

Il trattamento endodontico di un "particolarissimo" incisivo centrale superiore

RIASSUNTO

L'autore presenta il caso di un incisivo centrale mascellare caratterizzato dalla presenza di un processo di fusione, di un riassorbimento interno, di un "dens in dente" e da una notevole trasparenza apico periapicale. In questo elemento sono stati sondati e trattati tre distinti canali radicolari.

SUMMARY

The Author presents a clinical case of a maxillary central incisor where the periapical radiograph revealed a process of fusion, an internal resorption, the presence of a "dens invaginatus" and an important periapical radiolucency.

In this tooth was located, treated and filled three different root canals.

Mangani F. Il trattamento endodontico di un "particolarissimo" incisivo centrale superiore. *G It Endo* 1991; 3: 106-108

Molti autori hanno documentato e discusso casi clinici riguardanti anomalie morfologiche o più propriamente endodontiche a carico di elementi dentali del gruppo incisivo superiore.

Geminazione, fusione o concrescenza, "dens in dente", riassorbimento interno, canali multipli, sono stati di volta in volta presentati singolarmente o come patologie concomitanti (Figg. 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11).

È comunque un dato di fatto che, per quanto presenti, questi casi non sono frequentissimi in letteratura endodontica soprattutto quelli che in un unico elemento dentario (incisivo centrale superiore) racchiudono tutte le "particolari" situazioni summenzionate.

Il caso che viene presentato può realmente essere definito una rarità in quanto, nonostante le minuziose ricerche bibliografiche effettuate, non è stato possibile reperirne uno sovrapponibile.

La paziente di 22 anni, viene riferita a noi dal suo dentista per una continua dolenzia nella zona degli incisivi superiori.

L'osservazione clinica (Fig. 1) evidenzia chiaramente l'alterazione morfologica della corona dell'I.1 mentre lo studio dell'indagine radiografica (Fig. 2), peraltro non attentissimo e vedremo più avanti il perché di questa affermazione, dimostra la presenza di una serie di patologie così riassumibili:

a) fusione dovuta probabilmente (?) all'unione del germe normale con un germe soprannumerario



Fig. 1



Fig. 2

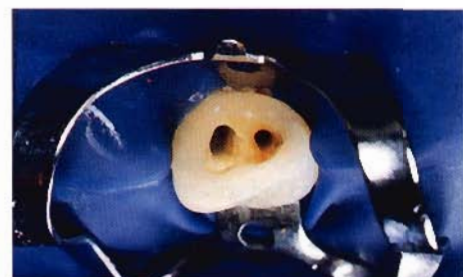


Fig. 3



Fig. 4

- b) riassorbimento interno a carico della porzione mesiale delle due radici apparentemente fuse
- c) "dens in dente" sempre a carico della porzione mesiale
- d) radiotrasparenza apico-periapicale
- e) due distinti canali.

All'esame clinico la paziente riferisce un leggero dolore alla percussione ed i test termici ed elettrici risultano negativi. Non sono presenti fistole o tumefazioni dei tessuti molli.

Si decide quindi per il trattamento endodontico avendo cura di non minare più del necessario la struttura coronale durante l'esecuzione della cavità d'accesso (Fig. 3).

Dalle Figg. 4 e 5, sequenze operative della preparazione, si possono evincere le difficoltà incontrate per stabilire le corrette lunghezze di lavoro in presenza di un'anatomia così bizzarra.

In Fig. 6 la scelta dei coni master ed in Fig. 7 il caso ultimato secondo la tecnica di Schilder; in quest'ultima immagine si possono rilevare diversi canalicoli che mettono in comunicazione i due canali principali.

