

*Mario Badino

*Polo Odontoiatrico Ospedale S. Raffaele
Università degli Studi di Milano
Direttore: Prof. A. Salvato

Il ritrattamento ortograde: presentazione di quattro casi clinici

Non-surgical retreatment: presentation of four clinical cases

RIASSUNTO

L'autore presenta un suo personale contributo in favore del ritrattamento ortograde, ritenendolo un intervento d'elezione nella risoluzione di casi già precedentemente trattati dal punto di vista endodontico.

Parola chiave: Ritrattamento ortograde.

SUMMARY

The author presents a personal contribution in cases of non-surgical retreatments, that might be judged for the solution of previously endodontically treated teeth.

Key word: Non-surgical retreatment.

Corrispondenza:

Dr. Mario Badino
20121 Milano - C.so Venezia, 53
Tel. 02/76003690 - Fax 02/76003660

Badino M. Il ritrattamento ortograde: presentazione di quattro casi clinici. *G It Endo* 1993; 3: 143-145

INTRODUZIONE

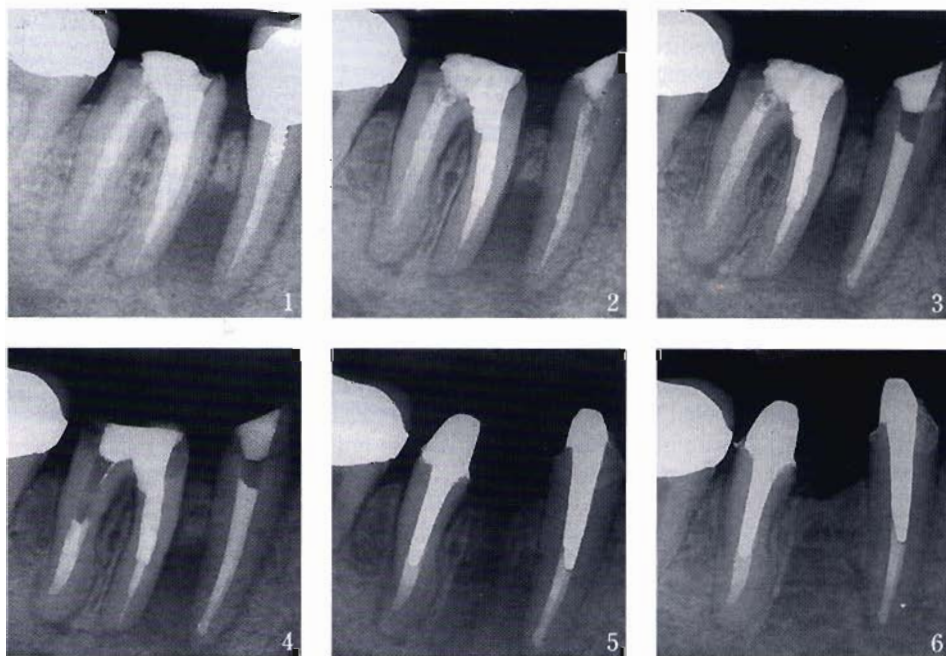
È ormai noto che l'insuccesso endodontico è dovuto ad una insufficiente disinfezione e detersione dell'intero sistema canalare, accompagnato spesso da una incongrua otturazione canalare, che permette alle sostanze tossiche ed ai batteri rimasti all'interno del sistema, d'invadere tramite le diverse comunicazioni endo-perio, i tessuti circostanti.

Spesso giungono alla mia osservazione pazienti che riferiscono in denti precedentemente "devitalizzati", una sintomatologia clinica di tipo infiammatorio (arrossamento, tumefazione, dolore spontaneo) oppure in sua assenza si evidenziano, mediante un corretto esame radiografico, i fattori che mi permettono di formulare una diagnosi di patologia endodontica: l'allargamento dello spazio alveolo-dentario, la scomparsa della lamina dura, le variazioni di forma dell'apice radicolare.

L'obiettivo principale del ritrattamento ortograde è rappresentato dalla completa rimozione dell'otturazione canalare esistente, da una corretta detersione e sagomatura delle pareti canalari ed infine da una completa otturazione tridimensionale del sistema canalare endodontico.

Inoltre bisogna tenere presente che lo scopo di un ritrattamento ortograde è di assicurare la conservazione e la utilizzazione di un elemento dentale.

Quindi è di estrema importanza eseguire un ritrattamento ortograde di tipo "biologico", conoscere l'anatomia radicolare ed endo-



dontica in modo da evitare strumentazioni inutili e dannose ad una struttura dentale decisamente compromessa.

CASO 1

La paziente inviata da un collega presentava all'esame radiografico (Fig. 1) un'evidente lesione endodontica apico-periapicale con interessamento della radice mesiale del 46 e della radice del 45.

Inoltre si evidenziava la scomparsa della lamina dura a livello apicale della radice distale del 46.

Dopo attenta analisi si è ritenuto inutile il ritrattamento della radice mesiale del 46

essendo molto compromessa nella zona della biforcazione, non potendo quindi garantire una sua utilizzazione per scopi protesici.

Durante la prima seduta è stata eliminata la corona con relativa vite endocanalare a carico del 45 e successivamente è stato effettuato il ritrattamento ortograde (Figg. 2-3).

Nella seconda seduta si è ritrattata la sola radice distale del 46 (Fig. 4) ed in seguito è stata eseguita una rizectomia della radice mesiale del 46.

Sono stati effettuati controlli a 6 e 14 mesi che hanno evidenziato la totale risoluzione del caso (Figg. 5-6).

