

Rivista di
Odontostomatologia
e Implantoprotesi

1/85

RASSEGNA DI ODONTOIATRIA E ODONTOTECNICA

Fondata dal Prof. Oscar Hoffer

PREMIO OSCAR HOFFER
PER UNA TESI
DI SPECIALIZZAZIONE
IN ODONTOSTOMATOLOGIA

Le seguenti Aziende collaborano al premio:

- ABBOTT ■ ARDET ■ BOUTY/CORSEL
- BROXO ITALIA ■ COPEGA ■ DEATEX ■ DE GIORGI
- ELETTRODENTAL CATTELAN ■ ISASAN
- MENTADENT P ■ ODIS ■ OGNA ■ O.M.S.
- ORAL B ■ PHARMACEUTICAL SERVICE ■ PIERREL
- PRODUKTA ■ QUATTROTI ■ USA ■ KUKIDENT/VICK

È consigliabile in certi casi il mantenimento di un dente che ha subito un trattamento canalare improprio con polpa morta?

Edgardo J. Corneo - Dino Garbaccio - Alberto Ciani

Il Prof. C.H. Fischer ha pubblicato sotto questo titolo un'editoriale sul n. 8/84 della rivista tedesca "Die Quintessenz", in cui espone dei punti di vista che, lui per primo, ritiene utile sottoporre ad un'aperta discussione.

Punti di vista che coinvolgono l'endodontista e l'implantologo e che implicano anche problemi di ordine morale e legale.

Il Dott. E. Corneo si è fatto promotore di una risposta articolata al Prof. Fischer, chiamando in causa anche il Dott. D. Garbaccio, per quanto riguarda gli aspetti implantologici, e il Prof. A. Ciani, per gli aspetti medico-legali.

Editoriale del Prof. C.H. Fischer (Düsseldorf) pubblicato su "Die Quintessenz" n. 8/84 (traduzione di E.J. Corneo).

Lasciare in situ denti pluriradicolarati con polpa morta è anche oggi, come lo era prima, un problema. Le opinioni variano, se si vuol fare una previsione delle percentuali di successo del trattamento, secondo che ci si basi su dei criteri clinici o scientifici.

Considerazioni scientifiche conducevano a soluzioni radicali e cioè all'estrazione del dente.

In realtà sia il medico dentista praticante sia il docente universitario erano disposti a dei compromessi.

Questa condotta ha creato delle divergenze. La via del compromesso era sotto molti aspetti la più gradita; benché le decisioni radicali e le loro conseguenze erano in pratica piuttosto impopolari e poco accettate. Questo anche se da un punto di vista preventivo e di terapia precoce sarebbero state da considerare più risolutive: il paziente non dovrebbe andare dal dentista tardivamente e mantenere la speranza di conservare a lungo termine un dente trascurato, con polpa morta; dovrebbe invece recarsi regolarmente e precocemente dal proprio dentista per timore della perdita di un dente.

Oggi da più parti si consiglia al paziente che ha perso dei denti la loro sostituzione con un intervento di "implantologia". Questo genere di sostituzione crea anch'esso dei problemi. L'indicazione per questo intervento viene sempre più limitata mentre aumenta parallelamente la "faciloneria" del proporre questa soluzione.

Per evitare dei danni, anzi diciamo per evitare danni peggiori, il medico dentista che ha degli indirizzi scientifici e anch'io personalmente, potremmo orientarci verso dei compromessi e giungere alla convinzione che in fin dei conti mantenere in bocca un dente morto può dare più beneficio che danno al paziente, soprattutto se con questo criterio gli si evita un impianto o, perlomeno, lo si protrae nel tempo.

Propongo questo tema alla discussione, perché in qualità di docente universitario, non mi è mai piaciuto imporre le mie opinioni personali. Forse queste righe possono contribuire a ponderare le possibilità del mantenimento o non di una situazione che ha sempre occupato i miei pensieri, anche se oggi quale professore emerito non sono più oggetto di preoccupazione professionale quotidiana.

C.H. Fischer

Considerazioni da parte di un endodontista

Scuola di Specializzazione
Direttore: Prof. B. Vernole

Edgardo J. Corneo

Docente di Endodonzia - Univ. di Modena

Il problema del trattamento dei denti gangrenosi sollevato dal Prof. Fischer deve essere considerato in realtà sotto aspetti diversi.

Fischer precisa che le percentuali di successo nel trattamento di denti gangrenosi sono da un punto di vista scientifico molto ridotte nei pluriradicolarati.

Di questa opinione è anche Sauerwein, tanto che quest'ultimo restringe il trattamento assoluta-

mente su casi eccezionali e solo nei monoradicoliati.

Secondo Sauerwein la percentuale di successo, utilizzando una tecnica molto accurata su casi anatomicamente favorevoli e con risposta di difesa sistemica ottima, sono fra il 60% e il 35% (a seconda che si tratti di monoradicoliati o di pluriradicoliati).