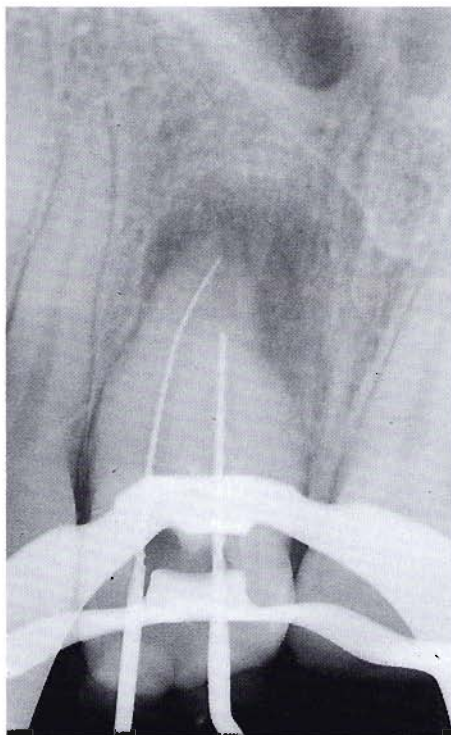


Fig. 5



Fig. 6

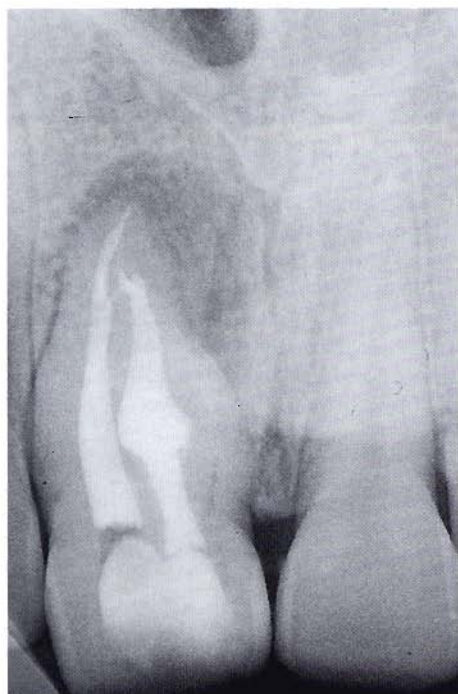


Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

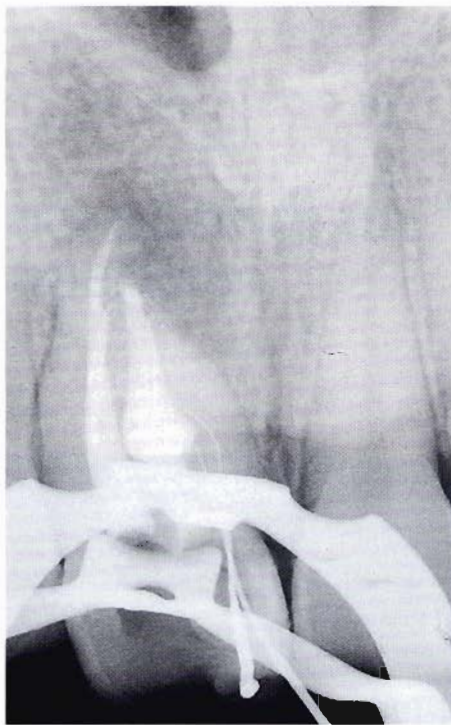


Fig. 11

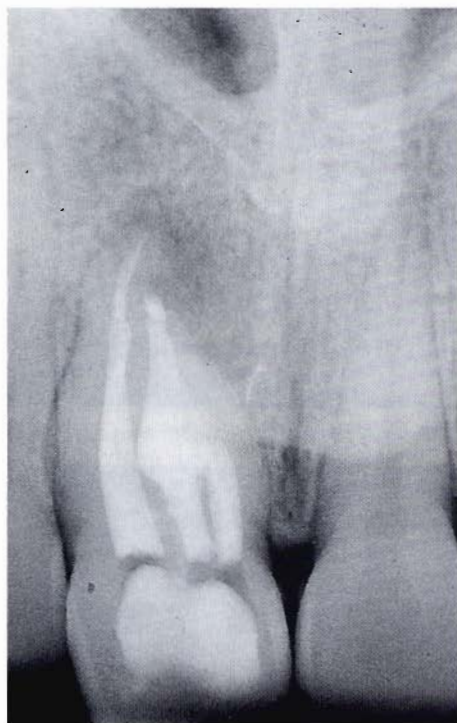


Fig. 12



Fig. 13

Al primo controllo effettuato (Fig. 8) a tre mesi, la paziente riferisce la sporadica presenza di una residua dolorabilità alla percussione. Lo studio, questa volta molto più attento, della radiografia di controllo dimostra la presenza di un ulteriore canale in posizione mesiale. I sintomi riferiti sono quindi probabilmente da riferire alle tossine che dall'interno di questo spazio endodontico non trattato, passano al periapice sostenendone l'infiammazione.

Il riscontro clinico (Fig. 9) e le due radiografie intraoperatorie (Figg. 10-11) dimo-

strano inoltre come questo canale soprannumerario abbia due distinti imbocchi e segua differenti percorsi prima di confluire in un unico terminale apicale.

In Fig. 12 il trattamento ultimato dove si evidenzia la presenza di un canale laterale al terzo medio.

La totale remissione dei sintomi ed il primo controllo a distanza (6 mesi) dimostrano la quasi completa risoluzione della patologia apico periapicale ed un buon mantenimento del caso restaurato nella sua struttura coronale mediante pinlay in oro (Fig. 13).

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Levitas T. Gemination, fusion, twinning and concrescence. *J Endodon* 1976; 2: 227
- 2 - Thompson BH, Portell FR, Hartwell GR. Two root canals in a maxillary lateral incisor. *J Endodon* 1985; 11: 353-5
- 3 - Sinai HI, Lustbader S. A dual rooted maxillary central incisor. *J Endodon* 1984; 10: 105-6
- 4 - Zillich R, Ash J, Cochran J. Maxillary lateral incisor with two roots and dens formation: a case report. *J Endodon* 1983; 9: 143-4
- 5 - Delany GM, Goldblatt LI. Fused teeth: a multidisciplinary approach to treatment. *J Am Dent Assoc* 1981; 103: 732-4
- 6 - Friedman S, Mor H, Stabholz A. Endodontic therapy of a fused permanent maxillary lateral incisor. *J Endodon* 1984; 10: 449-51
- 7 - Wolfe R, Stieglitz H. A fused permanent maxillary incisor: endodontic treatment and restoration. *N Y State J Med* 1980; 10: 449-51
- 8 - Mader C, Konzelman J. Double rooted maxillary central incisor. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980; 50: 99
- 9 - Creaven J. Dens invaginatus-type malformation without pulpal involvement. *J Endodon* 1975; 1: 79-80
- 10 - Mehlman E. Management of a totally fused central and lateral incisor with internal resorption perforating the lateral aspect of the root. *J Endodon* 1978; 4: 189-91
- 11 - Blaney T, Hartwell G, Bellizzi R. Endodontic management of a fused tooth: a case report. *J Endodon* 1982; 8: 227-30