

Traumatologia dentale

LESIONE TRAUMATICA COMBINATA IN DENTIZIONE PERMANENTE: CASE REPORT CON FOLLOW-UP A 5 ANNI

Anna Franchini*, Nicola Marco Sforza**

*Libero professionista in Bologna

**Professore a contratto di parodontologia e implantologia, Università di Bologna; socio attivo SIdP

PAROLE CHIAVE: Trauma dentale, lussazione dentale, frattura coronale

KEY WORDS: Dental injury, tooth luxation, crown fracture

Sommario

Scopo del presente lavoro è la descrizione di un caso clinico di lesione traumatica in dentizione permanente a carico del settore frontale superiore: lussazione laterale dell'11 e frattura coronale semplice del 12.

Gli autori hanno voluto riassumere il management clinico del caso sopracitato sottolineando l'importanza di una corretta diagnosi e del controllo a distanza.

Summary

A combined trauma involving lateral luxation and crown fracture in permanent dentition is described.

The authors clarify the management of this case report emphasizing the importance of diagnosis and follow-up.

Introduzione

I traumi dentari nei giovani adulti sono causati prevalentemente da incidenti stradali e sportivi, ma possono anche essere conseguenza di infortuni in ambiente professionale e in ambito domestico (Andreasen, 1981; Andreasen, 1994; Gassner et al., 1999).

Le lesioni traumatiche che si manifestano più frequentemente in dentizione permanente sono rappresentate dalle fratture di corona dentaria; tuttavia anche le lussazioni possono interessare i denti permanenti (15-40% delle lesioni traumatiche) causando severe complicanze post-traumatiche (Andreasen, 1981; Andreasen, 1994; Harlamb & Messer, 1997; Robertson, 1998; Delbem et al., 1999).

Per lussazione si intende la parziale dislocazione del dente dall'osso alveolare associata generalmente ad un'ampio combinazione di danni a livello

pulpare e parodontale.

Più frequentemente le lussazioni coinvolgono gli elementi dentari della regione anteriore del mascellare superiore (soprattutto gli incisivi centrali); interessano più spesso 2 o più denti e possono essere associate a fratture coronali (Andreasen, 1981; Andreasen, 1994; Harlamb & Messer, 1997; Robertson, 1998; Delbem et al., 1999).

In relazione alla forza ed alla direzione dell'impatto occorso nel trauma, in letteratura (Andreasen, 1981; Andreasen, 1994; McDonald & Strassler, 1999) sono descritti 5 diversi tipi di lussazioni:

- 1) Concussione - lesione alle strutture di sostegno del dente senza spostamento dell'elemento dalla sua sede, né aumento della mobilità;
- 2) Sub lussazione - lesione alle strutture di sostegno del dente con aumento della mobilità, ma senza dislocazione dell'elemento dentario;
- 3) Lussazione estrusiva - parziale disloca-



1



2a



2b



3a



3b

- zione del dente fuori dal suo alveolo;
- 4) Lussazione laterale - dislocazione del dente in direzione diversa da quella assiale. È spesso accompagnata da frattura comminuta o vera e propria della sua sede alveolare;
- 5) Lussazione intrusiva - spostamento traumatico del dente entro il suo alveolo accompagnato da frattura comminuta di questo.

Scopo del presente lavoro è la descrizione di un caso clinico riguardante una giovane paziente che, a seguito di una caduta accidentale, ha riportato lesioni traumatiche in dentizione permanente in corrispondenza del settore frontale superiore, identificabili più precisamente nella frattura coronale del 12 e nella lussazione laterale dell'11 con frattura della sua sede alveolare.



Presentazione del caso clinico

Il 3 maggio 1996 una paziente di 31 anni si è presentata alla nostra osservazione dopo circa 10 ore da un trauma oro-faciale riportato cadendo dalla bicicletta.

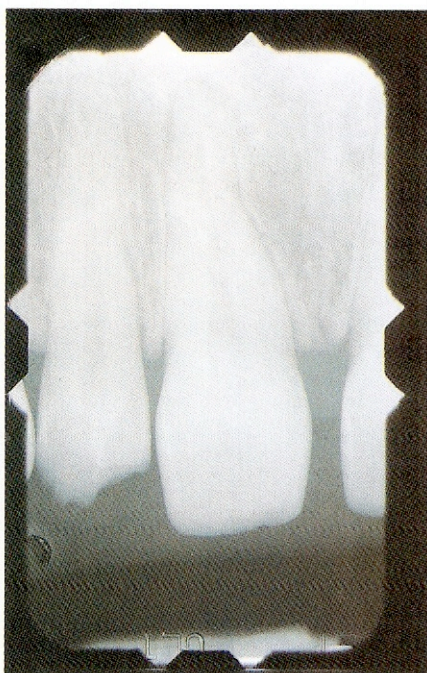
In primo luogo è stata effettuata la raccolta dei dati anamnestici relativi al suo stato di salute generale ed alla dinamica dell'incidente, compilando una cartella clinica proposta dagli autori (Sforza & Franchini, 1991) specifica per i traumi, utile anche per eventuali esigenze assicurative o medico legali.

