

Claudio Pisacane
Lorenzo Vanini *

Libero professionista, Roma
*Libero professionista,
S. Fedele Intelvi (CO)

Corrispondenza:
Dott. Claudio Pisacane
Lgt. Flaminio, 24
00196 Roma
Tel. e Fax 06.3232032
E-mail: clapisac@tin.it

Pervenuto in Redazione il 20 dicembre 2004
Accettato per la pubblicazione il 20 gennaio 2005

Importanza del trattamento multidisciplinare in un caso gravemente compromesso

The importance of multidisciplinary approach to a seriously compromised tooth

RIASSUNTO

Scopo: evidenziare come le possibilità offerte dalla terapia multidisciplinare rappresentino, oggi, una risorsa in più per il trattamento di denti gravemente compromessi.

Sommario

Il grado di sviluppo di materiali e tecniche, unitamente ai progressi nella conoscenza dei principi che regolano la risposta dei tessuti ai nostri trattamenti, permettono di adottare scelte terapeutiche con prognosi sempre più favorevole in casi che, fino a qualche anno fa, vedevano l'avulsione come unica terapia possibile.

Il caso riportato in questa presentazione risulta essere emblematico. Incisivo centrale in paziente giovane, quindi esteticamente importante; assenza di corticale ossea nella porzione vestibolare della radice, a rappresentare una complicanza per qualsiasi scelta implantare; frattura della radice da pregresso trauma con processo flogistico e infettivo in atto, con conseguente compromissione dei tessuti molli. Quanto sopra impone una scelta terapeutica che se da un lato soddisfa pienamente le aspettative estetiche e funzionali del paziente, dall'altro possa stabilmente portare a guarigione con una discreta prevedibilità di successo. La multidisciplinarietà di trattamento si impone, quindi, per centrare in pieno i due obiettivi.

Punti chiave di apprendimento:

- I denti anteriori richiedono spesso trattamenti complessi multidisciplinari, in particolare quando le esigenze di estetica sono preminenti.
- L'endodonto ed il parodonto sono connessi da diverse vie di comunicazione at-

traverso le quali i batteri possono propagarsi.

- Un lembo esplorativo è utile laddove la diagnosi con i metodi convenzionali sia dubbia.
- Non sempre gli impianti rappresentano una valida alternativa all'endodonzia.
- Il restauro post-endodontico è di fondamentale importanza per mantenere il successo terapeutico nel tempo.

ABSTRACT

Aim: to describe a multidisciplinary approach to a seriously compromised tooth which could enhance treatment prognosis.

Summary

Development of techniques, materials and knowledge of biological responses to our operative procedures, allow us to adopt different therapeutic options, with a more favourable prognosis, in border line extraction cases. This case report represents a multifaced challenge to the clinicians. The central upper incisor of a young patient, an aesthetically important tooth, showed absence of cortical bone on the buccal side of the root (a drawback for any implant restoration), traumatic fracture of the root with gingival flogistic disease and an active sinus track. It required therapeutic choices to allow both aesthetical and functional results and a successful long-term healing. Multidisciplinary approach of the case represented the best solution to achieve all the fore mentioned goals.

Key learning points:

- Anterior teeth often present a multifaced challenge to the clinicians especially if

aesthetic demand is high.

- Endodontic and periodontal lesions are closely related through pathways of communication. Which can be source of bacterial infections.
- Diagnostic flap can be helpful to select the proper treatment in the most complex cases.
- Dental implants are not always the best choice in complex cases.
- A correct post-endodontic restoration is needed to maintain success and periodontal health.

INTRODUZIONE

Accade frequentemente che la prognosi di elementi dentari gravemente compromessi da carie, traumi o altro sia di difficile valutazione per difficoltà intrinseche del caso. Il trattamento di elementi *border line* con la terapia estrattiva, infatti, richiede un'adeguata conoscenza di tutte le possibilità terapeutiche che la moderna odontoiatria ci mette oggi a disposizione. Questo, però, implica sovente che ci si debba affidare ad una collegialità decisionale per far fronte al problema, laddove questo comporti più tipologie specialistiche di trattamento (1,2).

