

Anomalie dentali: Articoli e raccomandazioni fondamentali

- Ashkenazi M, Greenberg BP, Chodik G, Rakocz M.** Postoperative prognosis of unerupted teeth after removal of supernumerary teeth or odontomas. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2007 May;131(5):61
- Dashash M, Yeung CA, Jamous I, Blinkhorn A.** Interventions for the restorative care of amelogenesis imperfecta in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;6:CD007157.
- Depprich RA, Ommerborn MA, Handschel JG, Naujoks CD, Meyer U, Kübler NR.** Dentin dysplasia type I: a challenge for treatment with dental implants. *Head Face Med.* 2007;3:31. Published 2007 Aug 22. doi:10.1186/1746-160X-3-31
- Gallacher A, Ali R, Bhakta S.** Dens invaginatus: diagnosis and management strategies. *Br Dent J.* 2016;221:383-7.
- Garrocho-Rangel A, Dávila-Zapata I, Martínez-Rider R, Ruiz-Rodríguez S, Pozos-Guillén A.** Dentinogenesis Imperfecta Type II in Children: A Scoping Review. *J Clin Pediatr Dent.* 2019;43(3):147-154.
- Gill DS, Barker CS.** The multidisciplinary management of hypodontia: a team approach. *Br Dent J* 2015;218:143-9.
- Hobkirk JA, Gill D S, Jones S P, Hemmings K W, Bassi G S, O'Donnell A L, Goodman J R.** Hypodontia: a team approach to management. Wiley-Blackwell. 2011
- Kana A, Markou L, Arhakis A, Kotsanos N.** Natal and neonatal teeth: a systematic review of prevalence and management. *European journal of paediatric dentistry*, 2013-03, Vol.14 (1), p.27-32
- Krug R, Volland J, Reich S, Soliman S, Connert T, Krastl G.** Guided endodontic treatment of multiple teeth with dentin dysplasia: a case report. *Head & Face Medicine.* 2020;16(1):27.
- Leith R, O'Connell AC.** Selective Reduction of Talon Cusps- A Case Series. *J Clin Pediatr Dent.* 2018;42(1):1-5.
- Patel M, McDonnell ST, Iram S, Chan MF.** Amelogenesis imperfecta - lifelong management. Restorative management of the adult patient. *Br Dent J.* 2013 Nov 8;215(9):449-57.
- Pousette Lundgren G, Karsten A, Dahllöf G.** Oral health-related quality of life before and after crown therapy in young patients with amelogenesis imperfecta. *Health Qual Life Outcomes.* 2015 Dec 10;13:197.
- Pousette Lundgren G, Wickström A, Hasselblad T, Dahllöf G.** Amelogenesis Imperfecta and Early Restorative Crown Therapy: An Interview Study with Adolescents and Young Adults on Their Experiences. *PLoS One.* 2016 Jun 30;11(6):
- Smail-Faugeron V, Picou Rollin J, Muller Bolla M, Courson F.** Management of non-syndromic dens evaginatus affecting permanent maxillary central incisors: a systematic review. *BMJ Case Rep* 2016. doi: 10.1136/bcr-2016-216672.
- Venezie RD, Vadiakas G, Christensen JR, Wright JT.** Enamel pretreatment with sodium hypochlorite to enhance bonding in hypocalcified amelogenesis imperfecta: case report and SEM analysis. *Pediatr Dent* 1994; 16: 433-436.

Concetti di base

L'amelogenesi imperfetta (AI) si riferisce a un gruppo di disturbi genetici che colpiscono lo smalto dentale. La diagnosi di AI si basa comunemente sul fenotipo e sull'anamnesi medica e familiare. Le caratteristiche cliniche associate all'AI possono includere: sensibilità, tartaro, rottura post-eruttiva, problemi estetici, riduzione della dimensione verticale, difficoltà nell'alimentarsi, aumento del rischio di carie, riduzione della forza di legame adesivo, eruzione ritardata o mancata eruzione, riassorbimento coronale pre-eruttivo e morso aperto anteriore.

La dentinogenesi imperfetta (DI) è un gruppo di condizioni autosomiche dominanti caratterizzate da una formazione difettosa della dentina, che colpisce la dentizione primaria e permanente. La classificazione classica di Shield definisce questo gruppo di disturbi in: tipo 1: DI associata a osteogenesi imperfetta (OI); tipo 2: DI non associata a OI; tipo 3: rara DI con dentina coronale e radicolare sottile e grave attrito con conseguente ascesso pulpare. La displasia dentinale è un tratto autosomico dominante che colpisce sia la dentizione primaria che quella secondaria. I denti colpiti sono caratterizzati da radici corte o totalmente assenti, camere pulpari obliterate e radiolucenze peri-apicali.

