

09 Marzo 2022



Utilizzo di impianti conometrici come ancoraggio ortodontico per recuperare un dente sovranumerario

di Simone Rania

I denti sovranumerari sono elementi in eccesso rispetto alla normale formula dentaria. Nel caso di soggetti adulti non affetti da sindromi sistemiche, i dati relativi al tasso di incidenza varia, a livello globale, tra l'1,5% e il 3,5% in dentizione permanente.

Possono essere singoli o multipli, unilaterali o bilaterali, morfologicamente normali o malformati, erotti o inclusi[1]. Numerosi studi indicano che il 76-86% dei casi è rappresentato da elementi singoli, il 12-23% da due sovranumerari e il 2-8% da tre o più. Inoltre, è stata riscontrata una netta preferenza per il sesso maschile, in proporzione di 2:1[1].

L'eziologia è ad oggi sconosciuta. È stata ipotizzata una base genetica attraverso l'osservazione di una maggiore frequenza di iperdonzia nell'ambito di una stessa famiglia[2]. Alcuni autori indicano la possibilità di un carattere autosomico dominante che può venire a mancare in alcune generazioni. Altri invece propongono una combinazione di geni e fattori ambientali per spiegarne la presenza[2].

I denti sovranumerari vengono classificati in base alla loro localizzazione e alla loro morfologia.

Secondo il primo criterio si suddividono in:

- *mesiodens*, localizzato tra gli incisivi centrali;
- *paramolare*, ovvero dente similmolare di dimensioni ridotte localizzato palatalmente o vestibolarmente a uno dei due molari o nello spazio interprossimale tra settimo e ottavo;
- *distomolare*, ovvero dente similmolare di dimensioni ridotte localizzato distalmente al terzo molare;
- *parapremolare*, sovranumerario presente nella regione premolare.

In base alla morfologia, invece, vengono suddivisi in:

- *conici*;
- *tubercolati*, piccoli tubercoli che possono presentare invaginazioni;
- *supplementari*, copie di denti permanenti;
- *odontomi*, categoria non accettata da tutti gli autori.

Raramente sono completamente asintomatici, ma spesso la loro presenza provoca problematiche quali la modificazione dell'arcata dentaria per mancata eruzione di almeno un elemento, per dislocazione o per affollamento, il riassorbimento radicolare del dente adiacente o della struttura ossea circostante, la formazione di cisti follicolari o da eruzione.

Vengono diagnosticati a seguito di esami radiologici come l'ortopantomografia (OPT), eseguita per altri scopi o per verificare un'ipotesi diagnostica sviluppata a seguito dell'esame clinico. Se si rende necessario, è poi possibile procedere con indagini radiologiche di secondo livello (per esempio, la tomografia computerizzata cone beam) che permettono di valutare non solo la morfologia e la localizzazione dell'elemento, ma anche la presenza o l'assenza di lesioni endossee associate. Nel caso in cui sussista quest'ultima condizione, il trattamento di elezione è la rimozione chirurgica dell'elemento in eccesso.

Tale procedura risulta invece controindicata qualora il sovranumerario sia completamente asintomatico, non sia stato programmato un intervento di tipo ortodontico o implantare e/o la sua rimozione possa arrecare danno alle strutture adiacenti.

Caso clinico

Un paziente uomo, di 38 anni, si presentava con radici residue nei settori posteriori e riabilitazioni protesiche con segni di usura occlusale importante. Lamentava altresì dolenzia a livello di ATM destra con click reciproco ben rappresentato in apertura e chiusura, segno di perdita di dimensione verticale posteriore e difficoltà nella ricattura del disco articolare[1].

Alla visione della OPT iniziale (**fig. 1**) si evidenziava la presenza di elemento sovranumerario tra 44 e 45[3] ben formato e rappresentato. Il piano terapeutico ha previsto la bonifica estrattiva dei residui radicolari presenti, l'inserimento di impianti conometrici (ImpLassic FTP, Dental Tech, Misinto, MB) (**fig. 2**) in posizione 4.6 (ImpLassic FTP 4,25x10 mm) e 4.7 (ImpLassic FTP 4,75x8 mm) usati come ancoraggio[2] per disincludere il dente sovranumerario.