Le varie branche odontoiatriche dovrebbero essere in sinergico affiatamento per ottenere ottimi risultati a lungo termine, in percentuale di successo, qualora fosse richiesto da casi di complicata risoluzione. Di contro, bisognerebbe sapere fin dove potersi spingere nei piani terapeutici, per sottrarsi al rischio dell'*over-treatment*, quando soluzioni alternative, magari implantari, fossero di prima scelta per il corretto ripristino di una funzione perduta. Di que-

sto il paziente sarà il primo beneficiario. Sapere che l'implantologia oggi, in alcuni casi selezionati, ottiene risultati di prognosi prossimi al 100% nella sostituzione di elementi gravemente compromessi, dovrebbe spingere l'endodontista o il conservatore più "radicali" a prendere in seria considerazione questa alternativa terapeutica (3,4,5).

Laddove però fosse possibile e poco dispendioso per il paziente, in termini di terapia, seppur con prognosi complicata da non potersi chiudere a breve, il mantenimento di un elemento molto compromesso andrebbe ben congeniato nelle sue fasi, magari riferendosi alla collegialità summenzionata.

Le situazioni limite con management più complicato si presentano a carico degli anteriori. Traumi, carie destruenti o perdite di supporto parodontale comportano scelte difficili da parte dell'operatore, soprattutto se la richiesta terapeutica coinvolge un singolo elemento dentario e questo appartiene al settore frontale (6). La richiesta estetica del paziente, oltretutto, si fa ogni giorno più pressante e l'adozione di soluzioni implantari, necessitando l'avulsione, rischia di divenire di difficile finalizzazione. A questo punto il potersi affidare a tecniche di comprovata affidabilità e manualità specializzate nel metterle in atto, diviene una chance in più per il trattamento. Di concerto con i vari specialisti, e seguendo passaggi ben codificati, si può tentare un recupero di un elemento che risulti di notevole importanza, previa compliance irrinunciabile del paziente informato dei nostri intenti.

Qui di seguito viene esposto un caso di un elemento dentario che rientra nei canoni fin qui descritti e che, a buon titolo, può rappresentare un esempio di multidisciplinarietà di trattamento oltre che di complessità prognostico-terapeutica.

CASO CLINICO

Paziente di sesso femminile di 22 anni si presentava in visita lamentando continue riacutizzazioni di un processo flogistico a carico del 1.1, probabile effetto di un evento traumatico di qualche anno prima (Figg. 1a-b). Riportava esperienza di altri interventi odontoiatrici per la ricostruzione di parte della corona dentaria fratturata e riferiva un non ben precisato intervento chirurgico di revisione radicolare e incollaggio di frammenti, senza



Figg. 1 a-b - Caso iniziale. Si noti la tumefazione a dei tessuti molli a carico del 1.1.

però chiarirne ulteriormente le modalità. All'esame obiettivo si riscontrava la tumefazione della gengiva aderente e una fistola attiva a livello del 1.1 (Fig. 2). Il dente, inoltre, era dolente alla percussione e risultava negativo ai test di vitalità termici, ma debolmente vitale ad un profondo te-

