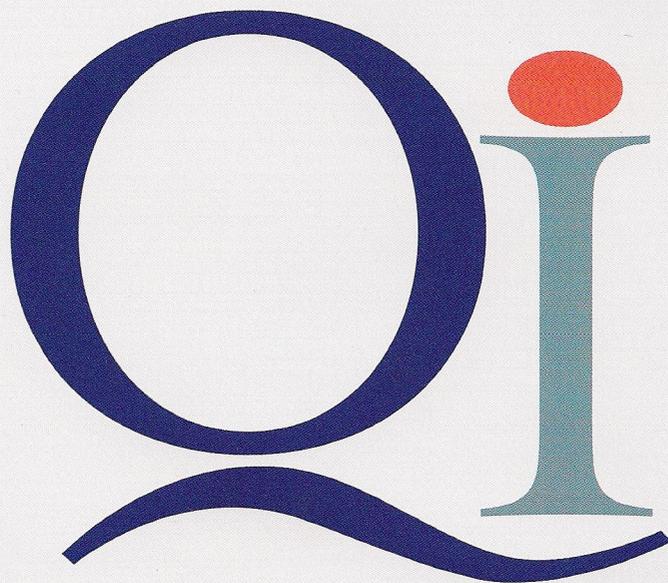


QUINTESSENZA INTERNAZIONALE

QUINTESSENZA EDIZIONI S.r.l. - Via Ciro Menotti 65 - 20017 Rho (Mi) - Sped. in abb. post. D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/04 n. 46) art. 1 comma 1, DCB - Milano

GENNAIO-FEBBRAIO 2008

A N N O 2 4



Clinically relevant, scientifically based

NUMERO 1

Dislocazione accidentale di terzi molari impattati: presentazione di due casi

Urbano Urbani*, Saverio Capodiferro**, Francesco Bromo***, Marco Dolci*, Gianfranco Favia**

L'estrazione chirurgica dei terzi molari impattati espone il paziente a differenti complicanze chirurgiche. Una delle più rare è la dislocazione del dente nelle regioni anatomiche limitrofe: per i molari inferiori nella regione sottolinguale, nella regione laterale del collo, nello spazio laterale parafaringeo; per i molari superiori nella fossa infratemporeale, nella fossa pterigo-mascellare e nel seno mascellare. La gestione di un paziente con un dente dislocato è ampiamente dibattuta in Letteratura. I tempi e le tecniche chirurgiche sono condizionati dalla regione in cui si è posizionato il dente: spesso un approccio chirurgico extraorale si rende necessario per rimuovere il dente stesso. Gli Autori riportano due casi di terzi molari accidentalmente dislocati, il primo giunto alla nostra osservazione con un terzo molare inferiore dislocato nello spazio sottolinguale (non ricoverato e non operato dopo un anno dalla dislocazione in totale assenza di sintomatologia), il secondo con un terzo molare superiore dislocato nel seno mascellare, immediatamente ricoverato e operato.

Parole chiave: Terzo molare impattato, dislocazione accidentale, chirurgia del terzo molare.

INTRODUZIONE

L'estrazione dei terzi molari inclusi è una procedura alquanto comune in chirurgia orale e maxillo-facciale.

Numerose sono le complicanze che possono verificarsi durante l'estrazione dei terzi molari sia superiori sia inferiori le più comuni delle quali sono l'alveolite, le emorragie durante o dopo la chirurgia, le lesioni dei tessuti molli, le fratture dentali, le lussazioni mandibolari, le infezioni o parestesie del nervo alveolare inferiore¹⁻³ e, più raramente, le parestesie del nervo linguale^{1,4,5}.

La maggior parte di questi problemi sono temporanei, ma in alcuni casi le parestesie possono essere permanenti e creare problemi funzionali^{5,7}.

Tra le complicanze più rare ma più problematiche da risolvere bisogna annoverare le fratture ossee⁸ e le ancor più rare dislocazioni nelle strutture anatomiche adiacenti del dente oggetto dell'estrazione.

Gli Autori riportano due casi di dislocazione accidentale di terzi molari: il primo, inferiore, nella regione sottolinguale, il secondo, superiore, nel seno mascellare.

PRESENTAZIONE CASI

Caso 1

Un uomo di 37 anni giungeva all'attenzione degli Autori con una ortopantomografia in cui si poteva chiaramente osservare la presenza del terzo molare inferiore di destra localizzato nei tessuti molli della regione sottolinguale di destra (Fig. 1).