Fig. 1 OPT iniziale

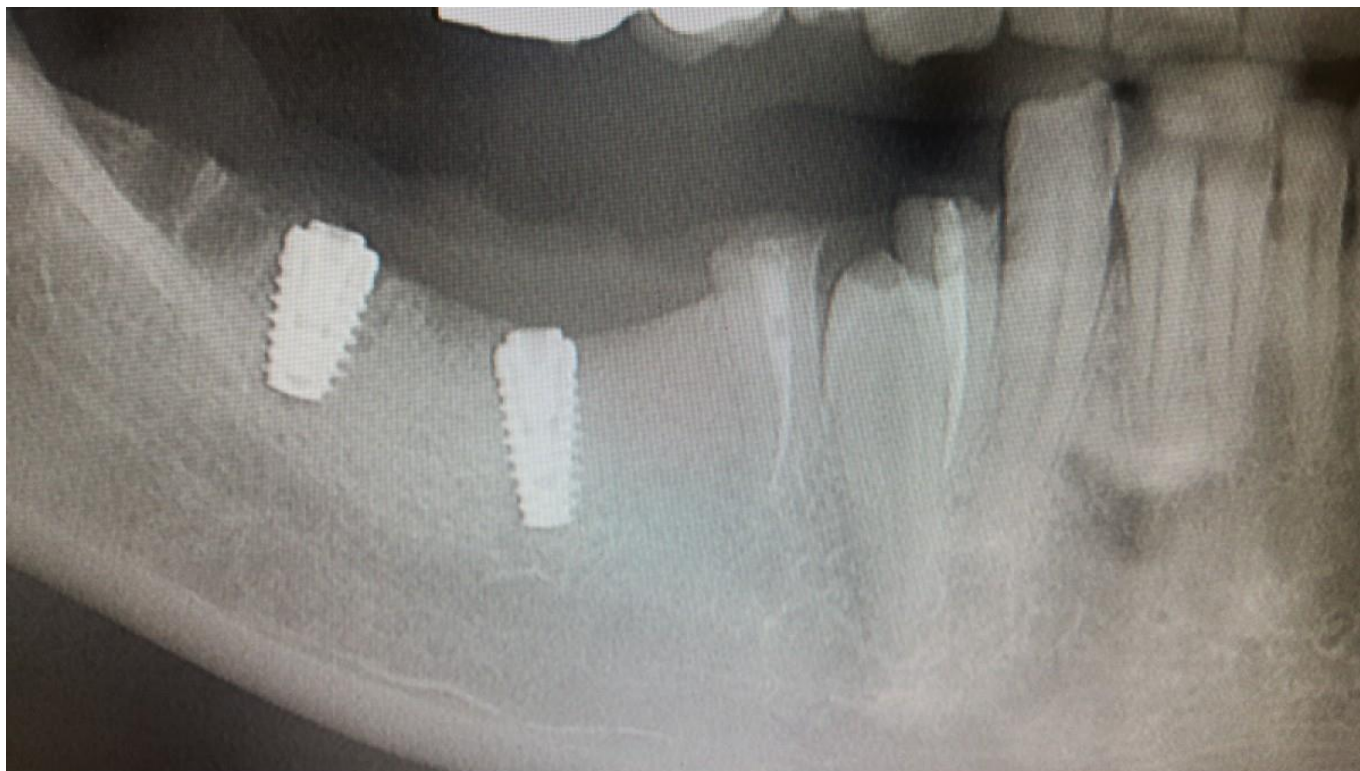


Fig. 2 Inserimento impianti ImpLassic FTP

Trascorse 10 settimane sono stati scoperti gli impianti 46 e 47 (**fig. 3**) e contestualmente con l'estrazione dei residui radicolari di 44 e 45 è stata inserita la fixture in zona 45 (ImpLassic FTP 3,75x11,5 mm).