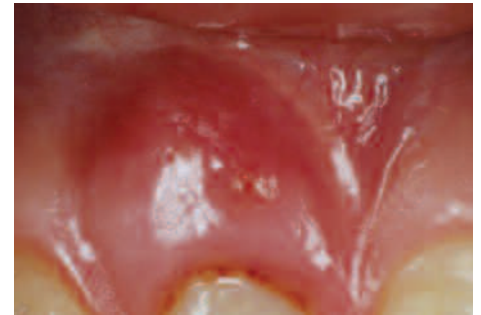


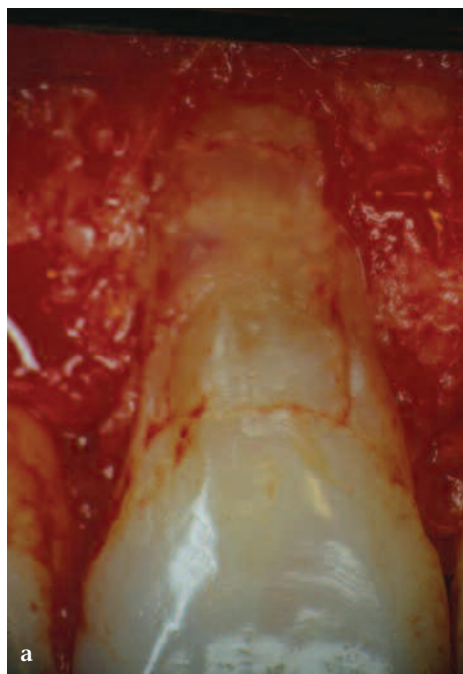
Fig. 2 - Fistolizzazione della raccolta ascessuale.

st cavitario. Il grado di igiene domiciliare sembrava sufficiente e non era possibile alcun sondaggio di tasche patologiche negli elementi contigui; mentre il sondaggio dell'elemento in questione era presente solo sull'aspetto vestibolare ma non puntiforme. Ad un esame Rx con fistolografia, si notava l'interruzione del continuum radicolare a livello dell'origine del tratto fistoloso per una probabile rima di frattura colonizzata, ma assenza di evidenti lesioni apico-periapicali (Figg. 3 a-b). Gli elementi contigui non mostravano particolari segni patologici. Si notava, fra l'altro, il margine della pregressa restaurazione del 1.1.

Si decideva per l'esecuzione di un lembo esplorativo, data la totale assenza di mobilità della corona, la debole vitalità ma, soprattutto, il lungo tempo intercorso dal trauma.



Figg. 3 a-b - Rx iniziali con fistolografia.



Figg. 4 a-b - Esposizione chirurgica e frammento.

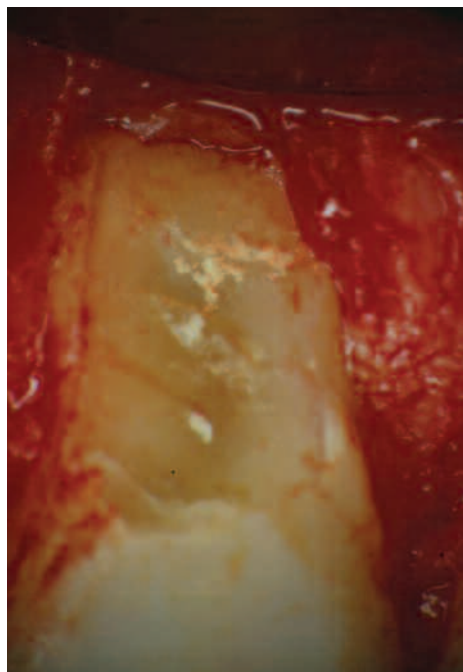


Fig. 5 - Aspetto della superficie radicolare dopo l'asportazione.



Fig. 6 - Pulizia e lucidatura della superficie radicolare.

Si disegnava un lembo intrasulculare a spessore differenziato, sollevato il quale si poteva notare l'assenza di corticale ossea a livello dell'incisivo centrale di destra. Un frammento sembrava malamente incollato alla radice e veniva facilmente asportato

(Figg. 4 a-b); al di sotto si notava una zona di probabile colonizzazione batterica forse responsabile delle manifestazioni cliniche (Fig. 5). La rima di frattura rimasta non sembrava essere completa.

Il piano di trattamento veniva concertato,



Figg. 7 a-b - Alla rimozione delle suture si nota un ottimo miglioramento delle condizioni dei tessuti molli.



Fig. 8 - Restauro ultimato. Si noti l'ottimo adattamento marginale a breve termine e lo stato di salute parodontale.

pertanto, prevedendo un *re-surfacing* della superficie radicolare con disinfezione e lucidatura (Fig. 6). Nella stessa seduta veniva eseguita la terapia endodontica dell'elemento sotto isolamento del campo con diga di gomma.

