

La sindrome del dente incrinato

Le incrinature strutturali che si approfondano nella dentina fino ad arrivare in vicinanza o addirittura ad interessare la polpa sono causa di dolori dentali che lasciano spesso perplessi. Questo tipo di dolore può essere di difficile diagnosi sia per la mancanza di una causa ovvia sia per le possibili deviazioni dai comuni sintomi della patologia pulpare. Questa condizione è molto comune e merita più attenzione di quanta ne abbia avuta in passato.

Tra le varie definizioni della “sindrome del dente incrinato” questa tratta dal libro di Frank, Simon, Abou-Rass e Glick del 1988 è una delle più esplicative: “...una infrazione o interruzione della continuità della superficie del dente, senza alcuna percettibile separazione. Non è possibile né incuneare questa linea, né separare i frammenti né evidenziare l’incrinatura con l’esame rx, sebbene essa possa precedere una vera e propria frattura.”

Quindi per definizione interessa la dentina che si trova più o meno in prossimità della polpa. Non si può stabilire l’esatta vicinanza alla polpa né l’estensione della compromissione radicolare.

La definizione anglo-sassone “cracked tooth syndrome” fu coniata per la prima volta da Cameron nel 1964, anche se già nel 1957 Richey aveva descritto 22 casi affetti da tale condizione.

Da una indagine di Krell e Rivera condotta su 8175 denti per un periodo di 6 anni furono riscontrate 796 incrinature (9,7%) con questa distribuzione: II molari mand. 30%, I molari mand. 29%, I molari masc. 21%. Inoltre il 21% di tali denti nell’arco di 6 mesi andava incontro a trattamento canalare.

Da qui si vede come siano più frequenti in denti posteriori più vicini alla ATM che è il fulcro della leva in questione.

L’eziologia può essere multifattoriale: -trauma occlusale

-trauma accidentale

-trattamenti od. conservativa (amalgama + umidità, pin parapulpari, disegno cavitario sottominante le cuspidi linguali inf.)

Secondo alcuni autori (Cameron '76, Hiatt '73, Cavel '85, Maxwell '77) l’effetto cuneo del rapporto cuspidale-fossa può essere il principale artefice di incrinature soprattutto a carico delle cuspidi linguali dei molari inf. non supportate in occlusione, in modo particolare dopo l’usura delle vestibolari in pazienti parafunzionali.

Da una ricerca di Ratcliff ed altri del 2000 pubblicata sul JPD, gli autori videro che su 763 denti esaminati, la presenza di restauri di I o II classe aumentava di 20 volte il rischio di avere incrinature, mentre quella di interferenze escursive di 2,3 volte; la combinazione di più variabili aumentava ancora di più tale rischio.

Dal punto di vista sintomatico possiamo avere: dolore discontinuo, sensibilità al freddo, al caldo, alla masticazione soprattutto al rilascio.

A livello diagnostico l’esame rx non è di nessun aiuto; lo è invece quello di masticazione eseguito con un dischetto di gomma morbido o con un cotone bagnato. Utile anche la transilluminazione con fibre ottiche tenendo presente che il piano dell’incrinatura blocca la luce della lampada. Importante il test con colorante (blu di metilene, tintura di iodio, mercurio-cromo) anche se le incrinature più datate sono già pigmentate. I test di vitalità ci possono aiutare per valutare il livello di compromissione pulpare.

Dal punto di vista della terapia, dopo un iniziale controllo occlusale per eliminare eventuali precontatti ed interferenze eccentriche, questa è finalizzata ad evitare la flessione dei frammenti interessati.

Si può risolvere il caso con un semplice composito diretto, oppure con un restauro a ricopertura cuspidale in modo particolare se si è resa necessaria la terapia canalare: in tal caso sarebbe bene iniziare subito con un cerchiaggio protettivo del dente con anello di rame o banda ortodontica per evitare il peggio durante il trattamento.

La prognosi è in funzione del tipo di incrinatura: se superficiale è favorevole e senza complicazioni; in un 10% circa è profonda e complessa ed in tal caso il trattamento non è predicabile e può anche finire con la rizectomia o estrazione del dente per il perdurare dei sintomi.

E' assolutamente importante riuscire a fare una diagnosi precoce anche avvalendosi dell'ausilio di sistemi di ingrandimento,per evitare che l'incrinatura progredisca in frattura.