CASO 2

Giovane paziente, con evidente lesione endo-perio a livello del 36 (Fig. 7), lamentava un dolore sordo alla masticazione ed alla palpazione; inoltre si evidenziava una fistola in zona vestibolare (Figg. 8-9).

Il dente in esame presentava una struttura anatomica compromessa; infatti la radice mesio-linguale risultava riassorbita in senso apico-coronale di parecchi millimetri e nella radice distale si notava la presenza di un doppio canale (Fig. 10).

In questo caso il ritrattamento è stato eseguito con estrema cautela e precisione.

Ai controlli successivi, 6 mesi - 12 mesi - 24 mesi, si notava il regredire della lesione endo-perio fino ad una completa scomparsa della lesione stessa (Figg. 11-12-13).



CASO 3

Paziente di 30 anni, si presentava all'osservazione lamentando dolori alla masticazione in regione inferiore destra.

L'esame radiografico dimostrava la presenza di un'importante lesione endodontica a carico del 47 (Fig. 14).

Dopo aver effettuato un ritrattamento ortograde di tipo "biologico" (Fig. 15), al controllo successivo a 6 mesi (Fig. 16) si notava un miglioramento con risoluzione completa ai controlli successivi (12-24 mesi) (Figg. 17-18).



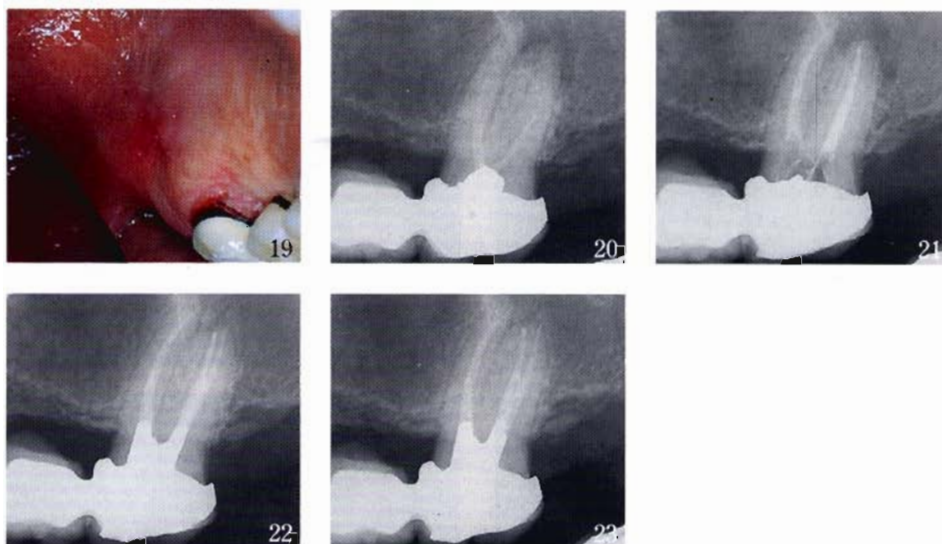
CASO 4

Il paziente lamentava a carico del 27 dolore alla masticazione ed alla palpazione in zona vestibolare. Clinicamente si notava la presenza di una fistola palatina (Fig. 19) e l'esame radiografico dimostrava la presenza di una lesione endodontica apico-periapicale (Fig. 20).

L'elemento in esame risultava essere un importantissimo pilastro distale di una riabilitazione protesica; inoltre la vicinanza del seno mascellare imponeva come intervento d'elezione il ritrattamento ortograde.

Dopo aver perforato la corona protesica ed eseguita un'adeguata cavità d'accesso si rimuoveva la preesistente otturazione canale e si completava quindi il ritrattamento endodontico (Fig. 21).

Ai controlli successivi (12-24 mesi) si evidenziava la risoluzione completa della patologia (Figg. 22-23).

**BIBLIOGRAFIA**

- 1 - Allen RK, Newton CW, Brown CE Jr. Statistical analysis of surgical and nonsurgical retreatment cases. *J Endod* 1989; 15: 261-262
- 2 - Badino M. Il problema dei ritrattamenti. *Attualità Dentale* 1989; 5: 3-23
- 3 - Becciani R, Castellucci A, Lavagnoli G. Soggettività nella interpretazione delle radiografie in Endodonzia. *G It Endo* 1990; 4: 14-21
- 4 - Bergenholz G, Lekholm U, Milthon R, Heden G, Odesjo B and Engstrom B. Retreatment of endodontic fillings. *Scand J Dent Res* 1979; 87: 217-227
- 5 - Block RM, Pascon EA, Langeland K. Paste technique retreatment study: a clinical, histopathologic and radiographic evaluation of 50 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1985; 60: 76-93
- 6 - Feldman G, Solomou C, Notaro P, Moskowitz E. Retriving broken endodontic instruments. *J Am Dent Ass* 1974; 88: 588
- 7 - Friedman S, Stabholz A. Endodontic retreatment. Case selection and technique. Part I: criteria for case selection. *J Endod* 1986; 12: 28-33
- 8 - Friedman S, Stabholz A, Tamse A. Endodontic retreatment - Case selection and technique. Part. 3: retreatment techniques. *J Endod* 1990; 16: 543-549
- 9 - Gilbert BO Jr, Rice RT. Retreatment in endodontics. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 64: 333-338
- 10 - Stabholz A, Friedman S. Endodontic retreatment. Case selection and technique. Part. 2: treatment planning for retreatment. *J Endod* 1988; 14: 607-614