

## Esperienze cliniche dai soci

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



**I**l paziente, 42 anni, si presenta alla nostra osservazione lamentando un dolore diffuso alla gengiva del quadrante inferiore destro della bocca; il dolore non è ben definito, ma talvolta è stimolato dalla masticazione. L'esame obiettivo rileva un'otturazione in amalgama infiltrata su 4.6 ed una corona in metallo-ceramica su 4.7, trattato endodonticamente in maniera apparentemente corretta. Non si osservano alterazioni dei tessuti molli; il sondaggio parodontale di 4.5, 4.6, 4.7 e 4.8 è nella norma.

L'esame radiografico (Fig. 1) non evidenzia patologie a carico di tessuti dentali e parodontali nel settore esaminato, se non una certa imprecisione dei restauri presenti. Il paziente riferisce l'utilizzo da circa 1 anno di un *bite* per limitare un fastidioso serramento notturno.

Si procede alla rimozione dell'otturazione in amalgama, del tessuto cariato e alla sua sostituzione con un intarsio in composito.

A distanza di 1 mese, il paziente si ripresenta in studio lamentando la stessa sin-

tomatologia iniziale. L'esame radiografico (Fig. 2) mostra un leggero slargamento dello spazio del legamento parodontale nel suo aspetto mesiale, non sufficiente per chiarire il caso. Si riferisce al paziente che l'unica terapia da adottare è "l'attesa", non essendoci segni clinici manifesti di patologia.

A distanza di 15 giorni, il paziente si ripresenta in studio con una sintomatologia conclamata: ad un forte dolore alla masticazione si è aggiunta una fistola vestibolare (Fig. 3) ed un sondaggio parodontale mesio-vestibolare a carico di 4.7 (Fig. 4).

La *diagnosi* di sospetto diventa certa dopo osservazione di una rima di frattura al di sotto del margine gengivale libero: frattura verticale di radice e prognosi infausta per l'elemento 4.7. La *terapia* prevede l'estrazione dell'elemento fratturato. Il *piano di trattamento* prosegue con la sostituzione dell'elemento estratto con impianto osteointegrato e corona in metal-ceramica (Fig. 5).

L'osservazione del dente estratto (Fig. 6)



Fig. 1 - Radiografia periapicale dell'emiarcata inferiore destra. L'elemento 4.7, trattato endodonticamente in maniera apparentemente corretta, non mostra aree di radiotrasparenza periapicale.



Fig. 2 - Radiografia periapicale a distanza di 1 mese. Si osserva un leggero slargamento dello spazio del legamento parodontale di 4.7 nel suo aspetto mesiale.



Fig. 3 - Una fistola si manifesta in posizione vestibolo-mesiale a carico di 4.7 dopo altri 15 giorni.



Fig. 4 - Radiografia periapicale eseguita con il cono di gutta-perca inserito nel tragitto fistoloso e la sonda parodontale inserita nel difetto osseo tubolare in posizione mesio-vestibolare dell'elemento 4.7.



Fig. 5 - L'elemento estratto è stato poi sostituito con un impianto osteointegrato e corona in metal-ceramica.

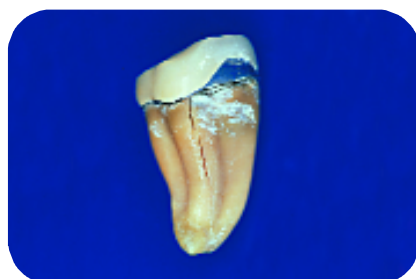


Fig. 6 - Il dente estratto mostra chiaramente una rima di frattura che percorre l'angolo mesio-vestibolare per tutta la sua lunghezza.

evidenzia chiaramente la linea di frattura che percorre l'angolo mesio-vestibolare dell'elemento per tutta la sua lunghezza. Possiamo supporre che un'incrinatura del dente sia inizialmente partita a livello apicale, manifestandosi clinicamente sotto forma di sintomatologia dolorifica diffusa; successivamente si sia propagata più coronalmente, oltre l'attacco parodontale, rendendosi così diagnosticabile tramite sondaggio parodontale.

Andrea Polesel (Arenzano)