

INCLUZIUNEA DENTARĂ.

ASPECTE CLINICE ȘI TERAPEUTICE.

Michaela Mesaroș,
Prof. Dr.,

Alexandrina Muntean,
Șef lucrări, Dr.

Anca Mesaroș,
doctorand

*UMF „Iuliu Hatieganu“
Cluj-Napoca*

Rezumat

INTRODUCERE: Un dinte este considerat inclus atunci când, după perioada normală de erupție, el nu se află în ocluzia funcțională, și dacă sacul folicular nu are nici o comunicare cu cavitatea bucală. După molarii de minte, incluziunea caninilor maxilari prezintă frecvența cea mai mare, (0.9 — 4.2% Crescini 1998, Dachi HOWELL 1961 și 1,7% Thilander în 1968). Caninii inferiori incluși au o frecvență de 10-20 ori mai mică (0,35% Dachi și Howell.) Importanța estetică și funcțională a incisivilor și caninilor impune necesitatea creării condițiilor pentru aducerea lor în arcadă.

SCOPUL LUCRĂRII : Studiul de față își propune evaluarea prevalenței incluziunii dentare cu impact estetic și funcțional la un grup de pacienți tratați în Clinica de Ortodonție din Cluj, precum și modalitățile de abordare terapeutică ale unor cazuri de incluziune dentară.

MATERIAL ȘI METODĂ: Au fost examinați 476 pacienți cu vârsta cuprinsă între 11 și 30 ani, 36 dintre ei fiind diagnosticați cu canin inclus și doi cu incisivi incluși. Diagnosticul a fost realizat clinic și confirmat radiologic prin radiografiile retroalveolare, ortopantomografiile, radiografiile ocluzale și CBCT.

REZULTATE: 66% dintre cazurile diagnosticate cu incluziune canină au fost la subiecți de sex feminin și 33% au fost la subiecți de sex masculin. Prevalența caninului inclus este semnificativ mai mare la maxilar 95 % decât la mandibulă. Caninul inclus unilateral a fost prezent la 75% din cazuri, și doar 25% au fost cu canin inclus bilateral. 85% dintre caninii incluși au fost dispuși în poziție palatinală, și 15% în poziție labială. Din cazurile cu incluziune de incisivi, ambele au interesat incisivii centrali maxilari și au fost depistate la subiecți de sex masculin.

CONCLUZII: Prevalența crescută a incluziunii dentare impune completarea evaluării clinice cu cea radiologică din mai multe incidente în scopul precizării poziției dintelui inclus. Dintre metodele terapeutice utilizate: radical și conservativ, se preferă tratamentul conservativ care urmărește încadrarea dintelui în arcadă, ținând cont și de contextul ortodontic.

Cuvinte cheie: incluziune dentară, poziție, prevalență.

Summary

IMPACTED TEETH. CLINICAL AND THERAPEUTICAL ASPECTS

INTRODUCTION: A tooth is considered to be impacted when he has not reached his normal position in occlusion even after the physiological eruption period is over, and if his follicular sac does not have a communication with the oral cavity. After the wisdom teeth, the impaction of the canines has the highest frequency (0.9 — 4.2% Crescini 1998, Dachi HOWELL 1961 and 1,7% Thilander in 1968). Lower canines have a lower frequency of about 10 -20 times lower (0, 35% Dachi and Howell.) The aesthetic and functional importance of the incisors and canines emphasises the necessity of creating the right conditions to bring them on the dental arch.

AIM: The present study wishes to evaluate the prevalence of tooth impaction on teeth with a considerable importance from both functional and aesthetic points of view on a group of patients treated in the Paediatric Dentistry Clinic in Cluj-Napoca, as well as the therapeutically means of treatment for such cases.

MATERIAL AND METHODS: 476 patients with ages between 11 and 30 were examined and 36 of them have been diagnosed with impacted canines and two with impacted incisors. The clinical diagnosis was confirmed radiologically using small, panoramic, occlusal X-rays and CBCTs.

RESULTS: 66% of the cases diagnosed with impacted canines were females while only 33% were men. The prevalence of the impacted canines was significantly higher for the maxillary 95% than for the mandible. The unilateral impaction was present in 75% of the cases and only 25% of the patients had bilateral impacted canines. 85% of the canines were with a palatal impaction and only 15% had labial impaction. The cases that were presenting impacted incisors were both affecting the central upper incisors and both patients were males.