Il paziente, 12 mesi prima, si era sottoposto presso il proprio odontoiatra all'estrazione dei

* MD, Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche Università "G. d'Annunzio" di Chieti.

** MD, DDS, Dipartimento di Odontostomatologia e Chirurgia - Università di Bari.

*** DDS, Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Radiologiche e Odontostomatologiche - Università di Perugia.

Indirizzo per la corrispondenza:

Dr. Urbano Urbani, Department of Odontostomatological Sciences, University "G. d'Annunzio" of Chieti, via dei Vestini 31, 66013 Chieti-Italy, tel.: +39 (0871) 3554154 e-mail: urbano_urbani@yahoo.it

terzi molari inferiori in inclusione ossea totale. Il paziente riferiva che al momento dell'intervento non erano presenti segni di infiammazione a carico dei tessuti molli sovrastanti. L'intervento è stato eseguito in anestesia locale e dopo l'allestimento di un lembo mucoperiostale e di una osteotomia per accedere all'elemento, durante le manovre di lussazione l'elemento l'odontoiatra lamentava l'improvvisa fuoriuscita del dente dall'alveolo che invece di apparire nel cavo orale spariva in direzione apicolinguale. Constatata la dislocazione del dente non veniva intrapreso alcun tentativo per la rimozione dell'elemento da quella posizione e la ferita veniva suturata per prima intenzione.

Il paziente veniva mandato a casa con terapia antibiotica e nelle successive tre settimane il decorso post operatorio non presentava alcun segno di comparsa di infezione. Data la situazione di benessere il paziente per i successivi dodici mesi non ha ritenuto opportuno recarsi ad effettuare alcun controllo.

A distanza di un anno dalla dislocazione, il paziente si presentava all'attenzione degli Autori per un consulto medico-chirurgico. Il paziente confermava che nei 12 mesi precedenti non si era manifestata alcuna sintomatologia, né alcuna alterazione nelle normali funzioni di respirazione, fonazione e deglutizione.

All'esame obiettivo con manovre palpatorie intraorali ed extraorali era possibile percepire la presenza dell'elemento nei piani profondi in vicinanza della ghiandola sottomandibolare.

Una volta accertate le condizioni di buona salute del paziente, la totale assenza di sintomatologia e la posizione dell'elemento dentale si proponeva al paziente un intervento chirurgico in narcosi per l'asportazione dell'elemento stesso; tale intervento prevedeva una ospedalizzazione con un periodo di ricovero di circa 5 giorni e un successivo periodo di recupero di circa 7 giorni.

Veniva spiegato al paziente che, data la posizione del dente, l'intervento chirurgico prevedeva un accesso cervicale esterno, nella regione sottomandibolare destra per poter accedere a tale regione salvaguardando le strutture vascolari e nervose della regione (V e VII nc, arteria facciale). L'accesso risultava essere lo stesso che si pratica per effettuare l'adenectomia della ghiandola sottomandibolare con un'incisione cutanea orizzontale

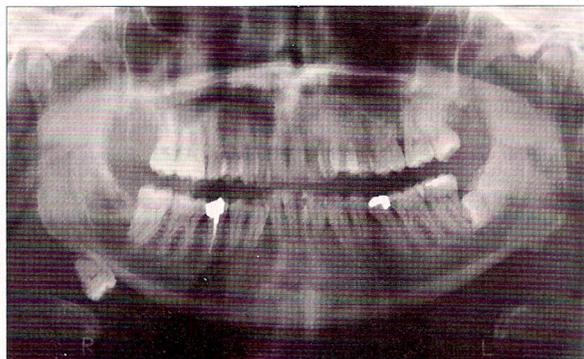


Fig. 1 Ortopantomografia postoperatoria: dislocazione del terzo molare inferiore di destra nella regione sublinguale (caso 1).

paramarginale di circa 4 centimetri.

Dati i tempi necessari per rimuovere il dente dislocato, la necessità di un ricovero e di un intervento in narcosi con un accesso cervicale esterno il paziente, supportato dalla totale assenza di sintomatologia e di disfunzioni per 12 mesi, decise di soprassedere all'intervento fino al momento in cui l'elemento dentale dislocato avesse cominciato a dare qualche sintomatologia.

