

*Laura Ghezzi
*Raffaella Ongaro
*Franco Brenna

*Università degli Studi di Milano
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Istituto di Scienze Biomediche S. Paolo
Clinica Odontostomatologica
Direttore: Prof. Giorgio Vogel

Caso clinico

Un caso di pregressa lussazione estrusiva

Extrusive luxation: a case report

RIASSUNTO

Gli autori descrivono un caso clinico di lussazione a carico di un giovane incisivo permanente. Il trauma, avvenuto tre mesi prima, ha avuto come complicanza un processo infiammatorio acuto. La risoluzione della lesione è avvenuta solo tramite intervento chirurgico, che esclude la possibilità di una frattura radicolare, e non mediante terapia endodontica.

Parole chiave: Traumi. Sublussazione. Lussazione.

SUMMARY

The Authors describe a clinic case of a young permanent incisive's luxation. The trauma, dated three months ago, complicated into an acute inflammatory process. It needed a surgical operation, that excluded the possibility of a root fracture, and not an endodontic therapy to resolve the lesion.

Key words: Trauma. Subluxation. Luxation.

Corrispondenza:

Dr. Laura Ghezzi
Ospedale S. Paolo
Clinica Odontostomatologica
20143 Milano - Via di Rudini, 8
Tel. 02/8184678

Ghezzi L, Ongaro R, Brenna F. Un caso di pregressa lussazione estrusiva. *G It Endo* 1993; 2: 94-96

INTRODUZIONE

La lussazione dentaria è una lesione del legamento parodontale conseguente ad un trauma (1).

La lussazione colpisce principalmente la regione degli incisivi centrali del mascellare superiore, sia nella dentizione definitiva che in quella decidua.

Andreasen (2,3) ha classificato queste lesioni del tessuto di sostegno del dente in differenti quadri clinici: concussione, sublussazione, lussazione estrusiva, lussazione laterale, lussazione intrusiva ed avulsione.

La diagnosi di lussazione è basata sulle combinazioni di reperti clinici e radiologici. Non ci soffermeremo ad analizzare tutti questi quadri, ma ne evidenzieremo solo due, attinenti al caso clinico che descriveremo in seguito.

Andreasen (4) parla di sublussazione quando vi è una lesione della struttura di supporto del dente con una anormale mobilità, ma senza una dimostrazione clinica e radiologica di dislocazione dentaria, e di lussazione estrusiva quando si è di fronte a parziale dislocazione dell'elemento fuori dal suo alveolo e si ha un aumento dell'ampiezza dello spazio parodontale.

Il dente sublussato mantiene la sua normale posizione nell'arco dentale anche se può essere abnormemente mobile in direzione orizzontale e sensibile alla percussione;

nella dentizione permanente può anche andare incontro a necrosi pulpare.

Il dente estruso, se viene osservato subito dopo il trauma, può essere molto mobile, può apparire allungato, dolente e alla percussione il suono può risultare smorzato. Se il paziente viene visitato molto più tardi, il dente può risultare consolidato nel suo alveolo in posizione errata.

I procedimenti terapeutici si differenziano a seconda che si tratti di dentizione permanente o decidua, e a seconda che si possano attuare subito dopo il trauma od in tempi successivi.

Per quanto riguarda la dentizione decidua, sia in caso di sublussazione che di lussazione estrusiva, nessun procedimento terapeutico deve essere inoltrato.

Per quanto riguarda la dentizione permanente, in caso di sublussazione il trattamento immediato può ridursi ad un molaggio occlusale e a ripetuti test di vitalità durante il periodo di controllo.

Se, invece, il dente è estruso ed il paziente si fa visitare immediatamente dopo il trauma, l'elemento può essere riposizionato nel suo alveolo senza l'utilizzo di eventuali splinting di contenzione (a meno che ci si trovi di fronte ad un dente con apice immaturo) e tenuto sotto controllo.

Nel caso in cui il paziente arrivi alla nostra osservazione solo dopo parecchio tempo, e gli elementi dentari siano già consolidati, sarà necessario un riallineamento ortodontico.

DESCRIZIONE DI UN CASO CLINICO

S.V., maschio di 10 anni e mezzo, si presenta alla nostra osservazione, presso il reparto di Endodonzia della Clinica Odontoiatrica dell'Ospedale S. Paolo di Milano, in seguito ad un trauma avvenuto circa tre mesi prima. Il trauma, di tipo diretto, aveva interessato l'arcata superiore e più precisamente l'incisivo centrale di destra, provocando una frattura dentale (Fig. 1) ed un'apparente estrusione dell'elemento; nessuna sintomatologia era sopravvenuta fino a quel momento e non era stato eseguito nessun controllo.

All'esame obiettivo presenta una pregressa frattura coronale orizzontale a carico di 11 e un'evidente tumefazione circoscritta della mucosa palatina, che risulta edematosa, liscia, leggermente fluttuante ma non fistolizzata (Fig. 2).

L'elemento dentale interessato appare leggermente dislocato, mobile e dolente alla percussione laterale, ma non a quella verticale; da un punto di vista sistemico si rileva un modesto rialzo della temperatura corporea: tale quadro sintomatologico riduce la possibilità di assumere alimenti e motiva i genitori ad un primo controllo odontoiatrico.

