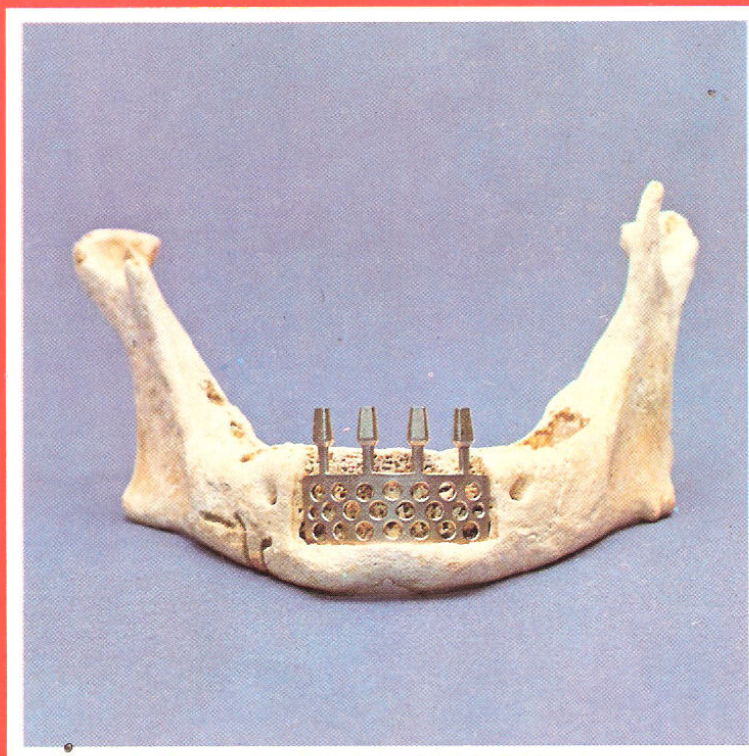


rivista europea di implantologia

ORGANO UFFICIALE DELL'ACCADEMIA EUROPEA
DENTISTI IMPLANTOLOGI
E DELLA ACCADEMIA ITALIANA DEGLI IMPIANTI



2

aprile - giugno 1979

Direzione - Redazione - Pubblicità:
Piazza Bertarelli 4 - 20122 Milano - Tel. 86 44 38
Trimestrale
Spedizione Abb. Postale Gr. IV/70
da VERONA FERROVIA



di GIORDANO MURATORI

L'utilità in conservativa del reimpianto dentario

Stiamo vivendo un periodo in cui, più che alle nuove tecniche, si dà risalto alla prevenzione e alla conservazione degli elementi naturali. E' infatti, questa l'unica strada da percorrere se si vuole veramente migliorare la situazione odontoiatrica in campo sociale.

Educazione dentaria innanzitutto: il cittadino deve sapere, fin dalla più tenera età come deve contenersi per mantenere in salute la sua bocca. I genitori prima, la scuola poi devono educare il bambino. Iniziative a largo raggio sono state varate dai vari organi di prevenzione, società, gruppi di professionisti volontari, allo scopo di affrontare il problema della perdita dei denti, veramente a monte. Contemporaneamente agiscono i conservatori che combattono là dove l'azione preventiva non è stata recepita nella giusta maniera, cercando di arrestare processi cariosi o infiammatori fin dal loro primo apparire. La loro azione si esplica su tutto il dente e le sue parti circostanti. Endodonzia, paradontologia, chirurgia apicale e mascellare.

Guerra a fondo dunque alla necessità di estrarre! Se veramente un giorno pazienti ed odontoiatri arrivassero ad una collaborazione stretta e continua, il numero di denti estratti potrebbe diminuire enormemente.

C'è però, un fatto che può rendere l'azione conservatrice « ad oltranza » parzialmente inefficace, ed è quello che cercherò di spiegare qui di seguito. E' notorio che l'affezione che provoca maggiormente la necessità di estrarre dei denti è il granuloma apicale.

