazione.

I due canini estratti nel 1917 avranno potuto appartenere alla seconda dentizione, ritenendo giustificata l'ipotesi che fes-

sero stati costretti ad un'eruzione anomala dalla permanenza dei rispettivi decidui.

Secondo LUNIATSCHEK, la direzione di un germe dentario può essere trasversale rispetto al processo alveolare (per cui il dente può erompere verso il seno mascellare o verso le cavità nasali) oppure linguale o vestibolare. Il canino inferiore è assai meno frequentemente ritenuto per la resistenza della corticale, che si oppone alla deviazione di eruzione vestibolare o linguale. Tale dente, secondo SCHEFF, sarebbe invece favorito a collocarsi trasversalmente.

Non rilevando unità d'interpretazione degli AA. a tale proposito, dovremo risalire ad altra probabile genesi per la spiegazione dell'anomalia.

È stato dimostrato che nel periodo embrionario, esistono germi in soprannumero a quelli normali per i denti (KOLMAN). I primi germi danno origine alla sede normale di denti che occuperanno ciascuno la propria sede. Gli elementi dentari che più tardi si origineranno dai germi embrionari, non potranno fuoriuscire che per un punto di minore resistenza, quando la sede normale sia già occupata da altri elementi, che nel nostro caso possono essere stati anche i decidui. A conferma della nostra supposizione sta il fatto che i due canini sono erotti verso la zona centrale della mandibola (tra il primo ed il secondo incisivo), dove la lamina ossea alveolare va più assottigliandosi.

Siamo tuttavia propensi a ritenere i due canini da noi estratti appartenenti alla serie supplementare, in considerazione dei loro caratteri macroscopici simili ai denti della regione. Altrettanto possiamo ritenere per i due canini inferiori erotti, per uniformità di anomalia.

Le opinioni dei vari AA. sulla serie dei denti che con maggior frequenza vengono ritenuti, non sono concordi.

PPAFF asserisce che non sarebbero mai state osservate ritenzioni di denti decidui. BLOCK-JORGENSEN ha invece dimostrato radiograficamente sette casi di secondi molari inferiori decidui ritenuti. FREI e RUPPE affermano che i denti ritenuti possono essere permanenti, decidui e soprannumerari. SCHEFF che possono essere ritenuti sia i germi, che i denti decidui e permanenti. CAMPATELLI sostiene che i denti inclusi, che appartengono alla serie della dentizione decidua, non si trovano con grande facilità, anzi sono molto rari. Della serie della dentizione permanente (non tenendo calcolo del terzo molare inferiore, la cui frequenza d'inclusione sembra legata a leggi filogenetiche)

la anomalie sarebbero più frequenti in ordine decrescente nei canini, negli incisivi centrali e laterali e nei due primi premolari inferiori.

Questi quattro canini interessati nell'anomalia in uno stesso individuo, riteniamo possano costituire evenienza rara e di maggiore interesse che l'anomalia, isolata, nella fossa nasale del quarto canino, la quale ultima anomalia del resto è già stata riscontrata con relativa frequenza anche da parecchi osservatori. Questa può anche venire spiegata con la migrazione in questa sede dei bottoni della lamina epiteliale, che risalendo verso la tuberosità del mascellare, può contemporaneamente interessare zone vicine, e, attraverso la fessura sfeno-mascellare, anche la stessa cavità orbitaria. È stato a tale proposito rilevato da DE LA PERSONNE e VELTER il caso di una ragazza di 15 anni, sana e senza tare, che si presentò a visita per esoftalmia. Con la radiografia vennero messi in evidenza nella parte posteriore dell'arcata superiore destra sei grossi molari normalmente sviluppati al di sopra dei quali apparivano altri denti soprannumerari, nel mentre che nell'orbita si notava la presenza di alcuni denti più sviluppati.

Questa proliferazione in eccesso è connessa ad uno stimolo che all'epoca della formazione dei follicoli (dalla settima alla diciottesima settimana di vita embrionale per quelli di latte, e dalla sedicesima alla trentaseiesima di vita fetale per gli anteriori permanenti e premolari) agisce sulla lamina dentaria determinando una proliferazione in eccesso.

Turbe evolutive del germe dentario sono confermate anche da PALAZZI le quali porterebbero ad una scissione fra germe dentinale e germe adamantino da cui si originerebbero due denti che volgono poi separatamente.