Si esegue una radiografia iuxtagengivale (Fig. 3), che evidenzia un allargamento dello spazio parodontale, e si controlla lo stato di vitalità della polpa con il test al cloruro d'etile, che dà un risultato incerto a causa della acuta dolenzia dell'elemento, che è mobile. Si prescrive terapia antibiotica



Fig. 1 - Frattura coronale di 11, dolente e mobile, in paziente con scarse condizioni di igiene orale.



Fig. 2 - Tumefazione della mucosa palatina a circa tre mesi dal trauma.



Fig. 3 - Radiografia iuxtagengivale, che evidenzia l'allargamento dello spazio parodontale.

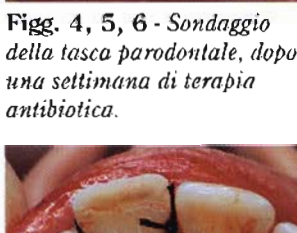
con amoxicillina (500 mg ogni 8 ore per cinque giorni) e si decide al momento di non intervenire. Ad un successivo controllo, ad una settimana di distanza, si rileva la medesima sintomatologia; tutti gli elementi rispondono positivamente al test di vitalità con cloruro d'etile ed al Pulp-tester* e si riesce a sondare una tasca palatina di 6 millimetri (Figg. 4, 5, 6).

Si decide di eseguire un lembo esplorativo prima di intraprendere la terapia endodontica, perché si sospetta una frattura verticale della radice.

Previa anestesia plessica nel fornice vestibolare, con carbocaina associata ad adrenalina al 2%, e tronculare per il nervo incisivo anteriore, si esegue lembo palatino con asportazione del tessuto di granulazione (Fig. 7). Non si rilevano fratture radicolari sia verticali che orizzontali neppure in sede intraoperatoria e si misura una tasca di 5 millimetri dal margine osseo a lembo aperto (Fig. 8). Si riposiziona l'elemento in sede: il riposizionamento, nonostante la zona sia ben anestetizzata, è accompagnato da un'intensa sintomatologia algica. Si sutura con tre punti di sutura in seta staccati (Fig. 9). Si esegue uno splinting** (Figg. 10, 11) e si protegge con un impacco parodontale. Si prescrive una terapia antibiotica con bacampicillina (Penglobe 800 mg ogni 12 ore per 6 giorni), una terapia antinfiammatoria con Nimesulide (Mesulid 1/2 bustina al bisogno) e degli sciacqui con clorexidina al 12% (Eburol mattino e sera per 14 giorni).

Al controllo, dopo 14 giorni, la sintomatologia è completamente regredita: il paziente non avverte più alcun dolore, neppure alla percussione, e obiettivamente non si rileva più la tumefazione palatina (Figg. 12, 13). Il piccolo paziente si può nutrire perfettamente e le sue condizioni generali sono rientrate nella norma.

In questa seduta vengono rimossi lo splinting e i punti di sutura; vengono impartite istruzioni di igiene orale e motivato il paziente al fine di mantenere il risultato ottenuto. Si consigliano sciacqui con clorexidina al 12% due volte al giorno ancora per sette giorni. Ad un successivo controllo, dopo ancora 14 giorni, vengono riconfermati sia i dati clinici che obiettivi del precedente controllo.



Figg. 4, 5, 6 - Sondaggio della tasca parodontale, dopo una settimana di terapia antibiotica.



Fig. 7 - Dopo la rimozione del tessuto di granulazione non si evidenziano fratture radicolari.



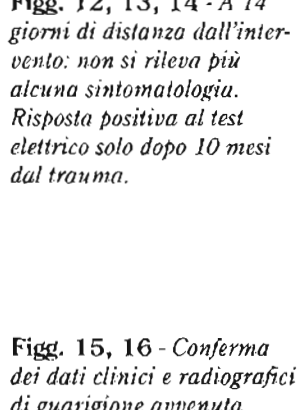
Fig. 8 - Sondaggio intraoperatorio della tasca palatina.



Figg. 9, 10, 11 - Punti di sutura in seta staccati e splinting in resina.



Figg. 12, 13, 14 - A 14 giorni di distanza dall'intervento: non si rileva più alcuna sintomatologia. Risposta positiva al test elettrico solo dopo 10 mesi dal trauma.



Figg. 15, 16 - Conferma dei dati clinici e radiografici di guarigione avvenuta.



Si rivede dopo due mesi e non si evidenzia nessuna modificazione dalla situazione precedente. Dopo un successivo mese e mezzo la risposta al test di vitalità con cloruro d'etile è negativa. Si esegue la ricostruzione in materiale composito *** previa protezione della polpa con idrossido di calcio.

Dopo una settimana, a quattro mesi e mezzo dall'intervento, viene ricontrollata la vitalità della polpa riconfermando la risposta negativa. Si decide di attendere e valutare la necessità di una eventuale terapia endodontica solo dopo una successiva verifica. Dopo un ulteriore mese e mezzo (Fig. 14), a 11 mesi dall'incidente, si ricontrolla la vitalità pulpare con il Pulp-tester elettrico, che dà una risposta positiva (si esegue il test numerose volte per evitare dei possibili falsi positivi) (Fig. 15). Si esegue un nuovo controllo radiografico, che non evidenzia una lesione periapicale (Fig. 16).