Denti ne vengono estratti, ovviamente, anche per altre cause, ma il granuloma (che spesso è la conseguenza di rattamenti canalari mal eseguiti) è senza dubbio l'affezione che incide maggiormente. Oggigiorno esiste una classe odontoiatrica ben preparata indubbiamente, il fervore di ricerca, la nascita di società nazionali e internazionali, i frequenti incontri congressuali, le grandi organizzazioni internazionali come la F.D.I. hanno stuzzicato l'interesse del professionista al suo perfezionamento.

Le grandi case produttrici di ritrovati nuovi e sempre più semplici da usare, interpretando in chiave produttiva e promozionale a largo raggio i risultati delle ricerche di grossi complessi universitari a livello mondiale, hanno aiutato il dentista medio ad appassionarsi ai nuovi metodi conservativi. Le riviste specializzate sono proliferate in questo ultimo trentennio ed hanno raggiunto anche centri molto periferici e isolati, rappresentando spesso l'unico mezzo di contatto costante che alcuni professionisti hanno con la ricerca ed il progresso.

Ma nonostante tutto ciò che si è fatto e che si sta facendo, nonostante la risposta pronta e volenterosa di molti Colleghi, non ci possiamo nascondere che la situazione sanitaria odontoiatrica in Italia (e non solo in Italia) rimane grave. Io credo che chi ha una grossa esperienza di implantologia possa più di molti altri rendersi conto dello stato veramente molto precario della bocca di molti pazienti. Durante la mia pratica ormai più che venticinquennale di implantologia ho assistito con vero dolore alla distruzione inconsulta del patrimonio dentale avvenuta prima che il paziente cercasse di porre rimedio allo stato dei fatti, rivolgendosi spesso troppo tardi a noi. Sono sicuro che la spinta alla conservazione, che già esisteva dentro di me quando ho cominciato la professione, si sia molto ingigantita, nel dover riconoscere la mia impotenza a risolvere casi con protesi fissa casi che, se solamente avessero avuto qualche elemento naturale avrebbero potuto essere risolti!

Quali sono dunque le cause di un tale stato di cose? A mio avviso i fattori che vi giocano sono principalmente i seguenti:

1) il paziente, nella maggior parte dei casi, nonostante tutto ciò che è stato scritto, anche a livello mass-media, è ancora convinto che: via il dente via il dolore; questo è indubbiamente vero, ma perbacco, non è certamente questa la strada migliore per risolvere il problema.

2) Ci sono delle credenze ancestrali che continuano a presentare il trapano come uno strumento di tortura e il dentista un aguzzino. Di lì il procrastinare i controlli e le cure.

Sono quindi due le ragioni per cui il paziente si autolede. Ma, mentre per quel che riguarda la seconda ragione il vero e solo colpevole è il paziente, per quel che concerne la prima c'è la corresponsabilità di molti odontoiatri.

Tutti sappiamo che la maggior parte di noi si prodiga per « salvare il salvabile », ma sappiamo anche che ci sono professionisti che, al cospetto di un paziente che vuole a tutti i costi farsi estrarre un dente, (che si potrebbe salvare) perchè gli fa « un male cane » non hanno nulla per dissuaderlo, (prendendo in quel momento le vesti dell'educatore sanitario) e, all'insistenza del paziente, non solo non oppongono un netto rifiuto a prestarsi ad un'azione che è contro l'etichetta professionale, ma l'assecondano ed eseguono il misfatto.

Questi sono casi che si possono presentare abbastanza spesso, purtroppo, ma almeno ci può essere l'attenuante della sollecitazione da parte del paziente.

Benchè più gravi sono le evenienze nelle quali, invece, non è il paziente a proporre l'estrazione di denti curabili, ma il dentista! Posso facilmente citare un sacco di pazienti che mi si sono presentati con panoramica sulla quale erano chiaramente segnati i denti da estrarre. Denti che ad un esame più approfondito si rivelarono tutti salvabili. E furono salvati. Posso citare panoramiche con indicati anche 5-6 denti per arcata da estrarre. Ed erano tutti da curare!