Caso 2

In questo caso una donna di 27 anni si recava presso il proprio odontoiatra per effettuare l'estrazione del terzo molare superiore sinistro in condizione di inclusione mucosa (Fig. 2). Il dente risultava essere totalmente asintomatico. In anestesia locale veniva allestito un lembo mucoperiosteale e l'elemento, in posizione mesio-vestibolo inclinato, veniva esposto. Durante le manovre iniziali per la lussazione l'elemento spariva improvvisamente. Effettuata la sutura del lembo la paziente veniva immediatamente inviata all'attenzione degli Autori per un consulto clinico-chirurgico con il sospetto di una dislocazione dell'elemento nella fossa infratemporale.

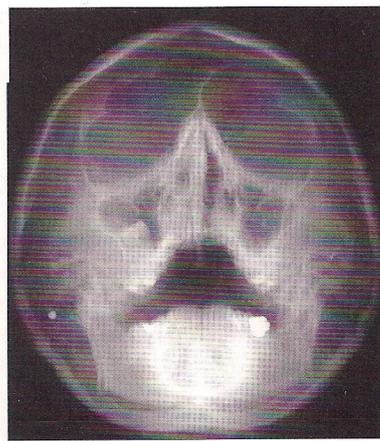
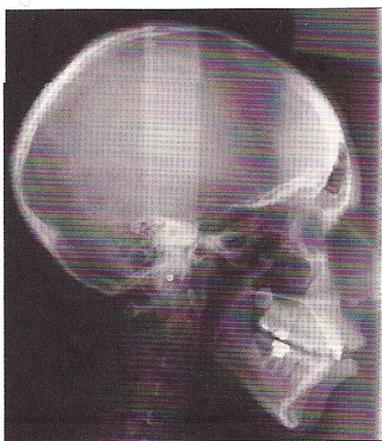
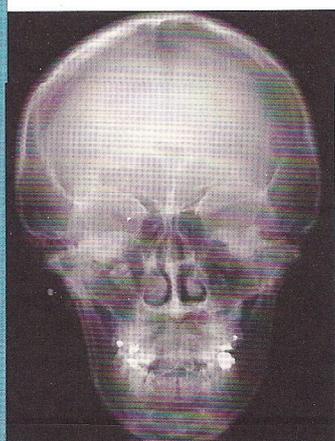
Le radiografie del cranio, subito eseguite, mostravano, invece, una dislocazione dell'elemento all'interno del seno mascellare (Figg. 3a-c).

Valutate le condizioni cliniche e il buono stato di salute generale della paziente le si proponeva di procedere all'immediata rimozione dell'elemento tramite un intervento



Fig. 2 Ortopantomografia preoperatoria che evidenzia la posizione del terzo molare superiore di destra (caso 2).

Figg. 3a-c Teleradiografie del cranio in proiezione postero-anteriore (3a), latero-laterale (3b) e occipito-naso-mento (3c) che indicano chiaramente la dislocazione del dente nel seno mascellare di destra



chirurgico in narcosi.

La paziente, una volta apprese le possibili complicanze infettive dovute alla presenza di un elemento dentale all'interno di un seno mascellare decideva di sottoporsi all'intervento chirurgico.

In anestesia generale, attraverso un accesso laterale al seno mascellare è stato possibile identificare e repertare l'elemento dislocato e quindi rimuoverlo. La paziente è stata dimessa il giorno seguente con una terapia medica antidolorifica e antibiotica per 7 giorni. Il periodo post operatorio è stato privo di complicanze. Il recupero è risultato completo dopo 2 mesi dall'intervento.

DISCUSSIONE

Numerose sono le complicanze che possono verificarsi durante l'estrazione dei terzi molari sia superiori sia inferiori¹⁻⁵: fra queste una delle più problematiche da risolvere, ma per fortuna più rare, è la dislocazione del dente oggetto dell'estrazione in altra sede.

Dall'analisi della Letteratura si può evincere che i terzi molari inferiori possono essere accidentalmente dislocati nella regione sottolinguale⁹, nella regione laterale del collo¹⁰, nella fossa infratemporale¹¹, nello spazio laterale parafaringeo¹² mentre quelli superiori possono essere dislocati nella fossa infratemporale^{11,13} o nel seno mascellare^{14,15}.

La rimozione di un terzo molare superiore dislocato nel seno mascellare risulta essere age-

vole e risolutiva, mentre risulta essere molto più complicato la rimozione dell'elemento dislocato nella fossa infratemporale per il fatto che per accedere alla regione è necessario effettuare un accesso chirurgico esterno dal temporale.

Per quanto riguarda la dislocazione di un terzo molare inferiore bisogna considerare che tale evenienza si verifica in seguito alla concomitante frequenza di molteplici fattori quali la direzione e l'entità delle forze utilizzate per l'estrazione congiuntamente a fattori di tipo anatomici quali la posizione del dente da estrarre¹⁶ e la densità dell'osso.