I problemi che condizionano queste basse percentuali di successo sono, sempre secondo Sauerwein, la difficoltà di eliminare i resti pulpari necrotici e di combattere la massiccia infezione batterica. Altra difficoltà è la possibilità di realizzare un processo di guarigione nel tessuto periapicale infiammato in forma acuta o cronica.

Vediamo che queste considerazioni "scientifiche" oggi sono un po' eccessivamente severe.

A. Schroeder (1977) scrive che il trattamento di un dente gangrenoso non è un intervento che richieda poco tempo. È necessaria inoltre una notevole abilità e una particolare strumentazione.

Questo trattamento è consigliabile solo se esso trova motivo plausibile nell'ambito di una situazione generale valida e logica. In questo caso può essere eseguito benissimo anche sui pluriradicoliati con situazioni canalari più complicate.

Nella Clinica di Berna, diretta da A. Schroeder, le percentuali di successo sono addirittura superiori nei pluriradicoliati rispetto ai monoradicoliati.

L'assolutismo espresso da Sauerwein non è dunque oggi più accettabile.

Contrariamente a quanto pensano molti Clinici, già nel 1977 (Dental Cadmos n. 10/77) Corneo affermava che *il dente gangrenoso (infetto) è curabile come qualsiasi altra infezione.*

Non esiste differenza fra dente monoradicolato e pluriradicolato purché i canali siano sondabili sino all'apice.

Questa premessa non deve in-



Fig. 1 - Molare in gangrena. La radiografia mostra una situazione operativa complessa. Il dente è prezioso perché rappresenta un unico pilastro rimasto per una eventuale protesi.

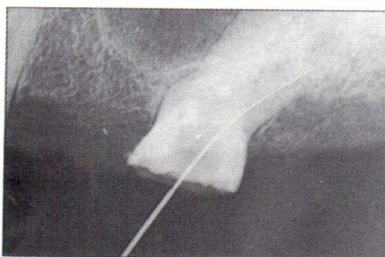


Fig. 2 - Lo stesso dente della figura 1. Radiografia di misurazione del canale distale.

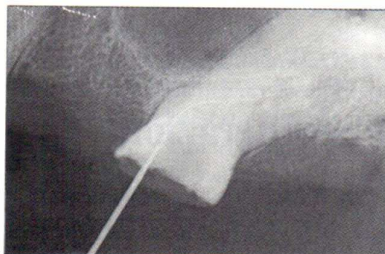


Fig. 3 - Lo stesso dente della Fig. 1. Radiografia di misurazione del canale mesiale. Situazione operativa difficile per la presenza di una spiccata curvatura del canale. Si rende indispensabile una correzione dell'imbocatura canalare per facilitare la preparazione del canale.

durre l'operatore a credere che il trattamento di un dente gangrenoso sia facilmente realizzabile: l'operatore è spesso convinto di aver sondato il canale in modo appropriato (con susseguente preparazione e otturazione) mentre in realtà la situazione è diversa. Ne abbiamo un esempio descritto proprio nel n. 8/84 della stessa Quintessenz (edi-

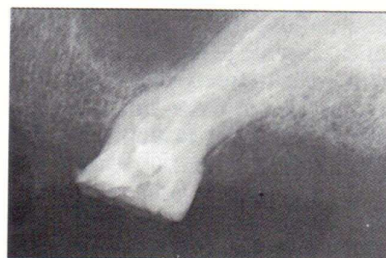


Fig. 4 - Radiografia a otturazione canalare ultimata. L'otturazione è eseguita con del cemento endodontico Rocanal Gangrene, senza coni, senza condensazione. La terapia è felicemente conclusa, nonostante le previsioni di difficoltà. Si è così recuperato un dente pilastro. Questo genere di terapia richiede un notevole dispendio di lavoro ed una assoluta meticolosità. Grazie alle attuali possibilità operative si possono recuperare denti che pochi anni or sono erano destinati all'avulsione.

zione in lingua tedesca) che pubblica l'editoriale di Fischer.

A pag. 1479 è pubblicata infatti una comunicazione pratica da parte di un Professionista (M. Hubner) il quale afferma di aver eseguito perfettamente un trattamento canalare (pulpectomia vitale) in un monoradicolato (incisivo laterale superiore) nel 1981. Ad un controllo eseguito nel 1983 egli constatò con sorpresa che lo stesso dente trattato presentava una enorme rarefazione periapicale, naturalmente inesistente all'epoca del trattamento.

L'Autore di quella pubblicazione si domanda il motivo di questa alterazione patologica perché secondo lui il trattamento canalare effettuato era assolutamente preciso.

A questo punto egli conclude che in certi casi è forse più consigliabile l'estrazione del dente.

Dopo aver osservato le radiografie pubblicate in quell'articolo abbiamo potuto constatare che il trattamento canalare, pur sembrando preciso, non lo era affatto.

L'otturazione canalare non seguiva l'ultimo tratto del canale molto ricurvo, uncinato (tipica situazione degli incisivi laterali superiori). Questo

caso dimostra che l'operatore deve tener presente le difficoltà di ordine anatomico e prevenire preparazioni canalari errate (false strade apicali) con degli accurati controlli (proiezioni differenziate ecc.).