E possiamo ancora ritenere per verosimiglianza che le anomalie dentarie numeriche in eccesso, possano avere origine:

1) o da *perturbazione* di sviluppo di germi derivati dalla cresta dentaria primitiva per scissione della papilla dentale, o da ripiegatura, o da insenatura della stessa, avendo così gli elementi dentari in soprannumero.

2) o da una *supergermogliazione* della lamina dentaria primitiva, avendosi allora gli elementi dentari supplementari.

Secondo le considerazioni di TODARO, le prime anomalie costituirebbero i casi di *poliodontia atipica* (perchè si allontanano dai

caratteri dei denti della regione ove erompono, per attivazione dei processi di accrescimento della cresta dentaria), mentre le seconde sarebbero legate ad un fenomeno atavico e conservano le caratteristiche dei denti della regione ove erompono. Queste costituirebbero la *poliodontia* come verosimilmente si può ritenere della terza dentizione connessa a tardiva produttività dei germi dentari.

Infine i denti ritenuti possono appartenere all'una o all'altra anomalia essendo solo in dipendenza di una deficienza di spazio nel quale i denti non possono fuoriuscire per fatti meccanici vari già menzionati.

Accanto a questi fattori embriogenetici, altri di origine varia possono concorrere alla malformazione e tra questi dobbiamo ricordare la deficienza di sviluppo e calcificazione, la ritardata o precoce caduta dei decidui, l'alterato sviluppo del germe e le anomalie anatomiche (CAMPAPELLI).

La fenomenologia dolorosa, inerente a queste malformazioni, è per lo più assente o bene spesso minima. In altri casi passa inosservata anche per molti anni, fino a che, come nel nostro caso, circostanze meccaniche non fanno rilevare la presenza del dente incluso.

L'importanza e la gravità dei sintomi è tuttavia legata alla sede del dente incluso, ove può interessare organi e tessuti vicini, i cui rapporti, nell'evoluzione dell'anomalia, possono procurare manifestazioni più o meno imponenti.

Istruttivo è il caso riferito da TEMPESTINI di un paziente che, per la inclusione del terzo e quarto molare inferiore sinistro, presentò una sintomatologia imponente: dolori violenti, notevole tumefazione della regione laterale sinistra della guancia e collo, e febbre elevata. Nei 10 precedenti anni il paziente accusò spessissimo dolori nevralgici che interessavano l'orecchio e la testa e attacchi di angina e disfagia. Nel frattempo venne operato due volte per flemmone.

Qualche A. afferma che da inclusioni dentarie possono originarsi anche neoplasie.

Nel caso nostro il decorso si mantenne inavvertito. Qualche fugace nevralgia solo per il fatto meccanico dovuto alla compressione della protesi, che ultimamente aveva iniziato ad ulcerare la mucosa in corrispondenza del dente incluso. Questo fatto fu la unica manifestazione che abbia fatto rilevare la presenza dell'anomalia.

CONCLUSIONE

Gli AA. dopo avere tracciato un'ampia rassegna delle varie ipotesi che dai vari Autori sono messe in campo per spiegare l'etiologia delle inclusioni dentarie, descrivono un caso di inclusione dei due canini superiori, uno dei quali ritenuto nella fossa nasale sinistra. Il decorso non fece avvertire al paziente l'anomalia, manifestatasi solo negli ultimi tempi per l'uso di una protesi mobile.

BIBLIOGRAFIA

- SZABÒ: *Odontoiatria pratica*.
 TODARO: *Contributo allo studio delle anomalie dentarie in soprannumero e posizione*. «*Stomatologia Italiana*», 4, 1940.
 PALAZZI: *Trattato di odontologia*.
 CAMPATELLI: *Le inclusioni dentarie*. «*Stomatologia Italiana*», 5, 1939.
 RUSPA: *Contributo clinico ed istopatologico alla conoscenza della ritenzione dei denti*. «*Stomatologia Italiana*», 8, 1940.
 ALES HRDLIKA: «*Dental Cosmos*», maggio 1922.
 TEMPESTINI: *Terzi e quarti molari sinistri inclusi in uno stesso individuo*. «*La Settimana Medica*», 1939.

344495