Vorrei poter dire che questi casi sono eccezioni, ma purtroppo non lo posso dire, perchè troppe volte assisto ad episodi del genere.

Quante volte mi è stato riferito dai pazienti che i loro *denti frontali* erano stati estratti con estrema fatica da parte del dentista. E che le « radici » erano belle e lunghe » e « mi sembravano sane ». E quante volte, esaminando una panoramica, o un'endorale, ho notato delle ombre di alveoli *frontali* (insisto sui frontali) che denotavano la ex presenza di radici ancora ben infisse nei loro alveoli, ancorchè affette da granulomi nei monoradicolarari, si possono operare, perbacco! E piuttosto facilmente. Perchè, allora, estrarre?

Condannabile è, dunque, il dentista che quando è possibile non tenta una cura oltre apice sia sui monoradicoli che sui poliradicoli. Oppure non si avvale della tecnica dell'apicectomia sui monoradicoli.

Non è condannabile invece chi, quando si rende conto che non è possibile praticare una cura oltre apice ad un poliradicolo, lo estrae.

A questo punto ecco nascere l'idea del reimpianto come metodo di routine. Vediamo di riassumere: 1) la situazione è grave, ma è necessario insistere nella battaglia promozionale della *conservazione ad oltranza*. 2) Abbiamo visto più sopra che, nonostante le buone tecniche e la buona volontà di molti colleghi, certi denti, affetti da granulomi non si possono curare con i metodi tradizionali. E questi sono i *poliradicoli*, specialmente i molari.

Facciamo un esempio: il paziente ha un 6 affetto da granulomi visibili radiologicamente, su due apici, diciamo quello palatino e quello mesio-vestibolare. La radiografia ci dice che gli apici sono in prossimità del seno mascellare corrispondente: la cura oltre apice, quindi, non è possibile. Non essendo possibile, ovviamente, nei tri-radicali, l'apicectomia, non essendo possibile prendere in considerazione una rizectomia (presenza del seno) che cosa rimane da fare? L'estrazione.

Altro esempio: supponiamo che il n. 7 abbia gli apici sufficientemente distali dal seno mascellare. Viene tentata una cura oltre apice, ma senza successo e il dente deve venire estratto. Quale è stata la causa dell'insuccesso della cura oltre apice? Il dente estratto lo dimostra: il tessuto di reazione si era formato principalmente nello spazio interradicolare. Nella mandibola si possono ripetere le stesse eventualità: impossibilità di cura oltre apice per la vicinanza delle radici al canale mandibolare oppure presenza di tessuto reattivo interradicolare. E allora ecco farsi strada l'importanza enorme che può essere una tecnica semplice, programmata, accessoriata di riempimento dentario, nella problematica della conservazione ad oltranza.

A questo scopo ho messo a punto una mia tecnica personale, che avvale delle ri-

sultanze positive annunciate da Hammer sul reimpianto unite ad una metodica pulita, semplice, atraumatica per il dente da « operare » extraoralmente. E che si avvale di uno strumento speciale, che ho chiamato « morsetto », concepito allo scopo di bloccare il dente e di operarlo nella massima sterilità.

Esempio: si estrae supponiamo un molare, lo si mette, con guanti sterili in un morsetto speciale che ho fatto approntare e che chiunque può farsi costruire, si perforano i canali con punte elicoidali calibrate, si inseriscono in essi dei perni di titanio che rafforzeranno le radici e serviranno per la ricostruzione della corona.

Si reinserisce il dente e lo si blocca ad un elemento vicino. Anche qui non mi dilungo nei particolari, che potranno essere trattati in un prossimo intervento, voglio solo concludere come segue:

Il reimpianto dei molari e premolari (ribadisco: dei molari e dei premolari e non dei frontali, infatti questi non hanno bisogno del reimpianto per essere conservati) dovrebbe essere preso in considerazione dai colleghi che prendono a cuore il problema della *conservazione ad oltranza*. A volte bastano pochi strumenti e un po' d'ordine mentale per rendere facile una cosa all'apparenza difficile e brigosa.