La sola presenza di un terzo molare incluso nella regione angolare mandibolare riduce significativamente la resistenza mandibolare ai traumi anche in base alla posizione del dente incluso. In uno studio effettuato sulle scimmie Reitzik e Coll. hanno notato che la mandibola contenente terzi molari non erotti¹⁷ si fratturano con il 60% della forza necessaria a fratturare una mandibola con terzi molari completamente erotti¹⁸.

La dislocazione di un terzo molare inferiore durante le manovre di avulsione avviene di solito in direzione linguale perché la corticale ossea interna¹⁹ risulta spesso sottile o a volte totalmente assente. Inoltre per quanto riguarda l'uso delle leve (che vengono quasi sempre utilizzate per l'estrazioni dei terzi molari inclusi) vi è da notare che è facile con questo strumento produrre una notevole forza sia sui punti di appoggio sia sul dente di appoggio e, in concomitanza con la variante anatomica di assenza della corticale interna, è comprensibile come possa verificarsi una dislocazione del dente in direzione sottolinguale, nella regione laterale del collo o nello spazio laterofaringeo.

In un certo numero di casi il dente dislocato non causa complicanze²⁰, ma deve sempre essere tenuta in considerazione la possibilità di insorgenza di successive complicanze^{21,22} quali infezioni, reazioni da corpo estraneo, comparsa di disturbi funzionali: la comparsa di tali complicanze può avvenire anche a distanza di parecchio tempo dalla dislocazione.

In Letteratura viene anche menzionata la possibilità che l'elemento dentale possa migrare dalla sua posizione originale. Cosme Gay-Escoda e Coll.¹⁰ descrivono un caso in cui un terzo molare inferiore, inizialmente dislocato nello spazio sottomandibolare, migrava successivamente davanti alla ghiandola e

quindi si superficializzava come risultato di una reazione infiammatoria. Alla fine l'elemento si posizionava definitivamente tra il platista e il muscolo sternocleidomastoideo.

Il trattamento dei terzi molari dislocati è un argomento ancora dibattuto in Letteratura. Alcuni Autori preferiscono effettuare l'intervento chirurgico di rimozione dell'elemento dislocato, se possibile, immediatamente dopo la sua dislocazione perché ritengono che un ritardo nell'intervento possa aumentare il rischio di insorgenza di complicanze. Altri Autori ritengono invece più opportuno ritardare l'intervento di uno o due giorni²³, altri ancora preferiscono invece programmare l'intervento in un secondo tempo e cioè 3 o 4 settimane dopo la dislocazione per permettere l'instaurarsi di un processo fibroso da corpo estraneo in grado di immobilizzare l'elemento nella posizione in cui risulta dislocato²⁴.

La rimozione dell'elemento dislocato sottopone spesso il paziente ad un intervento chirurgico indaginoso, in narcosi, che richiede in molti casi un accesso esterno al cavo orale^{23,25}.

Nel primo caso da noi presentato, giunto alla nostra osservazione 12 mesi dopo la dislocazione, non è stato possibile rimuovere l'elemento per il rifiuto del paziente e ci si è limitati a raccomandare al paziente stesso, in caso di comparsa di una qualsivoglia sintomatologia, di recarsi immediatamente presso un reparto di chirurgia maxillo-facciale per la sua rimozione.

Nel secondo caso l'estrazione del dente dislocato è stata effettuata il giorno stesso in cui si era verificata la dislocazione dell'elemento con un'immediata soluzione del problema.

Sulla base di questo studio e dalla revisione della Letteratura si può concludere che la dislocazione di un terzo molare nei tessuti molli o nel seno mascellare deve essere tenuta in considerazione nella chirurgia estrattiva del terzo molare: la risoluzione della complicanza richiede un intervento chirurgico in narcosi, un ricovero ospedaliero e spesso un approccio chirurgico esterno al cavo orale.

BIBLIOGRAFIA

1. Sisk AL, Hammer WB, Shelton DW, Joy ED Jr. Complication following removal of impacted third molars: the role of experience of the surgeon. *J Oral Maxillofac Surg* 1986; 44 (11): 855-9.