CONCLUSIONS: The high frequency of tooth impaction imposes the completion of the clinical evaluation with a radiological assessment from multiple incidences with the purpose of establishing the actual position of the impacted tooth. Between the therapeutic means used or the treatment of impacted teeth: radical or conservative, the conservative method is preferred and it aims for the alignment of the tooth on the dental arch by orthodontic means.

Keywords: impacted teeth, position, prevalence.

Introducere

Incluzia este anomalia în care dintele nu este prezent pe arcadă după o perioadă de 1.5–2 ani de la limita superioară a intervalului de erupție, el fiind situat profund intramaxilar cu rădăcina complet formată. Fiind o anomalie destul de frecvent întâlnită, ea a fost definită în mai multe moduri. Astfel, pentru Meyer este o anomalie de poziție caracterizată prin persistența dintelui în maxilar. Pentru Dechaume incluziunea se caracterizează prin acei dinți a căror cavitate pericoronară nu prezintă nici o comunicare cu mediul bucal, după data erupției obișnuite. Stones consideră că incluziunea este atunci când erupția unui dinte este împiedicată de erupția altuia. O definiție mai completă este oferită de prof. Grivu, care spune că incluziunea este o anomalie de dezvoltare care afectează erupția, caracterizată prin rămânerea dintelui în grosimea osului maxilar după timpul normal de erupție, datorită perturbării creșterii diferențiate dinte-os, provocată de un complex de factori care influențează negativ evoluția dintelui spre cavitatea bucală.

Frecvența incluziunii dentare în ordine descrescătoare este următoarea: molari de minte mandibulari, molari de minte maxilari, canini maxilari, premolari, incisivi, canini mandibulari, primul molar permanent, al doilea molar permanent. În dentația temporară incluziunea dentară este extrem de rară, exceptând anumite situații sindromice.

Materiale și metode

Examenul clinic obiectiv evidențiază lipsa de pe arcada a dintelui definitiv după un timp mai mare de la perioada sa normală de erupție, existența unui spațiu pe arcadă, prezența tremelor și diastemelor,

deformații osoase, deplasări, malpoziții ale dinților vecini, dureri nevralgiforme fără cauză precizată, inflamații ale mucoasei (gingivo-stomatite, pericoronarite). Studii histologice asupra dinților incluși extrași au pus în evidență următoarele modificări patologice: fibroza pulpara, dilatații vasculare, hiperementoză, vacuolizări în zona odontoblastică, tromboza vasculară, dispariția odontoblastelor (Grivu).

Diagnosticul de incluziune dentară se face pe baza semnelor clinice și a examinărilor complementare: radiografia retroalveolară, ortopantomografia, radiografia ocluzală sau CBTC (tomografia computerizată cone-beam).

Rezultate și discuții

În continuare voi prezenta aspecte și particularități ale unor incluziuni dentare întâlnite mai frecvent și care au generat importante tulburări de ordin funcțional și estetic.

Incluziunea incisivă, deși ocupă al cincilea loc în ordinea descrescătoare a frecvenței, determină un prejudiciu estetic major, determinând un diagnostic precoce. Factorii etiologici care determină retenția sunt: traumatisme asupra incisivilor temporari în copilărie, dinți supranumerari, odontoame, malformații ale mugurelui dentar, perturbarea drumului de erupție, anchiloze. Tratamentul urmărește restabilirea funcției fizionomice și masticatorii prin redresarea chirurgical-ortodontică a incisivilor incluși. În imaginile de mai jos este prezentat cazul unui pacient care s-a prezentat în serviciul nostru datorită persistenței incisivilor centrali temporari peste perioada normală de înlocuire, cu micșorarea evidentă a spațiului pentru incisivii definitivii. Examenul radiologic evidențiază prezența unor dinți supranumerari care blocau drumul de erupție al incisivilor permanenți. Îndepărtarea chirurgicală a dinților supranumerari incluși, urmată de tratament ortodontic pentru crearea spațiului necesar incisivilor permanenți, a permis restabilirea funcțiilor compromise.

