

[In English, please](#)
[En Español, por favor](#)

Canino superiore ectopico associato a secondo premolare inferiore ectopico: Caso clinico

A.R. Mazzocchi*

* MD DDS, Libero professionista.

Corresponding author: Dr. Alberto Mazzocchi, Via Rosmini 2, 24100 Bergamo Italy.

Introduzione

Il canino superiore permanente è considerato generalmente un dente molto importante per il suo posto nello schema funzionale dell'occlusione, il suo contributo all'aspetto estetico del paziente, la grandezza e lunghezza delle radici e per il suo ruolo nello stabilire la forma dell'arcata dentaria (1). Il canino si sviluppa nell'area più profonda del mascellare e segue il cammino più lungo di eruzione: non sorprende perciò che l'eruzione ectopica del canino sia una malposizione frequentemente riscontrata. Recenti studi non hanno mostrato differenze significative nell'ampiezza anteriore o posteriore dell'arcata dentaria tra casi con canini inclusi e casi normali (2).

L'eruzione ectopica o l'inclusione del canino può essere bilaterale o meno frequentemente associata anche all'inclusione dei canini mandibolari. Raramente il canino ectopico è associato ad un altro dente. Talora l'inclusione di un canino può essere il risultato di un fattore locale o di una ereditarietà poligenica multifattoriale associata ad altre anomalie dentarie.

Il trattamento e la prognosi di un dente non erotto è generalmente influenzato da vari fattori e può includere un ampio ventaglio di opzioni dall'osservazione passiva, alla disinclusione chirurgica con trazione del dente fino alla decisione estrema di estrazione del dente (3).

Il caso seguente è quello di un ragazzo, di 13 anni con un canino superiore e un secondo premolare inferiore ectopici, in cui il risultato è stato buono sia dal punto di vista oclusale che parodontale.

Caso Clinico



Fig. 1



Fig. 2

Un ragazzo di 13 anni e 2 mesi è giunto presso il nostro ambulatorio con un incisivo laterale superiore e un molare in cross bite e un canino e un secondo premolare non erotti. Il viso del paziente era simmetrico con un mascellare e una mandibola ben posizionati. La linea del profilo dei tessuti molli e delle labbra era accettabile (Fig. 1-2).



Fig. 3



Fig. 4

Il rapporto molare era di classe I. Morso incrociato del primo molare destro e dell'incisivo laterale sinistro (fig. 3-4-5).



Fig. 5

La discrepanza dento alveolare nel mascellare era stimata di 3 mm. L'analisi cefalometrica mostrava una classe scheletrica I, normali dimensioni verticali e una buona posizione degli incisivi nella mandibola.

Visto il modesto affollamento dentario e la posizione accettabile delle labbra, è stato deciso di trattare il caso senza estrazioni.



Diagnosi

- Classe scheletrica I
- Morso incrociato dentale (primo molare e incisivo laterale)
- Canino superiore destro e secondo premolare inferiore sinistro ectopici

Piano di trattamento

- Bandaggio arcata inferiore (con esclusione del molare deciduo)
- Lembo mucoperiostale per scoprire il secondo premolare incluso e per iniziare la trazione ortodontica
- Espansione dell'arcata mascellare superiore con quad helix
- Correzione del morso incrociato incisivo completando il bandaggio sull'arcata superiore
- Lembo mucoperiostale nella regione canina superiore di destra
- Trazione del canino mascellare con attenzione al rispetto dei tessuti parodontali
- Correzione del torque radicolare dell'incisivo laterale

Trattamento



Fig. 9



Fig. 10

E' stato inizialmente applicato l'apparecchio fisso (Orthos .018") sull'arcata inferiore da molare a molare (Fig. 9)

Dopo 2 mesi è stato inciso un lembo a tutto spessore sul lato sinistro per evidenziare il secondo premolare (fig.10).



Fig. 11



Fig. 12

Nello stesso tempo è stato incollato un bottone ortodontico sul lato occlusale del dente a cui è stata legata una legature metallica .010" (Fig. 11).

Dopo 6 mesi è stato cementato il quad helix sull'arcata superiore ed è stato completato il bandaggio di tutta l'arcata (Fig. 12).