Successivamente la paziente è stata sottoposta all'esame clinico obiettivo:

- extraorale: si evidenziavano una contusione nella parte inferiore del mento ed una lieve escoriazione del labbro superiore (Fig.1);
- intraorale: i tessuti molli erano integri; al contrario la valutazione di tutti i denti e dei processi alveolari ha mostrato la presenza di una frattura coronale semplice smalto-dentinale sul 12 e di una lussazione laterale sull'11 asso-



4a



4b



4c



5



6

ciata a frattura dell'alveolo (Figg. 2a, 2b, 3a, 3b). Alla percussione il dente lussato rispondeva con un suono metallico, mentre al test per la mobilità non rivelava alcuna ipermobilità.

Sono state eseguite radiografie endorali che mostravano una frattura coronale semplice del 12 ed un lieve aumento dell'interlinea parodontale in corrispondenza dell'apice radicolare dell'11 (Figg. 4a, 4b, 4c).

Inoltre è stato effettuato il test elettri-

co di vitalità pulpare (pte) sui denti anteriori superiori, registrando i seguenti valori: 12 (7), 11 (10), 21 (27), 22 (30).

Si è potuto quindi formulare una diagnosi di:

- 1) frattura coronale semplice (smalto-dentinale) del 12;
- 2) lussazione laterale dell'11 con frattura dell'osso alveolare.

Per la terapia d'urgenza, dopo somministrazione di anestetico locale si è proceduto a:

- riposizionare il dente lussato grazie alla pressione digitale (Fig. 5);
- proteggere provvisoriamente la porzione di dentina esposta del 12 con idrossido di calcio e cemento vetroionomerico oltre che solidarizzare l'11 ai denti prossimali mediante uno splintaggio eseguito in resina composita (Fig. 6);
- eseguire una radiografia di controllo dopo il riposizionamento del dente (Fig. 7).



7



8



9a



9b

La paziente è stata dimessa con la raccomandazione di "non caricare" i denti del settore e dopo averle ricordato le manovre per una corretta igiene domiciliare; è stata inoltre prescritta nimesulide 100mg granulato per os da assumere al bisogno.

Passate 3 settimane la paziente è stata richiamata per la rimozione dello splintaggio (Fig.8) dopo avere escluso, con una radiografia di controllo, la presenza di complicazioni come riassorbimento del parodonto marginale o radiotrasparenza periapicale conse-

guente a danno endodontico. È stato eseguito inoltre il restauro definitivo in composito del 12 (Figg. 9a, 9b, 9c, 9d);

Al pte l'11 rispondeva negativamente e poiché la sua risposta è risultata negativa anche al 3° ed al 6° mese si è deciso di eseguire il trattamento endodontico di questo elemento (Fig. 10).

La paziente è stata successivamente sottoposta a controlli periodici così organizzati:

- visita con pte ogni 6 mesi;

- radiografia di controllo 1 volta all'anno.

In questi controlli (follow-up 5 anni) non sono comparse variazioni: all'esame clinico non si riscontravano, negli elementi dentari interessati, alterazioni cromatiche delle corone (Fig. 11a,b) né segni di necrosi pulpale evidenziabili al pte.

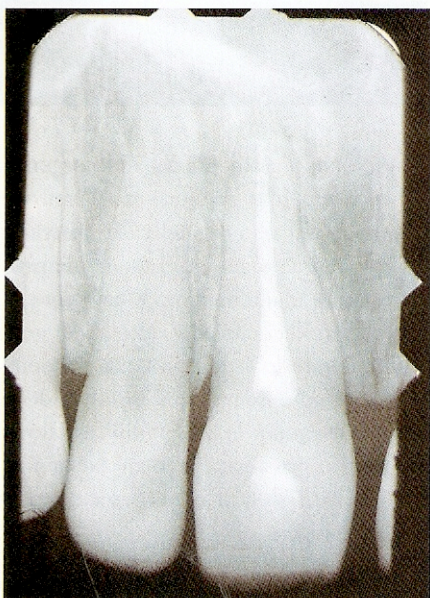
All'esame radiografico non erano evidenti lesioni periapicali o segni di obliterazione canalare né segni di riassorbimento radicolare riguardanti i denti 12, 11, 21, 22 (Fig. 12).



9c



9d



10



11a



Discussione

In presenza di un trauma della regione oro-faciale, allo scopo di alleviare il dolore, facilitare la terapia e migliorare la prognosi, è fondamentale effettuare quanto prima la visita d'urgenza (McDonald & Strassler, 1999). Questa deve comprendere un'attenta valutazione di denti, strutture di sostegno e tessuti molli circostanti nonché escludere la presenza di lesioni extraorali.