L'ipodonzia è definita dall'assenza di uno o più denti, ad eccezione dei terzi molari permanenti. Le condizioni cliniche associate all'ipodonzia possono

includere denti conici, microdonzia, eruzione ritardata, eruzione ectopica, anchilosi e denti decidui sommersi, usura dei denti decidui e sviluppo alveolare ridotto. I problemi spesso includono l'estetica, la compromissione della funzione masticatoria e l'impatto psicosociale negativo.

I denti sovranumerari sono denti o strutture simili ai denti che si aggiungono al normale numero di denti decidui e permanenti. Le caratteristiche associate possono includere: eruzione ritardata o mancata dei denti permanenti, affollamento, rotazione o posizione ectopica dei denti permanenti, malformazioni radicolari, formazione di cisti di denti sovranumerari non erotti.

Il dens evaginatus è una formazione cuspidale che contiene smalto, dentina e talvolta polpa. Il dens invaginatus è definito dalla crescita di smalto, dentina e complesso pulpare nello spazio pulpare.

I denti natali sono presenti alla nascita e quelli neonatali erompono entro i primi 30 giorni di vita. La maggior parte dei denti natali e neonatali rappresenta l'eruzione precoce dei denti decidui. Le complicazioni comprendono l'irritazione o il trauma della lingua dei neonati, l'ulcerazione sublinguale, la lacerazione dei capezzoli materni e l'aspirazione dei denti.

Raccomandazioni IAPD

1. La gestione dell'amelogenesi imperfetta nei denti permanenti può comprendere:

a. Gestione della sensibilità dentale.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 89%

b. Utilizzo di procedure estetiche come sbiancamento, faccette in composito o ceramica.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 72%

c. Interventi precoci con restauri in composito, faccette e corone in acciaio inossidabile, metallo

fuso o ceramica.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 74%

2. La gestione della dentinogenesi imperfetta nei denti permanenti può comprendere: intervento precoce con restauri in composito, corone in acciaio inossidabile, metallo fuso o ceramica e overdenture per prevenire la perdita della dimensione verticale.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 89%

3. La gestione della displasia dentinale nei denti permanenti può comprendere:

a. L'endodonzia convenzionale è spesso difficile o non possibile nei denti con oblitterazione totale dei canali radicolari e delle camere pulpari.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 78%

b. La riabilitazione orale con protesi rimovibili dopo le estrazioni o l'innesto osseo e il rialzo del seno mascellare possono essere necessari per l'inserimento di un impianto all'età appropriata.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 89%

4. La gestione delle condizioni cliniche associate all'ipodonzia dei denti permanenti può comprendere:

a. Posizionamento di restauri in composito; corone in acciaio inossidabile, metallo fuso o ceramica e faccette per gestire denti conici, denti micrododontici e usura dentale.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 83%

b. Protesi rimovibile, ponti in resina, overdenture, autotrapianto di denti e/o impianti dentali per la sostituzione dei denti mancanti.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 77%

5. La gestione dei denti sovranumerari può comprendere:

a. Monitoraggio con esami radiografici periodici se non ci sono complicazioni associate e se non è previsto un trattamento ortodontico.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 82%

b. Rimozione del dente (o dei denti) sovranumerario con o senza esposizione chirurgica se non è allineato nell'arcata o necessita di un intervento ortodontico.

Raccomandazione basata sul consenso > Accordo globale 78%

6. La gestione del dens evaginatus può comprendere:

a. Monitoraggio e posizionamento del sigillante

per fessure, se non ci sono complicazioni associate.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 83%

b. Riduzione progressiva selettiva del dens evaginatus per prevenire le complicazioni. È necessario considerare l'esposizione e la protezione della polpa.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 87%

c. Escissione del dens evaginatus in presenza di complicazioni. È necessario considerare la possibilità di esposizione alla polpa.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 72%

7. La gestione del dens invaginatus può comprendere:

a. Posizionamento di sigillanti per fessure e monitoraggio della vitalità del dente.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 89%

b. Rimozione della carie e restauro adeguato in caso di carie.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 95%

c. A seconda della collaborazione del paziente, trattamento canalare se la polpa diventa necrotica.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 85%

8. La gestione dei denti natali e neonatali può includere:

a. Estrazione se il dente è sovranumerario, eccessivamente mobile o interferisce con l'allattamento.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 83%

b. Se possibile, coprire la porzione incisale del dente con resina composita o levigare il bordo incisale se il dente interferisce con l'allattamento.

Dichiarazione basata sul consenso > Accordo globale 70%