

Quando si parla di disodontiasi ci si riferisce a disturbi provocati dall'eruzione anormale di un dente: questa patologia può interessare sia i tessuti che sono attorno al dente medesimo e lo sostengono, sia organi o tessuti lontani. L'orientamento scorretto del dente e l'insufficienza di spazio sull'arcata dentale sono le cause più frequenti di tale condizione: l'infiammazione della gengiva che copre o comunque è attorno all'elemento dentale determina la sintomatologia, caratterizzata da un dolore continuo e sordo e dalle complicanze infettive di cui cadono vittime prima le zone attorno alla corona e poi il dente nella sua totalità, se esiste una condizione che favorisce lo sviluppo dei germi. Il proliferare dei germi porta all'infezione dei tessuti fibromucosi attorno alla corona. Il dente che più spesso si presenta all'osservazione del medico odontoiatra in uno stato di disodontiasi è l'ottavo inferiore, o "dente del giudizio" inferiore, ma anche il canino o l'ultimo molare superiore possono essere coinvolti. I denti da latte sono anch'essi esposti a questo problema. Là dove sia coinvolto il dente del giudizio inferiore, si pensa che esistano fattori predisponenti, ma è importante ricordare come la branca ascendente della mandibola possa costituire un ostacolo nei confronti dell'eruzione; può succedere anche che l'ultimo molare conosca un blocco o un non normale raddrizzamento nel suo "uscire", di cui si renda responsabile il secondo molare, cioè il dente che lo precede. Ecco allora l'ultimo dente dell'arcata resta in posizione obliqua, provocando lesioni di decubito sui tessuti molli. Ci si può trovare davanti ad un dente spuntato in modo regolare, ma contornato da tessuti molli scarsamente riassorbiti, cosicché il solco gengivale ha una morfologia anomala, la gengiva raggiunge la parte masticante del dente e si costituisce una "tasca" in cui si raccolgono placca batterica e residui alimentari. Una conseguenza è il propagarsi del processo di infiammazione anche a tutta la bocca, e si può arrivare alla formazione di una raccolta di pus che crea un orifizio chiamato "fistola", o al cosiddetto "ascesso migrante". L'esame radiologico è fondamentale. Se il dente ha una posizione favorevole ad una eruzione corretta e totale si cerca di asportare chirurgicamente i tessuti fibromucosi che circondano o coprono la corona, altrimenti si valuta l'estrazione, e comunque sempre una terapia antibiotica iniziata prima dell'intervento e portata avanti dopo è consigliabile. Prima dell'intervento, soprattutto se il paziente è anziano o portatore di malattie cronache o cardiovascolari, è utile un elettrocardiogramma accompagnato dalla misurazione della pressione arteriosa, nonché dell'analisi dell'azotemia, della glicemia, e delle prove emogeniche. Il dente può essere estratto intero o sezionato in due o più parti.