È necessario che l'odontoiatra richieda un'anamnesi dettagliata per valutare la dinamica esatta dell'incidente e lo stato

neurologico del paziente (traumi oro-facciali più gravi vanno riferiti a centri specializzati di competenza) (Andreasen, 1981; Andreasen, 1994; McDonald & Strassler, 1999). Per risparmiare tempo ed assicurare un approccio sistematico è consigliabile avvalersi di specifiche schede con schemi predefiniti che risulteranno utili anche per eventuali richieste assicurative e medico-legali (Andreasen, 1981; Andreasen, 1994; Sforza & Franchini, 1991).

Soltanto dopo avere formulato una diagnosi corretta è possibile procedere al trattamento d'urgenza (Andreasen, 1981; Andreasen, 1994; McDonald & Strassler, 1999).

Nel caso di lussazione laterale è necessario riposizionare l'elemento con l'aiuto di una lieve pressione digitale quindi stabilizzarlo nella posizione corretta durante il periodo di guarigione (Andreasen, 1981; Andreasen, 1994; Delbem et al., 1999; McDonald & Strasser, 1999).

Come consigliato da Andreasen (Andreasen, 1981; Andreasen, 1994), la gravità della lesione condiziona il tempo di mantenimento dello splint (Andreasen, 1981; Andreasen, 1994; Robertson, 1998; McDonald & Strassler, 1999) che, nel nostro caso specifico, è stato rimosso dopo 3 settimane in seguito ad una radiografia per controllare l'assenza di se-



11b

12

gni di riassorbimento marginale e/o di riassorbimento infiammatorio della radice e dell'osso.

Fra le complicazioni della lussazione laterale la necrosi pulpare è la più frequente (58-77%) seguita dalla oblitterazione del canale pulpare (33%), dal riassorbimento radicolare (36%) oltre che dalla perdita dell'osso di supporto marginale (36%) (Andreasen, 1981; Andreasen, 1994; Feiglin, 1996; Robertson, 1998; Delbem et al., 1999; McDonald &

Strassler, 1999).

Nel caso descritto è stata osservata necrosi pulpare a carico dell'11 che pertanto, dopo 6 mesi di risposta negativa al pte, è stato devitalizzato. Come riportato in letteratura è possibile che un dente lussato non risponda immediatamente dopo il trauma ai tests di vitalità; dopo 2 o più mesi la risposta al pte può virare alla positività. Al contrario è raro che si verifichi il fenomeno opposto (Andreasen, 1981; Andreasen, 1994).

Allo scopo di intercettare l'insorgenza di complicanze riguardanti il settore coinvolto dal trauma, nel caso descritto, la paziente è stata inserita in un programma di mantenimento consistente in esami periodici clinici e radiografici volti a monitorare lo stato di vitalità dei denti coinvolti ed il successo a distanza delle terapie eseguite. Dopo 5 anni di follow-up è stato possibile osservare la stabilità dei risultati ottenuti e l'assenza di complicanze indesiderate.

BIBLIOGRAFIA

◆ **Andreasen J.O. (1981)**

Traumatic injuries of the Teeth
2nd ed., Copenhagen, Munksgaard; 6-71: 131-184.

◆ **Andreasen J.O.,
Andreasen F.M. (1994)**

Textbook and color atlas of traumatic injuries to the teeth
3 ed., Copenhagen, Munksgaard; 85-101.

◆ **Delbem A.C., Cunha R.F.,
Percinoto C., da Silva L.B.G. (1999)**

Severe lateral luxation and root fracture: report of a case with 5-year follow-up.
Endod Dent Traumatol; 15: 91-93.

◆ **Feiglin B. (1996)**

Dental pulp response to traumatic injuries - A retrospective analysis with case reports.
Endod Dent Traumatol; 12: 1-8.

◆ **Gassner R., Tuli T., Emshoff R., Waldhart E. (1999)**

Mountainbiking - a dangerous sport: Comparison with bicycling on oral and maxillofacial trauma.
Int J Oral Maxillofac Surg; 28: 188-191.

◆ **Harlamb S.C., Messer H.H. (1997)**

Endodontic management of a rare combination (intrusion and avulsion) of dental trauma.
Endod Dent Traumatol; 13: 42-46.

◆ **McDonald N., Strassler H.E. (1999)**

Evaluation for tooth stabilization and treatment of traumatized teeth.
Dent Clin North Am; 43: 135-149.

◆ **Robertson A. (1998)**

A retrospective evaluation of patients with uncomplicated crown fractures and luxation injuries.
Endod Dent Traumatol; 14: 245-256.

◆ **Sforza N.M., Franchini A. (1991)**

Aspetti medico legali in traumatologia dentale: il ruolo dell'odontoiatra.
Il Dentista Moderno; 2: 281-293.