Un alt caz, care s-a prezentat pentru tulburarea funcției fizionomice prin întârzierea erupției lui 21 și persistența lui 61 datorită unei formațiuni supranumerare. După extracția incisivului temporar și a dintelui supranumerar, 21 a avut o erupție spontană, în infrapозиție și rotat 90° mezio-vestibular, având spațiu de încadrare redus. După eliminarea factorului etiologic, tratamentul a urmărit restabilirea funcțiilor alterate printr-un tratament ortodontic cu ajutorul aparatului fix tehnica Straight-wire (Fig.3 și 4).

Incluzia de canin permanent maxilar ocupă al doilea loc după molarii de minte din punct de vedere a frecvenței în rândul populației, prevalența fiind de 0.92%-4,3% Crescini, 1-2 % (Richardson G., Russel K. AJO 2000; 66).

Incluzia canină este de 3 ori mai frecvent întâlnită la fete decât la băieți și se asociază cu anomalii de formă sau număr ale incisivului lateral. Incidența unui canin de a rămâne inclus crește cu 2,4% în cazul absenței incisivului lateral (Becker et al.).

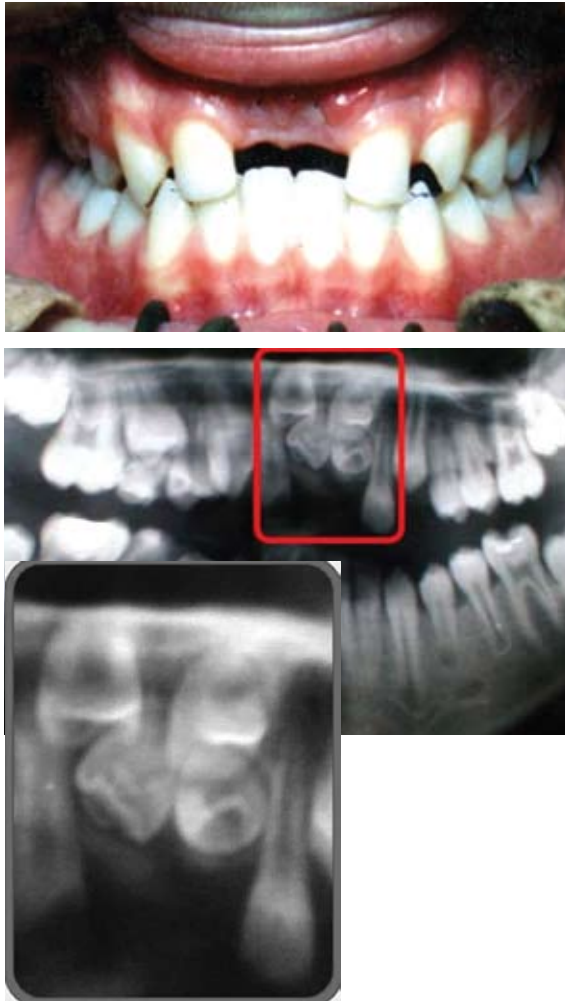


Fig. 1. Incluzie 11 și 21 datorită blocării drumului de erupție prin prezența unor dinți supranumerari.