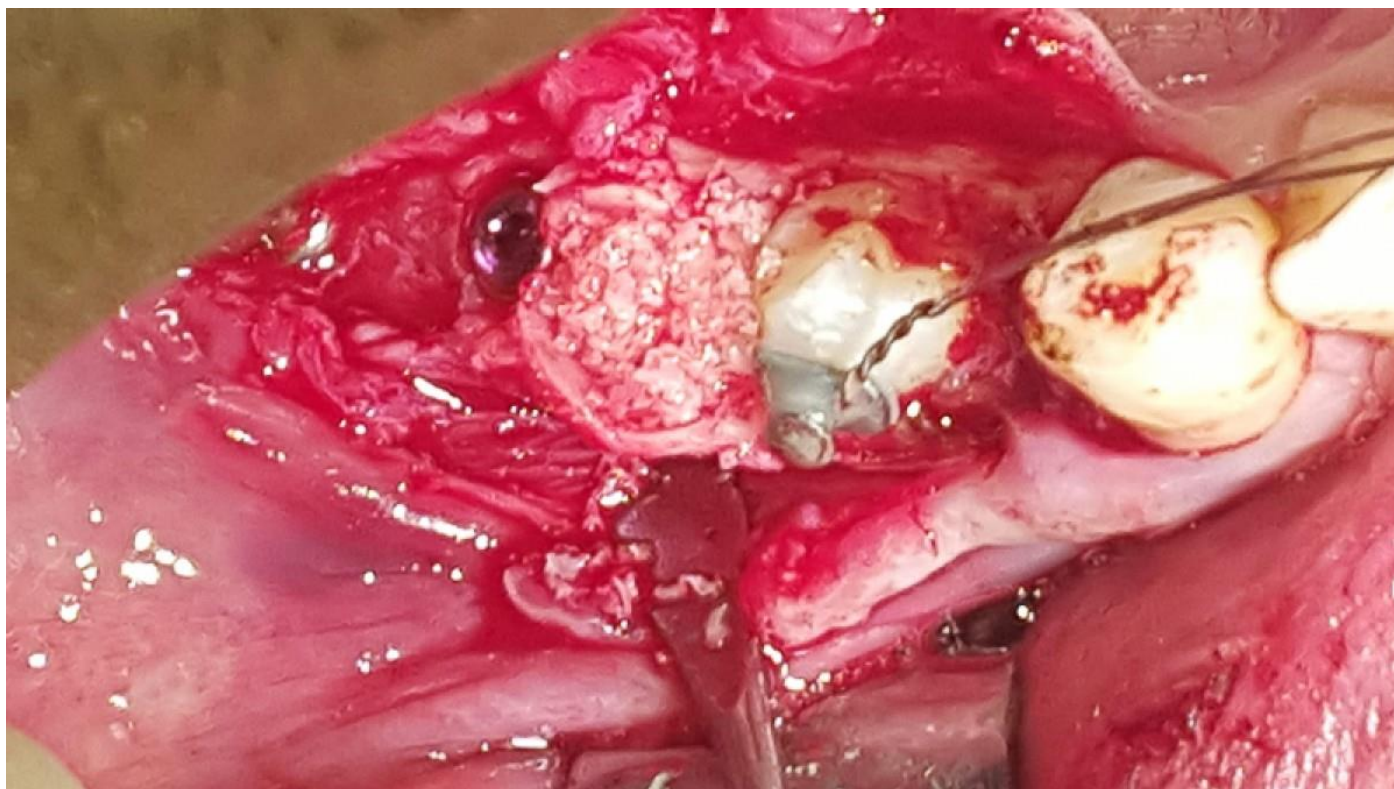
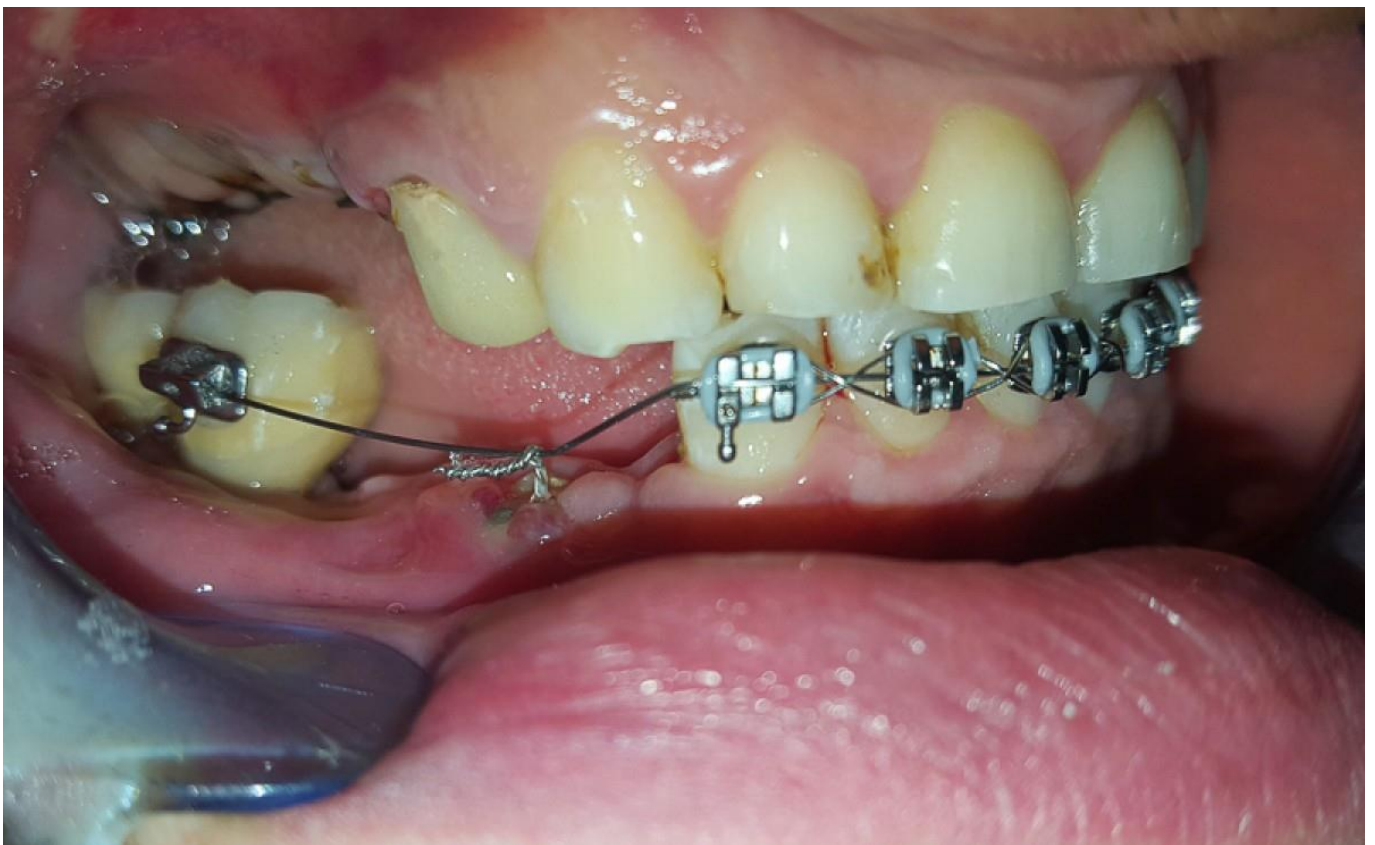
