

Esperienze cliniche dai soci

Questa rubrica
è uno spazio aperto
ad esperienze cliniche
dei soci della S.I.E.



Si tratta di un 3.6 inviato per un trattamento endodontico. Il paziente ha con sé una radiografia endorale periapicale diagnostica di qualità non elevata, ma giudicata sufficiente, vista l'apparente semplicità del caso (Fig. 1).



Fig. 1 - Radiografia pre-operatoria.

In realtà durante il trattamento, già in fase di sondaggio di percorribilità con K-Files 08 e 10, in tutti e tre i canali si evidenziano delle difficoltà dovute ad una sorta di "inciampi" presenti lungo le pareti canalari, insospettiti visto che non si tratta di un ritrattamento e non si può certo pensare a gradini di origine iatrogena. L'interesse sta nel fatto che in queste condizioni può risultare controindicato l'utilizzo degli strumenti in Ni-Ti, dato che manca un presupposto importante e cioè la presenza della percorribilità: il *glyde path*. In realtà se l'"inciampo" non si trova in una curva dove lo strumento sia obbligato a scorrere sulla parete esterna, ma si trova in un canale relativamente dritto, una volta localizzata la parete lungo la quale si trova l'interruzione della continuità (mesiale, distale, vestibolare o linguale) e anche la profondità (per meglio regolare il movimento), noi possiamo dirigere la punta dello strumento sulla parete opposta,

dove la percorribilità può essere del tutto presente.

In questo caso sono stati usati strumenti Mtwo (Sweden & Martina, Due Carrare, PD, Italia) nella sequenza #10-04T, #15-05T, #20-06T, #25-06T; il modo più semplice per far scivolare la punta sulla "parete di scorrimento" è quello di inserire lo strumento e progredire millimetro per millimetro orientando la punta sulla parete opposta a quella del "gradino", ma eseguendo sulla stessa parete dove è il gradino, a vari livelli e prima di raggiungere il punto critico, dei movimenti di limatura in modo da creare lo spazio sufficiente per poter dirigere la punta sulla parete opposta. L'uso di strumenti con capacità di taglio laterale e con una sequenza crescente del diametro di punta, come sono gli Mtwo, facilita, probabilmente, questo tipo di approccio.

La radiografia immediatamente post-operatoria evidenzia che gli "inciampi" altro non sono che imbocchi di altrettanti canali laterali (Fig. 2).



Fig. 2 - Radiografia post-operatoria immediata.

L'otturazione dei canali è stata eseguita con la tecnica Microseal (Analytic, Glendora, CA, USA).

Vinio Malagnino (Roma)