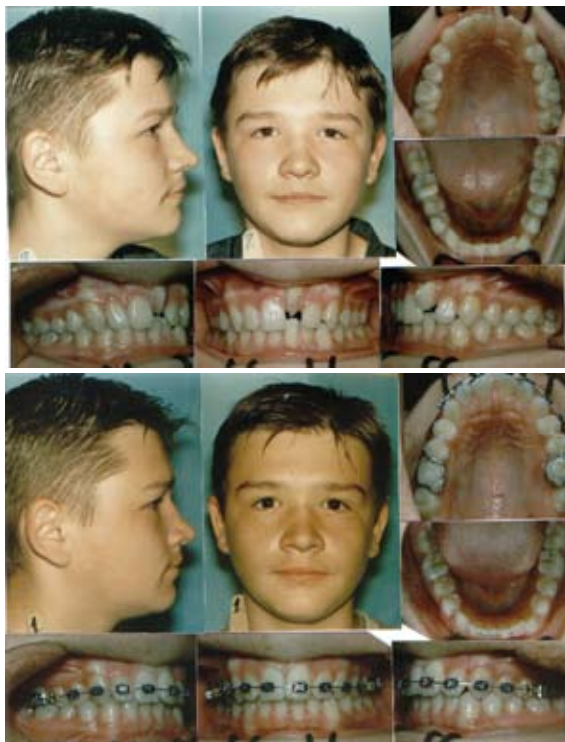


Fig. 3, 4. Redresarea ortodontică 21 prin crearea spațiului și alinierea incisivului în arcada maxilară după eliminarea chirurgicală a dintelui temporar persistent și a supranumerarului inclus.

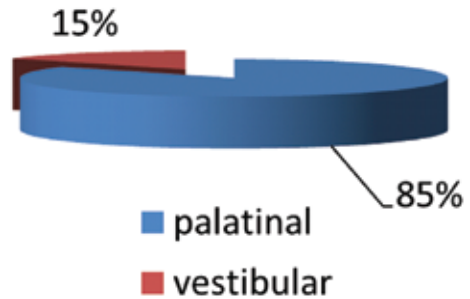


Fig. 5. Reprezentarea procentuală grafică a dispoziției topografice a caninului maxilar inclus.

Din punct de vedere al formei anatomico-patologice și topografice caninii incluși se pot întâlni unilaterale sau bilaterale, maxilar sau mandibular, cu dispoziție palatinală, vestibulară (labială) sau antero-posterioară.

Într-un studiu efectuat în clinica de ortodonție din Cluj pe 476 de pacienți, 36 au fost diagnosticați cu incluzie de canin. Dintre caninii incluși la maxilar 85% au avut poziție palatinală, iar 15% vestibulară, 25% fiind cu incluziune bilaterală.

Diagnosticul a fost pus pe seama semnelor locale, a tulburărilor loco-regionale, precum și a investigațiilor complementare radiografii retroalveolare, ortopantomografii, radiografii axiale de palat și CBTC. Cele mai frecvente semne clinice au fost următoarele:

- persistența caninului temporar;
- micșorarea spațiului între incisivul lateral și premolar;
- semnul QINTERO: vestibulo-versiunea incisivului lateral și rotația sa mezo-vestibulară;
- agenezia sau microdonția unuia sau a ambilor incisivi laterali;
- mobilitatea caninului temporar precum și gradul de resorbție radiculară;
- la adulți — nevralgii;



Fig. 6. Semnul Qintero.

Pentru precizarea diagnosticului, indicația examenului radiologic se impune în următoarele situații:

Înainte de 11 ani: dacă constatăm asimetrie la palpare, dr., stg., tulburări în ordinea de erupție, (caninul nu poate fi palpat), erupție întârziată a incisivului lateral, malpoziția accentuată a incisivului lateral, sau vestibulo-versiunea accentuată a acestuia, agenezia incisivului lateral, cazuri de incluzie în familie, deficit mare de spațiu pe arcadă.



Fig. 7. Pacienta 16 ani Cl II/2 Angle ,13 si 23 incluși, înainte de tratament.

După 11 ani: la toți pacienții cu vârsta dentară normală și dinții neerupți.

Examenul radiologic va evidenția: prezența dintelui în maxilar, profunzimea, rapoartele cu rădăcinile dinților învecinați, orientarea coroanei, a rădăcinilor, cauze (odontoame, osteoame, dinți supranumerari, lipsa de spațiu) dinți temporari persistenți fără rizaliză, tumori chistice, uni- sau bilateralitatea afecțiunii, rapoartele cu sinusurile maxilare, fosa nazală (în incluziunile canine), incluzie ectopica sau heterotopica. Uzul sunt utilizate radiografiile retrolaveolare, axiale de palat, radiografia ortopantomografică.

Tomografia computerizată cone-beam oferă un excelent contrast al țesuturilor, eliminând suprapunerile cu structurile învecinate. Datorită dozei ridicate de radiații, aceasta metodă de investigare se recomandă, doar la pacienții cu suspiciune de malpoziții asociate incluziunilor dentare, și unde nu este suficient diagnosticul bidimensional (în deformități grave cranio-faciale).

