

Original Article

Published on 10-11-04

C A Hernández Ramírez

M A Nieto Muñoz

E E Rodríguez Yáñez

R C Araujo

# Trasposizione dentale: Un caso clinico

**Abstract:** L'autore descrive l'anomalia e propone una correzione.

**Authors' affiliations:**

*Centro de Estudios de Ortodoncia del Bajío (C.E.O.B.) Irapuato, Gto. México*

**Key words:** trasposizione dentale, transversión, translación, dientes permanentes, erupción ectópica, descubrimiento quirúrgico, apiñamiento enmascarado.

**Correspondence to:**

Dr. Carlos Alejandro Hernández Ramírez

*Centro de Estudios de Ortodoncia del Bajío (C.E.O.B.) Irapuato, Gto. México*

*E-mail:* carlosh64@hotmail.com

**Dates:**

Accepted 18 September 2004

To cite this article:

C A Hernández Ramírez

M A Nieto Muñoz

E E Rodríguez Yáñez

R Casasa Araujo

Transposición: Reporte de un caso

Virtual Journal of Orthodontics [serial online]

2004 November 10; 6 (3): p. 67-72

Available from  
URL:<http://www.vjo.it/read.php?file=transpit.pdf>

Copyright © V.J.O. 2004

ISSN 1128-6547

## Introduzione

La trasposizione, transversione o translocazione è un ordine errato degli elementi sull'arcata dentale; venne descritta la prima volta come una aberrazione nella posizione dei denti, così lo riportò Harris nel 1849 nella sua prima pubblicazione "Un dizionario della scienza dentale, biografia, bibliografia della terminología medica". Attualmente si definisce come uno scambio di posizione degli elementi dentali permanenti nel medesimo quadrante dentale.

Perché si verifichi una trasposizione deve esistere generalmente una eruzione ectopica. L'eruzione ectopica si riferisce a qualunque posizione eruttiva anormale. Questa patologia affligge in misura uguale uomini e donne ed appare più frequente al mascellare superiore (nei canini), può presentarsi tanto in forma unilaterale che bilaterale essendo la unilaterale più frequente. L'eruzione ectopica dei canini mascellari porta all'inclusione e al riassorbimento dei denti vicini. Il più comune è la transposizione del canino mascellare con il primo premolare, meno comune con l'incisivo laterale. Lo más común es la transposición del canino maxilar con el primer premolar, menos común con el incisivo lateral, e ocasionalmente con l'incisivo centrale o il secondo premolare.

Il tragitto eruttivo del canino superiore permanente è più variabile di qualsiasi altro dente ed è quello più frequentemente incluso. La sequenza di eruzione nel mascellare superiore è: incisivo centrale, incisivo laterale, primo premolare, secondo premolare e canino.

Il primo premolare erompe generalmente senza problemi. Il maggiore dimensione mesiodistale del secondo molare permanente permette la facile eruzione del secondo premolare in arcata, cosicchè l'ultimo dente ad erompere è il canino (prima del secondo e terzo molare). Tutto ciò si ripercuote direttamente sulla quantità di spazio disponibile in arcata.

### La diagnosi consiste in due passi:

- 1) Identificazione
- 2) Classificazione: (incompleta o completa).

Le incomplete mostrano solamente una transposizione a livello coronale; le transposizioni complete riguardano tutto il dente. Se le transposizioni incomplete non sono trattate in tempo possono divenire complete. L'esecuzione di rafidiografie con diversa angolazione e la palpazione delle radici sono essenziali per la diagnosi ed il piano di trattamento.

Quando dobbiamo considerare i canini come rimpiazzo per gli incisivi?

Si deve seguire il seguente criterio:

- Angolazione e torque del canino da riposizionare.
- Contorno gengivale, colore e morfologia del canino.

La possibilità di ricontornare accettabilmente il canino per eliminare i pre-contatti con il dente opposto e per motivazioni estetiche.