2. Precious DS, Mercier P, Payette F. Risques et bénéfices de l'ablation des troisièmes molaires incluses: revue critique de la littérature – Partie 2. *J Can Dent Assoc* 1992; 58 (10): 845-52.
3. Bui CH, Seldin EB, Dodson TB. Types, frequencies, and risk factors for complications after third molar extraction. *J Oral Maxillofac Surg* 2003; 61 (12): 1379-89.
4. Muhonen A, Venta I, Ylipaavalniemi P. Factors predisposing to postoperative complications related to wisdom tooth surgery among university students. *J Am Coll Health* 1997; 46 (1): 39-42.
5. Lopes V, Mumenya R, Feinmann C, Harris M. Third molar surgery: an audit of the indications for surgery, post-operative complaints and patient satisfaction. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1995; 33 (1): 33-5.
6. Brann CR, Brickley MR, Sheppherd JP. Factors influencing nerve damage during lower third molar surgery. *Br Dent J* 1999; 186 (10): 514-6.
7. Nickel Alfred A Jr. A retrospective study of paresthesia of the dental alveolar nerves. *Anesth Prog* 1990; 37 (1): 42-5.
8. Meyer RA. Complication of exodontia. In: Waite DE ed. *Textbook of practical oral and maxillofacial surgery*. Philadelphia; Lea & Febiger. 1987: 153-4.
9. Koseglu BG, Gumru O, Kocaelli HA. Lower third molar displaced in the sublingual space. *Dentomaxillofac Rad* 2002; 31: 393.
10. Gay-Escoda C, Berini-Aytès L, Pinera-Penalva M. Accidental displacement of a lower third molar. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 76: 159-160.
11. Patel M, Down K. Accidental displacement of impacted maxillary third molars. *Br Dent J* 1994; 177(2): 57-9.
12. Umit E, Selim MY, Sinan T. Accidental third molar displacement into the lateral pharyngeal space. *J Oral Maxillofac Surg* 2002; 60: 1217.
13. Dimitrakopoulos I, Papadaki M. Displacement of a maxillary third molar into the infratemporal fossa: case report. *Quintessence Int.* 2007;38(7): 607-10.
14. Cai TX, Long X, Cheng Y, Li XD, Jin HX. Dislocation of an upper third molar into the maxillary sinus after a severe trauma: a case report. *Dent Traumatol* 2007; 23 (3): 181-3.
15. Arcuri C, Pilloni A, Motta A. Impacted third molars. Accidental dislocation. *Dent Cadmos* 1990; 58 (4): 95-7.
16. Lee JT, Dodson TB. The effect of mandibular third molar presence and position on risk of an angle fracture. *J Oral Maxillofac Surg* 2000; 58: 394-398.
17. Seymour RA, Meechan JG, Blair GS. An investigation into postoperative pain after third molar surgery under local anaesthesia. *Br J Oral Surg* 1985; 22: 410-418.
18. Pell GJ, Gregory GT. Report on a ten year study of a tooth division technique for the removal of impacted teeth. *Am J Orthod* 1942; 28: 660-666.
19. Hutchinson D. An unusual case of lingual displacement of mandibular third root apex. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1975; 39: 858-61.
20. Mellor TK, Finch LD. Displaced third molar. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64: 131.
21. Gay-Escoda C, Berini-Aytès L, Pinera-Penalva M. Accidental displacement of a lower third molar. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1993; 76: 159-160.
22. Peterson LJ, Ellis E III, Hupp JR, et al: *Contemporary Oral and Maxillofacial Surgery* (ed 3). St Louis, MO, Mosby. 1998, p 267.
23. Dormer BJ, Babett JA. Root section in the submaxillary space. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1973; 35: 786.
24. Peterson LJ. Prevention and management of surgical complications. In: *Contemporary oral and maxillofacial surgery*. St. Louis Mosby. 1988: 275-7.
25. Patel M, Down K. Accidental displacement of impacted maxillary third molars. *Br Dent J* 1994; 177(2): 57-9.

Surgical extraction of impacted third molars exposes the patient to many different surgical risks. Rarely accidental displacement of a tooth in the adjacent anatomic structures is observed: sublingual space, lateral regions of neck and lateral pharyngeal space for lower third molars; infratemporal area, pterygo-maxillary space and maxillary sinus for upper third molars. Management of a patient with a dislocated tooth is widely discussed in literature. Timing and surgical procedures are conditioned by the place where tooth displaced: often an external approach is necessary to remove the tooth. Authors report two cases of accidental displacement of third molars, the first one observed with a lower third molar dislocated in the sublingual space (not recovered and not treated one year later the dislocation without any complication), the second one observed with a upper third molar dislocated in maxillary sinus, immediately recovered and treated.

Key words: impacted third molar, accidental displacement, third molar surgery