Posibilitățile de tratament sunt variate și depind de statusul odontal și de contextul ortodontic:

- Extracția selectivă a caninilor temporari în jurul vârstei de 8-9 ani, cel târziu 11 ani poate favoriza redresarea axului de erupție a caninilor permanenți în 91% din cazuri (Erikson și Kurol).
- Tratament radical: odontectomie.
- Tratament conservativ: chirurgical-ortodontic.
- Chirurgical cu transplant.

Exemplificăm prin prezentarea a două cazuri:

O pacienta de 16 ani cu incluziune bilaterală de canin cu spațiul complet închis într-o anomalie clasa II/2 Angle și disarmonie dento-maxilară cu înghesuire (Fig.7). Particularitatea constă în dispoziția diferită a celor doi canini incluși, 23 având o orientare antero-posterioară (vezi fig.10). Tratamentul s-a realizat prin tracțiune și redresare ortodontică a caninilor incluși după ce s-a recurs la extracția în scop ortodontic, (pentru creare de spațiu) a primilor doi premolari 14 și 24.



Fig.8. Etapă de tratament.



Fig. 9 Etapă de tratament.

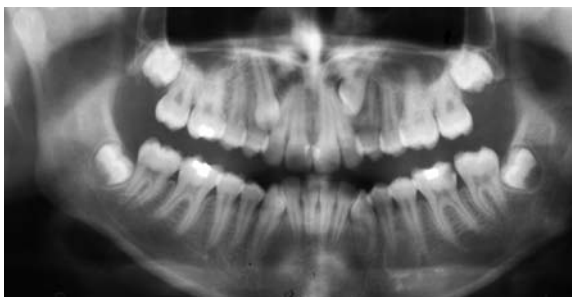


Fig.10, 11. Rx înainte și după redresarea ortodontică a caninilor incluși.

Al doilea caz este o pacientă de 15 ani cu incluziune 23 cu dispoziție orizontală vestibulară (labială) și persistența caninului temporar.



Fig.12. Pacienta cu 23 inclus și persistența caninului temporar în diferite etape de tratament

Concluzii

Frecvența incluziei dentare este semnificativă.

Anomalia afectează ultimii dinți de erupție (molarii de minte, caninii, premolarii secundari).

Incluziunea incisivă este rară, datorându-se unor factori locali cel mai frecvent (obstacole în calea erupției).

Diagnosticul de certitudine presupune combinarea examinării clinice cu cea radiologică.

Variantele de tratament sunt multiple, se preferă tratamentul conservativ de redresare chirurgical-ortodontică în cazul incluziunilor dentare din regiunea frontală și canină.

Bibliografie

- 1 Grivu O.: Contribuții la studiul incluziei dentare (teza) IMF Targu -Mures, 1971.
- 2 Rossella Maverna, Antonio Gracco: Different diagnostic tools for the localization of impacted maxillary canines: clinical considerations. *Prog Orthod* 207; 8(1):28-44.
- 3 Crescini A. Trattamento chirurgico-ortodontico dei canini inclusi. Bologna:Martina Ed. 1998.
- 4 Peck S, Peck, Kataja, M. The Palatally displaced canine as a dental anomaly of genetic origin. *Angle Orthod* 1994; 64: 249-56.
- 5 Montelius GA Impacted Teeth a comparative study of Chinese and Caucasian dentitions. *J.Dent res* 1932; 12: 931-8.
- 6 Baccetti T. A controlled study of associated dental anomalies. *Angle Orthod* 1998; 68: 267-74.
- 7 Kufinec MM Shapira Y The impacted maxillary canine I. Review of concepts. II. Clinical approaches and solution. *J. Dent Child* 1995; 62: 317-34.
- 8 Dachi S.F, Hovell F.V.A survey of 3,874 routine full mouth radiographs. *Oral Surg. Med Oral Path* 1961,14:1165—1169.
- 9 Ericson S.E., Kurol J.Resorption of maxillary lateral incisors caused by ectopic eruption of the canines. A clinical and radiographic analysis of predisposing factors. *Amer J Ortho Dentofac Ortho*1988;94:503-513.
- 10 Becker A. Etiology of maxillary canine impactions. *Amer J Ortho*1984;86:437-438.