La sutura veniva rimossa in quarta giornata e solo a guarigione del lembo avvenuta si effettuava la ricostruzione del difetto vestibolare (Figg. 7 a-b). Questa veniva eseguita a "finire" sulla radice e sotto controllo microscopico dei margini intrasulculari che già a distanza di una settimana dal restauro mostravano un ottimo adattamento (Fig. 8).



Figg. 9a-b - Controllo e Rx a distanza di tre anni dal trattamento.

Segno, quest'ultimo, di una corretta chiusura marginale e salute parodontale (7). A distanza di 3 anni dal trattamento, le immagini e il controllo radiografico denotano un'ottima stabilità dei tessuti molli e il buon reintegro dell'elemento nella sua funzione masticatoria ed estetica (Figg. 9 a-b).

DISCUSSIONE

La pianificazione corretta e puntuale, il conseguimento di principi biologici e meccanici accertati, unitamente a materiali di cui si conoscono bene i limiti e se ne riescono a

sfruttare le potenzialità, possono rappresentare la chiave del successo in casi gravemente compromessi. Essere coadiuvati da un team di specialisti, inoltre, può creare le basi per spingersi in trattamenti complessi con buone possibilità di esiti positivi, e con l'indubbio vantaggio di potersi concentrare su un aspetto limitato dell'esecuzione pratica del trattamento.

Nel caso presentato da una scarsa convinzione, in fase di raccolta dei dati anamnestici, delle possibilità di mantenimento dell'elemento in questione in arcata si è arrivati a considerare ogni aspetto delle terapie possibili escludendo un difficile percorso implanto-protesico per la presenza di un difetto "importante" della corticale ossea. Ciò avrebbe determinato, quantomeno, trattamenti più stressanti per il paziente per il riempimento del difetto e il difficile ripristino dell'architettura corretta, gengivale e ossea, in una sede esteticamente importante. La decisione di trattare il dente endodonticamente deriva dal profondo "infarcimento" batterico della lesione radicolare; al test di vitalità cavitario, infatti, la risposta era positiva, seppur debolmente, e la rima di frattura non sembrava completa (8).

I controlli a distanza di 3 anni sembrano confortare le decisioni terapeutiche adottate e diventa ipotizzabile un attacco epiteliale lungo sull'aspetto vestibolare della radice non più sondabile.

BIBLIOGRAFIA

1. Braun A, Appel T, Frentzen M. Endodontic and surgical treatment of a geminated maxillary incisor. *Int Endod J*. 2003 May;36(5):380-6.
2. Palma-Dibb RG, Taba M Jr, Santos CM, Navarro VP. Autogenous tooth fragment reattachment-association of periodontal surgery and endodontic and restorative procedures: a case report. *Quintessence Int*. 2004 Mar;35(3):179-84.
3. Mayer TM, Hawley CE, Gunsolley JC, Feldman S. The single-tooth implant: a viable alternative for single-tooth replacement.

4. Avivi-Arber L, Zarb GA. Clinical effectiveness of implant-supported single-tooth replacement: the Toronto Study. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1996 May-Jun; 11(3): 311-21.
5. Palma-Dibb RG, Taba M Jr, Santos CM, Navarro VP. The Frialit-2 implant system: five-year clinical experience in single-tooth and immediately postextraction applications. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 1997 May-Jun;12(3):299-309.
6. Andreasen JO, Andreasen FM, Mejare I, Cvek M. Healing of 400 intra-alveolar root fractures. 1. Effect of pre-injury and injury factors such as sex, age, stage of root development, fracture type, location of fracture and severity of dislocation. *Dent Traumatol*. 2004 Aug;20(4):192-202.

7. Martignoni M, Schonenberger A. Precisione e contorno nella ricostruzione protesica. *Quintessenz Verlags-GmbH, Berlin*, 1987.
8. Cvek M, Mejare I, Andreasen JO. Healing and prognosis of teeth with intra-alveolar fractures involving the cervical part of the root. *Dent Traumatol*. 2002 Apr;18(2):57-65.