### Trattamento

Con una buona diagnosi è possibile modificare il tragitto del canino permanente, per esempio con l'estrazione del canino deciduo e l'apertura di spazio sull'arcata. Un altro possibile piano di trattamento consiste nella esposizione chirurgica del canino transposto e la sua trazione ortodontica.

### Caso clinico

Paziente di sesso femminile di 14 anni che perviene alla clinica per malocclusione.

### Analisi extraorale

La paziente presenta una biotipologia facciale normocefalica, terzo verticale ed orizzontale simmetrici, profilo dritto con biprotrusione, angoli nasolabiale e mentolabiale chiusi. (Fig. 1 e 2)



Fig. 1

Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

#### Analisi radiografica.

Riscontriamo una I classe scheletrica con biprotrusione bimascellare (SNA di 86°, SNB di 83° e ANB di 3°), biproinclinazione degli incisivi centrali superiori ed inferiori, angolo del piano palatino e mandibolare aumentati (rispettivamente 135° e 115°) così come l'interincisale (150°), crescita normale (33°), tendenza al morso aperto (18°). I due canini permanenti superiori sono inclusi; il canino superiore destro (13) ha riassorbito completamente la radice del laterale (12) e il canino superiore sinistro (23) ha fatto lo stesso con la radice del canino deciduo (63) e con quella del primo premolare superiore sinistro (24).

Inoltre si osservano radici immature negli incisivi centrali e laterali superiore sinistro, trattamento endodontico sul 46 così come otturazioni sul 16, 26, 27, 37, 36, 35 e 46. Un buon livello osseo e presenza dei terzi molari (28,38 e 48). (Fig. 9 e 10)



Fig. 9



Fig. 10

#### Piano di trattamento.

Estrazione dell'incisivo laterale superiore destro (12), del primo premolare superiore sinistro (24) e dei due primi premolari inferiori destro e sinistro (34 e 44). Trazione ortodontica dei canini superiori (finestra ossea) con arco rotondo, termico a 26° e posizionamento del 13 in sede 12; il primo premolare superiore destro andrà a prendere la funzione del canino. Bandaggio completo, sequenza di archi termici, elastici bilaterali di II classe, elastici anteriori a quadrilatero, chiusura diello spazio con catenella elastica. Successivamente si inviò la paziente dal suo dentista per la coronoplastica del 13. (Fig. 11-17)