Fig. 13



Fig. 14

Tre mesi dopo il canino superiore destro è stato scoperto con un lembo mucoperiostale (Fig. 13). Nell'arco inferiore proseguiva la trazione ortodontica sul filo TMA .017X.025" (Fig. 14).



Fig. 15



Fig. 16

Quando il canino superiore di destra è stato incluso nell'arcata dentaria, si è applicato un filo Nitinol .017X.025" con torque selettivo per l'incisivo laterale superiore sinistro. Secondo Boese (4), questa metodica è molto efficace nel correggere la radice dei denti dislocati palatalmente negli ultimi 6 mesi di terapia. Tempo totale di trattamento : 28 mesi.

Le foto frontali (Fig. 15-16-17-18-19) mostrano un profilo bilanciato, una buona occlusione e una buona salute dei tessuti parodontali intorno ai denti disinclusi.



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21

Le vedute occlusali (Fig. 20-21) mostrano un buon allineamento dentale e un buon riposizionamento della radice dell'incisivo laterale superiore.

Conclusioni

Il trattamento dei denti ectopici richiede una pianificazione terapeutica attenta per molti motivi: condizioni parodontali (per procurare adeguato tessuto gengivale intorno al dente), spazio aggiuntivo nell'arcata (i canini permanenti sono di dimensioni maggiori rispetto a quelli da latte), ostruzioni anatomiche che possono richiedere la costruzione di apparecchi ausiliari durante la trazione ortodontica (5).

E' molto importante localizzare bene il dente ectopico o incluso perché la disinclusione del dente può essere pericolosa per i denti vicini.

A volte la semplice estrazione del dente deciduo può permettere l'eruzione spontanea del dente ectopico (6).

Il trattamento combinato chirurgico-ortodontico può procurare vari danni al tessuto parodontale (7).

L'avvento dell'incollaggio di attacchi ortodontici ha permesso una notevole flessibilità alla tecnica espositiva dei denti inclusi. Non è più richiesto di liberare l'intera superficie della corona dentale in quanto l'attacco ortodontico può essere incollato su piccole porzioni di smalto (8).

Infine va segnalato che l'uso di torque selettivo permette di ottenere un posizionamento corretto della radice di denti dislocati palatalmente , mantenendo una loro maggior stabilità nel tempo, anche dopo il periodo di contenzione (4).

Bibliografia

1. **Kornhauser S et Coll.** The resolution of palatally impacted canines using palatal occlusal force from a buccal auxiliary. 1996; AJODO Vol. 110 n.5: 528-533
2. **Langberg B.J. Peck S.** Adequacy of maxillary dental arch width in patients with palatally displaced canines. 2000; AJO Vol. 118 n. 2: 220-223
3. **Kajiyama K. Hai H.** Esthetic management of an unerupted maxillary central incisor with a closet eruption technique. 2000; AJODO Vol. 118 n.2: 224-228
4. **Boese L.R.** The role of selective root torque in promoting post-treatment stability. Lecture at 97th AAO annual session. Philadelphia 1997
5. **Sinha P.K. et Coll.** Management of impacted maxillary canines using mandibular anchorage. 1999; AJODO Vol. 115 n. 3: 254-257
6. **Jacobs S.G.** Localization of the unerupted maxillary canine: how to and when to. 1999; AJO Vol. 115 n.3 : 314-322
7. **Hansson C. Rindler A.** Periodontal conditions following surgical and orthodontic treatment of palatally impacted maxillary canines. 1998; Angle Orthod. 68 (2): 167-172

8. **Mazzocchi A.R.** Transbond MIP primer : an useful tool for impacted canines bonding technique.
Virtual J. Orthod. ; [serial online] 1999 Apr 17; 2(4):Available from URL:<http://www.vjo.it/024/mip.htm>

To cite this article please write:

A.R. Mazzocchi. Ectopic upper canine associated to ectopic lower second bicuspid. Case report. Virtual Journal of Orthodontics [serial online] 2001 Jun 15; 4(1): Available from URL:<http://www.vjo.it/041/mazzen.htm>

[about us](#) | [current issue](#) | [home](#)

Virtual Journal of Orthodontics ISSN - 1128 6547
Issue 4.1 - 2001 - <http://www.vjo.it/vjo041.htm>
Copyright © 1996-2001 All rights reserved
E-mail: staff@vjo.it