

Risoluzione di un caso clinico

Parole chiave: chirurgia endodontica-insuccessi endodontici

La pratica quotidiana e tutta la recente bibliografia dimostra che quando i canali radicolari vengono trattati adeguatamente, i tessuti parodontali profondi guariscono perfettamente.

Al contrario, quando il trattamento endodontico non è correttamente eseguito, le lesioni periapicali o non guariscono, o possono persino comparire "ex novo".

Vogliamo in queste note presentare un caso che dimostra in maniera inequivocabile la veridicità di tale affermazione.

Caso clinico

M.C., sesso femminile, anni 24: la paziente riferisce ripetuti fenomeni di gonfiore in regione geniena sinistra in corrispondenza alla sede dei premolari superiori. All'esame obiettivo non viene rilevata né tumefazione né sintomatologia spontanea o provocata a carico dei premolari.

Effettuata una radiografia endorale, appare una grossa rarefazione ossea di probabile natura endodontica, che coinvolge la zona compresa tra le radici del 24 e del 25 (Fig. 1).

I due premolari presentano inoltre cure canalari imperfette: il 24 mostra una cura endodontica completamente inadeguata, infatti a stento si intravedono i

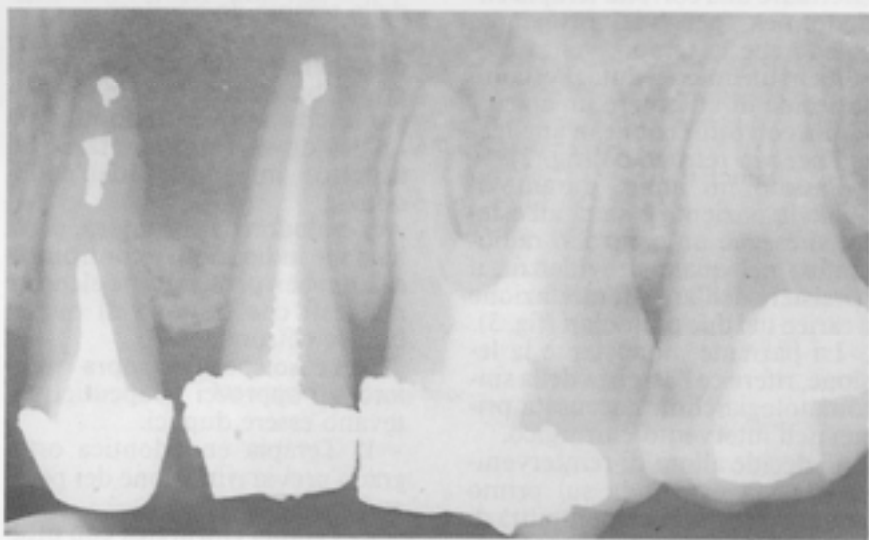
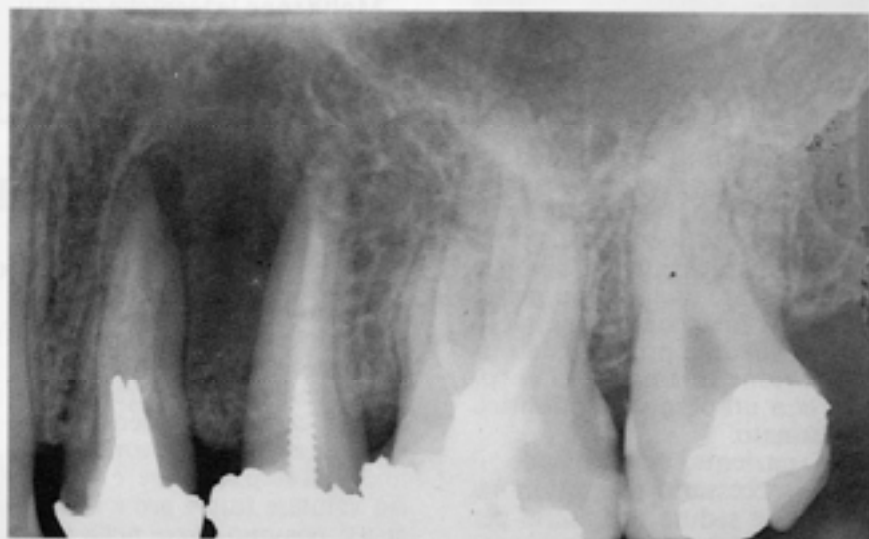
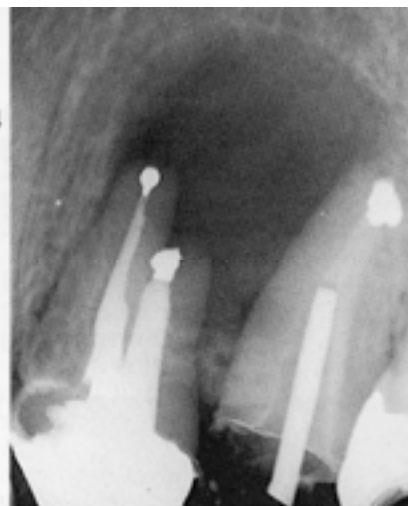


Fig. 1) Rarefazione ossea tra 24-25: i due premolari presentano delle cure endodontiche completamente inadeguate.

Fig. 2) Apicectomia con otturazione retrograda in amalgama.

Fig. 3) Dopo un anno dalla chirurgia endodontica persiste l'area di rarefazione a carico del 24-25.



resti di una otturazione endodontica; il 25 mostra una cura canalare corta di 3-4 mm. dall'apice.

Ambedue i denti mostrano soluzioni ricostruttive diverse: sul 24 è stato eseguito un perno moncone fuso con coroncina in resina, sul 25 è presente una ricostruzione in amalgama ancorata con un perno endodontico preformato.