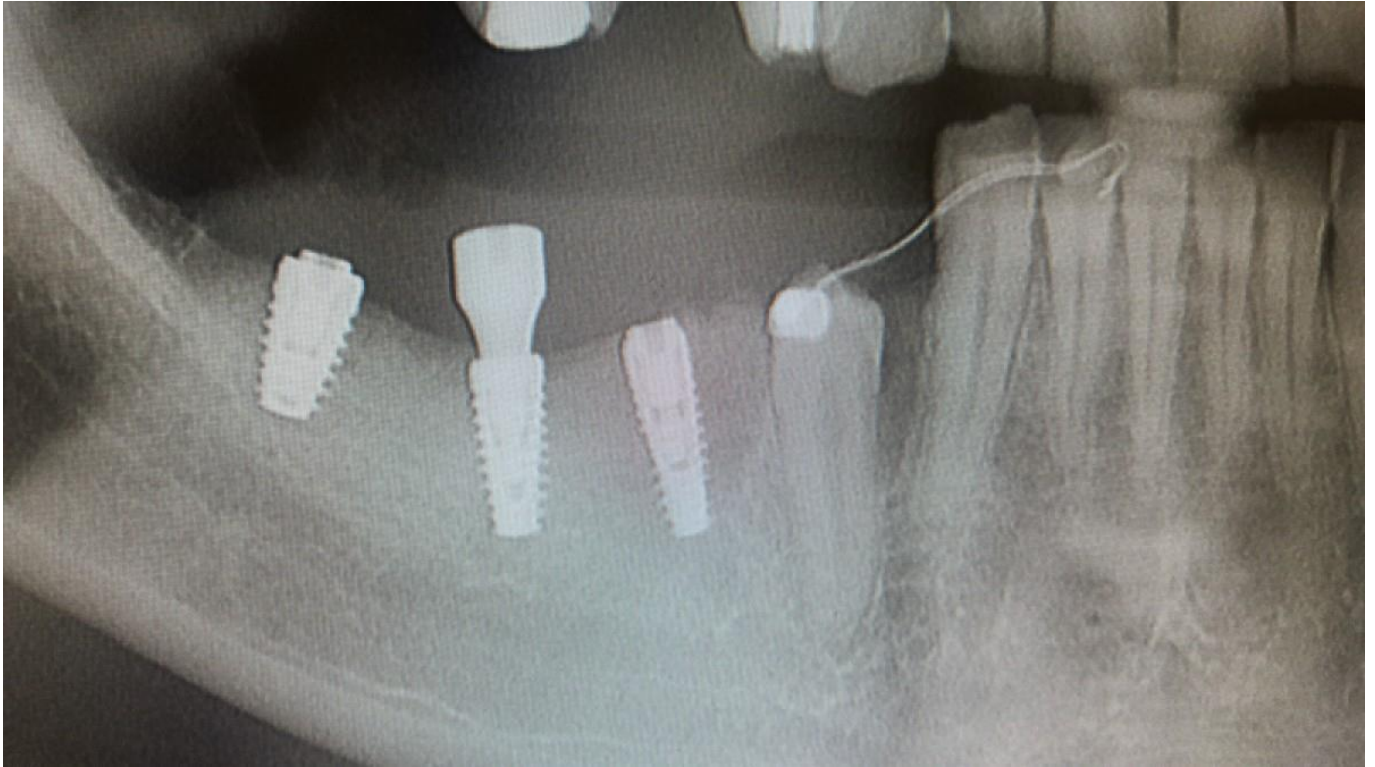