Applicato su larga scala questo metodo darebbe un enorme apporto al problema della conservativa.

BIBLIOGRAFIA

HAMMER H. - *Il reimpianto biologico dei denti*. Estr. da: Mondo Odontostomatologico. Anno IX, Vol. III. (Maggio-Giugno 1967).

MURATORI G. - *L'Implantologia Orale Multitipo*. Ed. Cantelli 1972.

MURATORI G. - *In tema di conservazione ad oltranza: i denti in officina*. Estr. da: Dental Cadmos 6/78. Milano.

RIASSUNTO

L'A. descrive un suo metodo personale per reimpiantare i denti e in particolare i poliradicoli.

L'utilité en dentisterie conservatrice du reimplant dentaire

par G. MURATORI

Nous sommes en train de vivre une période dans laquelle, plus que les techniques nouvelles, on met en vedette la prévention et la conservation des dents naturelles. En effet, celle-ci est la seule route à parcourir si l'on veut vraiment améliorer la situation odontologique dans le domaine social.

Education sociale avant tout: le citoyen doit savoir, dès le premier âge, qu'est qu'il doit faire pour maintenir en santé sa bouche. Les parents avant, l'école après, doivent duquer l'enfant. Des initiatives sur un grand rayon ont été lancées par nombre d'organes de prévention, sociétés, groupes de praticiens volontaires, au but d'affronter le problème de la perte des dents à son origine. En même temps, les conservateurs qui combattent là où l'action préventive est manquée, cherchent d'arrêter les processus carieux ou flogistiques dès leur première apparition. Leur action est expliquée sur toute la dent et ses parties environnantes: endodontie, parodontologie, chirurgie apicale et maxillaire.

Néanmoins, beaucoup de dents sont tirées chaque jour pour des raisons différentes, mais surtout à cause des granulomes, et l'implantologiste doit souvent constater la destruction inconsidérée du patrimoine dentaire.

Quelles sont donc les causes d'une telle situation? A mon avis, les facteurs intéressés sont principalement les suivants:

- 1) le patient, dans la plupart des cas, est encore convaincu que « dent tirée, douleur passée »;*
- 2) des croyances ancestrales continuent à présenter la roulette comme un instru-*

ment de torture et le dentiste comme un argousin.

En ce qui concerne la deuxième raison, le seul coupable est le patient. Mais nous savons qu'il y a nombre de dentistes qui ne font rien pour dissuader le patient de tirer une dent qui peut être sauvée, quand il ne sont pas eux-mêmes à proposer aux patients de la tirer!

Mais il y a des cas où des dents granulomateuses, surtout les poliradiculées, ne peuvent pas être sauvées. Et voilà donc naître l'idée de la réimplantation comme méthode de routine.

A ce but, j'ai mis au point une technique personnelle qui se base sur la théorie des constatations positives énoncée par Hammer sur la réimplantation et sur une méthode simple et non traumatisante pour la dent à « opérer » au dehors de la bouche et qui se sert d'un instrument spécial, que j'ai appelé « borne », conçue au but de bloquer la dent et de la opérer dans la plus grande stérilité.

Exemple: on tire une molaire, on la met dans la borne, on perfore les canaux avec des pointes élicoidales calibrées, on met dans les mêmes des pivots de titane qui renforceront les racines et serviront pour la reconstruction de la couronne.

La dent est en suite replacée et ancrée à un élément voisin.

La réimplantation des molaires et des prémolaires devrait être pris en considération par les confrères qui prennent à coeur le problème de la conservation à outrance. Appliquée sur une grande échelle, cette méthode pourrait donner une forte contribution à la solution du problème de la dentisterie conservatrice.