Un controllo, sempre mediante Pulp-tester, che riconferma la ripresa di vitalità pulpare, viene eseguito dopo un successivo mese.

*Pulp-tester Analytic Technology (USA)

**Protemp-Espe (Germany)

***Coltene Brilliant Enamel e Brilliant Incisal (Switzerland)

CONCLUSIONI

Il caso clinico precedentemente descritto conferma ciò che è stato riportato nella letteratura traumatologica dentale degli ultimi anni riguardo le lussazioni dei denti permanenti giovani (5,6) ed illustra una complicanza acuta insorta a distanza di parecchi mesi dal trauma.

Essendosi rimandato il trattamento del dente estruso, il paziente è arrivato alla nostra osservazione con l'elemento consolidato nella nuova posizione. Il riposizionamento potrà quindi essere attuato con la sola terapia ortodontica.

Nel periodo di controllo si possono presentare un certo numero di complicazioni, come la necrosi pulpare, l'obliterazione del canale pulpare, il riassorbimento e la perdita marginale di osso di supporto. Nel nostro caso ci siamo trovati di fronte ad infiamma-

zione acuta a carico del parodonto, sopravvenuta dopo circa tre mesi dal fattore traumatico, non imputabile ad una frattura radicolare.

Il decorso susseguente alla lussazione è complicato da alterazioni temporanee o permanenti del parodonto marginale con una frequenza del 10%. Queste lesioni sono clinicamente evidenti con la comparsa di tessuto di granulazione nel solco gengivale o di pus dalla tasca parodontale. Sondando la tasca si rileva la perdita dell'attacco. Radiologicamente si vede rarefazione o perdita di osso di supporto. Ritardate riduzioni di denti lussati aumentano il rischio di danno della struttura di supporto.

Nel caso descritto, un semplice intervento parodontale, con l'asportazione del tessuto di granulazione, ha permesso la remissione della sintomatologia in breve tempo, riuscendo a mantenere l'integrità pulpare.

Nel corso del periodo post-chirurgico si è tenuta sotto controllo la vitalità della polpa dell'elemento interessato.

Dai dati riportati in letteratura si è riscontrato che immediatamente dopo la lesione, più della metà dei denti lussati non rispondono ai test di vitalità (7). Nel successivo periodo di controllo, una risposta precedentemente negativa può ritornare positiva, di solito nei primi due mesi, ma può anche trascorrere un periodo superiore ai dieci mesi perché ricompaia l'eccitabilità pulpare. Una spiegazione della temporanea perdita della risposta può essere legata alla pressione o alla tensione sulle fibre nervose della zona apicale. Se è avvenuta una completa lacerazione, è richiesto un periodo di almeno 36 giorni prima che si possa avere una risposta positiva (8). Il tempo richiesto per la ristabilizzazione della vascolarizzazione dopo il trauma è più lungo nei denti con completa formazione della radice: questa condizione incrementa il danno pulpare (9).

È evidente che la diagnosi di necrosi pulpare non può essere basata solo su test di vitalità, ma deve essere supportata da reperti radiografici e clinici. Reperti complementari, come la progressiva alterazione di colore verso il grigio della corona, la reazione alla percussione e la radiotrasparenza periapicale sono indici che depongono favorevolmente per una diagnosi di necrosi pulpare.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Laurichesse JM, Maestroni F, Breillat J. *Endodonzia clinica*. Ed. Masson 1990; 39: 537-9
- 2 - Andreasen JO. Etiology and pathogenesis of traumatic dental injuries. A clinical study of 1298 cases. *Scand J Dent Res* 1970; 78: 329-42
- 3 - Andreasen JO. Luxation of permanent teeth due to trauma. A clinical and radiographic follow-up study of 189 injured teeth. *Scand J Dent Res* 1970; 78: 273-286
- 4 - Andreasen JO. *Lesioni traumatiche dei denti*. Ed. Piccin, 1988; 6: 131-42
- 5 - Stalhane I, Hedegard B. Traumatized permanent teeth in children aged 7-15 years. Part II. *Swed Dent J* 1975; 68: 157-169
- 6 - Eklund G, Stalhane I, Hedegard B. A study of traumatized permanent teeth in children aged 7-15 years. Part III. A multivariate analysis of post-traumatic complication of subluxated and luxated teeth. *Swed Dent J* 1976; 69: 179-189
- 7 - Barkin PR. Time as a factor in predicting the vitality of traumatized teeth. *J Dent Children* 1973; 40: 188-192
- 8 - Ohman A. Healing and sensitivity to pain in young replanted human teeth. An experimental, clinical and histological study. *Odont T* 1965; 63: 165-228
- 9 - Rock WP, Gordon PH, Friend LA, Grundy MC. The relationship between trauma and pulp death in incisor teeth. *Brit Dent J* 1974; 136: 236-9