Fig. 11

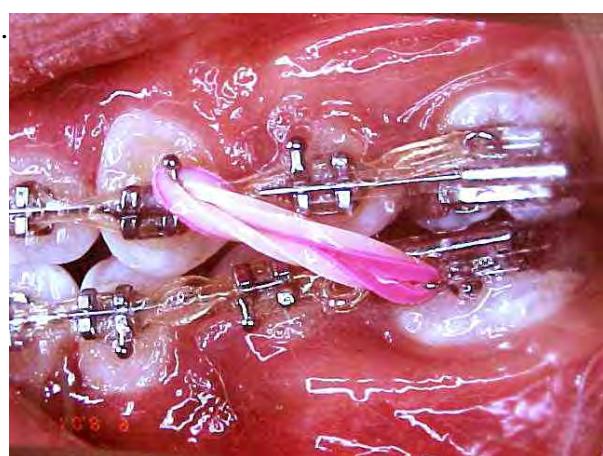


Fig. 14



Fig. 12



Fig. 15

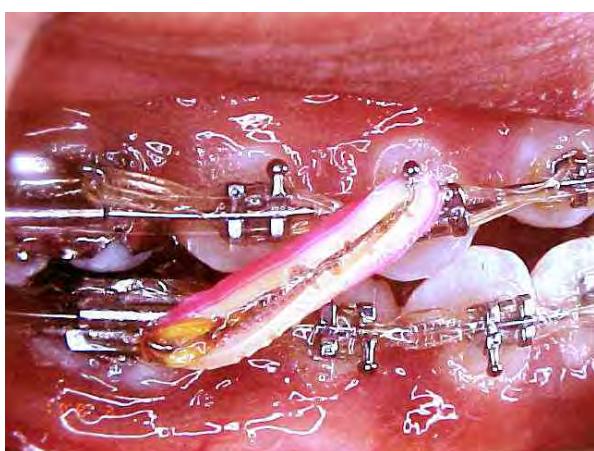


Fig. 13

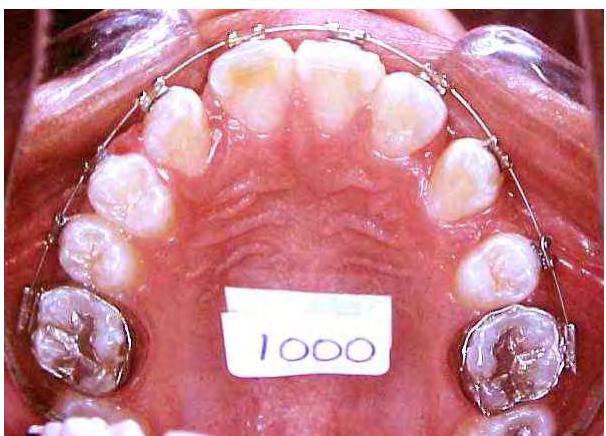


Fig. 16



Fig. 17



Fig. 20



Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23



Fig. 18

Fig. 19



Fig. 24



Fig. 25

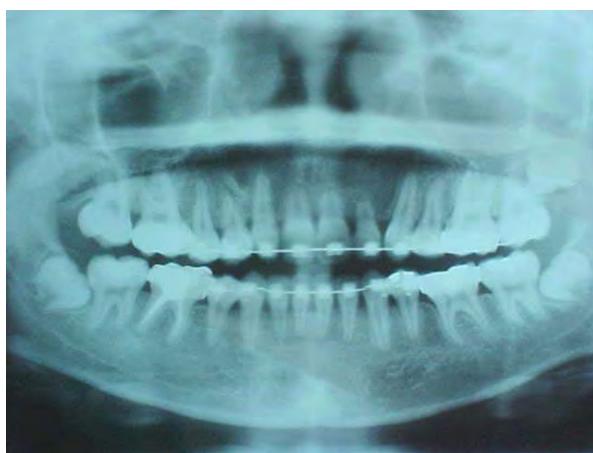


Fig. 26



Fig. 27

### Bibliografía

- 1.- Goyenc Y, Karaman AI, Goka A. Unusual Ectopic Eruption of Maxillary Canines. Am J Orthod 1995;580-582.
- 2.- Moyers Robert E. Manual de Ortodoncia. Cuarta edición. Editorial Médica Panamericana. Pág.192, 142-144, 386-387.
- 3.- Lap Took T, Silling G. Canine transposition approaches to treatment. J Am Dent Assoc 1983;107:746-748.
- 4.- Mader C, Konzelman JL. Transposition of teeth. J Am Dent Assoc 1979;98:412-413.
- 5.- Platzer KM. Mandibular incisor canine transposition. J Am Dent Assoc 1968;76:778-784.
- 6.- Shapira Y. Transposition of canines. J Am Dent Assoc 1980; 100:710-712.
- 7.- Chattopadhyay A, Srinivas K. Transposition of teeth and genetic etiology. Angle Orthod 1996;2:147- 152.
- 8.- Shapira Y, Kuftinec MM. Tooth transpositions: a review of the literature and treatment considerations. Angle Orthodontist 1989;59:271-276.
- 9.- Ajalmar F. Orthodontic correction of a transposed maxillary canine and lateral incisor. Angle Orthod 2000;70:339-348.
- 10.- Brezniak N, Ben-Yehuda, Shapira Y. Unusual mandibular canine transposition: a case report. Am J Orthod Dentofac Orthop 1993;104:91-94.
- 11.- Shapira Y, Kuftinec MM. Maxillary tooth transpositions: characteristic features and accompanying dental anomalies. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2001;119:127-134.