La paziente, non avendo il tempo necessario per sottoporsi a ripetute sedute necessarie per effettuare una corretta terapia endodontica per via ortograde, chiede che la terapia venga eseguita in un'unica seduta. Pertanto si decide di effettuare un'apicectomia con otturazione in amalgama per via retrograda (fig. 2).

Passato un anno, durante il quale la paziente è stata all'estero, si esegue un controllo radiografico nel quale si evidenzia il persistere dell'area di rarefazione a carico dei due premolari (fig. 3).

La paziente, nonostante la lesione, riferisce l'assenza della sintomatologia clinica accusata prima dell'intervento chirurgico.

Si decide allora di reintervenire per via ortograde sul primo premolare data la disponibilità di tempo finalmente dichiarata dalla paziente. Con cautela si rimuove il perno endocanalare fuso e si esegue una corretta terapia canalare (fig. 4).

Nei controlli effettuati a distanza di 6 e 12 mesi, si può notare il miglioramento della lesione (figg. 5 e 6) e nel controllo a 18 mesi la completa guarigione (fig. 7).

I due premolari ora, possono essere adeguatamente ricostruiti protesicamente con due perni monconi fusi e due corone in ceramica.

Fig. 4) Terapia endodontica per via ortograde sul 24 dopo rimozione del perno fuso. Lo stesso è stato riutilizzato e cementato provvisoriamente.

Conclusioni

Molte sono le tecniche di chiusura canalare in uso nella pratica odontoiatrica: tutte se correttamente eseguite danno buoni risultati. Per garantire questo, è necessario che il sistema dei canali radicolari venga deterso da tutti i detriti organici e venga ben modellato per poter ricevere una adeguata otturazione, inoltre bisogna rispettare tutti quelli che sono i requisiti biologici che regolano le corrette cure endodontiche.

Dovendo invece ritrattare endodonticamente un dente, rimanendo fissi quelli che sono i canoni di una cura canalare, è necessario valutare tutti i pro e i contro che si possono avere nella scelta della terapia da adottare.

Infatti, oltre alla normale endodonzia basata sulla cura ortograde, bisogna ricordare che esiste la chirurgia endodontica, la quale deve rappresentare un aspetto integrante dell'endodonzia.

L'endodonzia chirurgica, però, ha delle indicazioni e controindicazioni ben precise, tutte elencate nei testi che trattano di questa branca chirurgica.

Nel caso specifico sopra riportato, gli approcci terapeutici potevano essere duplici:

1) Terapia endodontica ortograde previa rimozione dei perni endocanalari.

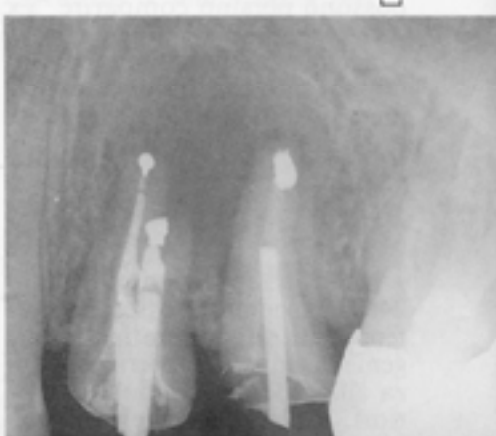
2) Terapia chirurgica con otturazione retrograda.

La scelta della terapia chirurgica, in questo caso, comportava

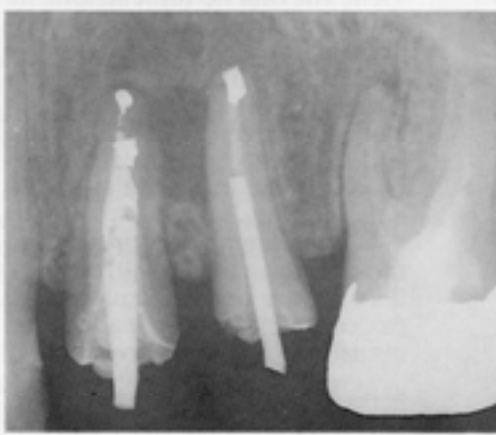
dei rischi notevoli in quanto le radici del 24 non erano otturate nella maniera ottimale, per cui si poteva già presumere che la percentuale di successo sarebbe stata notevolmente inferiore a quella che si sarebbe avuta se le radici fossero state trattate adeguatamente.

Infatti, come si è potuto riscontrare dalla fig. 3, l'esito della chirurgia endodontica è stato negativo. Ciò nonostante, il ritrattamento con terapia endodontica ortograde, ha portato alla buona risoluzione del caso.

5



6



7

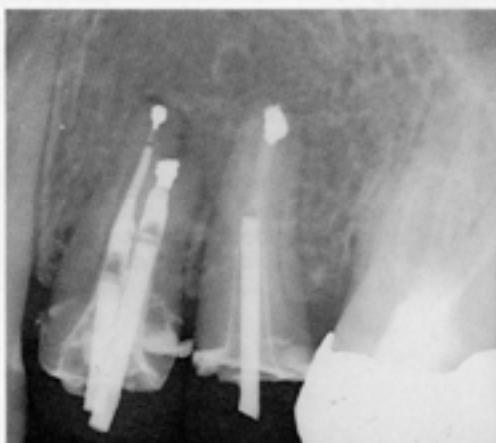


Fig. 5) Controllo a distanza di 6 mesi, si intravede un miglioramento.

Fig. 6) Controllo a distanza di 12 mesi. La lesione è nettamente migliorata.

Fig. 7) Controllo a 18 mesi. La guarigione è completa.