Fig. 3 Scopertura degli impianti 46 e 47

È stato applicato il bottone ortodontico sul dente sovrannumerario e, successivamente, legato al bandaggio ortodontico inferiore fino al 3.3 con un arco leggero 0,14 NiTi (**figg. 4, 5**).



Figg. 4, 5 Bandaggio ortodontico

L'ancoraggio assoluto con fixture protesica osteointegrata risulta quindi non gravare sugli elementi dentari bondati, che comunque sono stati solidarizzati tramite legatura metallica continua.

Dopo 8 mesi circa il sovranumerario giunge in arcata disponibile come pilastro protesico. Nel frattempo sono stati inseriti fixture dell'arcata superiore (in particolare l'elemento 24 è post-estrattivo con grossa lesione periodontale cronica ben integrato) e inferiore sinistra. Il programma di riabilitazione protesica è proseguito confezionando due serie di provvisori con progressivo rialzo dell'occlusione, che ha consentito la scomparsa di dolenzia ATM dx e la netta riduzione del rumore articolare sia in apertura che in chiusura.

Stabilita la dimensione verticale corretta vengono eseguite corone protesiche in zirconio e ceramica di rivestimento a basso punto di fusione (**figg. 6, 7**).



Figg. 6, 7 Corone protesiche in zirconio e ceramica di rivestimento

Verificata l'estetica e l'assenza di precontatti in protrusiva e lateralità (**fig. 8**), alla cementazione viene consegnata una placca stampata rigida di 2 mm di spessore notturna (**fig. 9**) a protezione delle superfici occlusali protesiche e per ridurre parafunzioni occlusali, che sovente intervengono in caso di riabilitazioni protesiche complesse.



Fig. 8 Risultato estetico finale



Fig. 9 Placca di 2 mm notturna a protezione delle superfici occlusali protesiche

Si allega OPT di fine trattamento (**fig. 10**).



Fig. 10 OPT di fine trattamento

Bibliografia

1. Giancotti A, Grazzini F, De Dominicis F, Romanini G, Arcuri C. Multidisciplinary evaluation and clinical management of mesiodens. *J Clin Pediatr Dent* 2002;26(3):233-7.
2. Paoloni V, Mucedero M, Laganà G, Clementini M, Cozza P. I denti soprannumerari (Supernumerary teeth). *Mondo Ortodontico* 2011;36(5):184-95.
3. Klasser GD, Rinaldi MR et al. Alterazione dell'articolazione temporo-mandibolare interna. Louisiana State University School of Dentistry, giugno 2020.
4. Rinaldi MR et al. Transdisciplinary treatment of Class III malocclusion using conventional implant-supported anchorage: 10-year post-treatment follow-up. *Dental Press J Orthod* 2015 May-Jun; 20(3):69-79.