Il microresto pulpale che rimane inavvertitamente nel canale può essere causa di gravi alterazioni apicali (da infezione secondaria) soprattutto se il materiale per otturazione canalare permanente immesso non ha nessuna proprietà antisettica.

Le difficoltà nel trattamento canalare non possono pertanto essere solamente attribuite alla cura dei denti gangrenosi: esse esistono ugualmente per il trattamento dei denti vitali.

Revisione di denti che hanno subito un trattamento canalare improprio

Il dilemma proposto da Fischer dovrebbe essere ristretto al mantenimento in bocca di un tipo di dente "pasticciato" in precedenza. Questo è infatti il senso del titolo dell'editoriale.

Qui si tratta dunque non più di un dente pluriradicolato gangrenoso e relativa difficoltà di trattamento: si tratta invece di una vera e propria *revisione di quanto è stato eseguito precedentemente con dei criteri inadeguati.*

È necessario a questo punto precisare: dobbiamo mantenere in bocca al paziente questo dente senza prevedere alcun trattamento, oppure solo dopo aver eseguito una revisione? È chiaro che se lasciamo un pluriradicolato, ma anche un monoradicolato, trattato male senza nessuna revisione non possiamo parlare di percentuali di successo di trattamento. Pensiamo che quindi anche Fischer sia dell'opinione che questi denti non possono rimanere in bocca nello stato in cui si trovano perché rappresentano un pericolo per la salute generale del paziente (infezione focale, tossine batteriche ecc.). *È necessario dunque procedere ad una revisione del pregresso trattamento*

canalare. Certamente le percentuali di successo diminuiscono notevolmente perché siamo spesso in presenza di canali ostruiti da materiale difficilmente asportabile.

Anche qui vale il concetto che la possibilità di successo dipende soprattutto dalla sondabilità dei canali fino all'apice.

In caso negativo il voler lasciare il dente in bocca significa assumersi una responsabilità "con alto rischio". A questo punto dobbiamo rilevare un altro problema altrettanto grave come quello sollevato da Fischer: quello delle "estrazioni facili".

Abbiamo constatato infatti come attualmente la tendenza di alcuni operatori (specie nell'ambito delle cure cosiddette sociali) abbiano la pinza per estrazioni assai "pronta" anche quando il dente sarebbe facilmente curabile. Anche questo è un lato negativo che, identicamente a quello sollevato da Fischer, pone il livello del Medico Dentista ai ben noti "cavamenti" di lontana memoria.

Edgardo J. Corneo

20122 Milano, Via Pietro Mascagni 7

Considerazioni da parte di un implantologo

Dino Garbaccio
Implantologo

Da punto di vista del trattamento canalare, nulla si può aggiungere a quanto è stato detto da Corneo.

Si potrebbe eventualmente aggiungere solo che, nei pluriradicolati, quando è certo che il trattamento canalare di una radice sia sufficiente e ben evidenziato, la rizotomia sia una soluzione da tentare prima dell'estrazione.

Il problema dell'estrazione e conseguente sostituzione mediante impianto, è difficilmente trattabile, perché ogni caso è un caso particolare, che non può mai essere generalizzato.

Se l'implantologia ci ha dato molte delusioni, è sicuramente colpa della "faciloneria" citata dal Prof. Fischer. Non dobbiamo dimenticare che, agli albori dell'implantologia, l'invenzione della lama ha portato ad un quantitativo enorme di interventi che, effettuati da mani inesperte e nella totale mancanza di insegnamenti, hanno dimostrato la limitatezza di quella che avrebbe dovuto essere la più grossa risoluzione ortopedica della bocca.

Naturalmente in questo modo sono stati dimenticati altri tipi di impianto più o meno validi, e nello stesso tempo si è avuta una fioritura di nuove sistematiche che, nate dalla mente di ingegneri, si basavano solo sul calcolo matematico delle forme, senza tener conto del terreno "umano" su cui si doveva intervenire.

Ci si è completamente dimenticati che il terreno da impiantare era un caso e che gli interventi da fare erano chirurgici e dovevano rispettare i tessuti e l'anatomia.

Il tentativo fatto dal sottoscritto e da altri che lo hanno seguito, ha riportato in evidenza il rispetto del tessuto osseo e richiamato l'attenzione sull'uso di elementi naturali di sostegno, quale ad esempio l'appoggio corticale.

Dopo questo discorso di premessa possiamo affermare che bisogna ricorrere all'implantologia solo quando non è possibile risolvere il caso con una protesi tradizionale e quando si è sicuri che, intervenendo con un impianto, si può rimediare sia funzionalmente che esteticamente ad una situazione di disagio, evitando l'alterazione fisiologica ed anatomica dei pilastri esistenti.

La "faciloneria" indicata dal Prof. Fischer è pienamente condivisa dal sottoscritto il quale, pur non avendo un'esperienza universitaria, ritiene di poter dare una valutazione di quanto accade oggi in implantologia.

Purtroppo la prima causa di ciò è

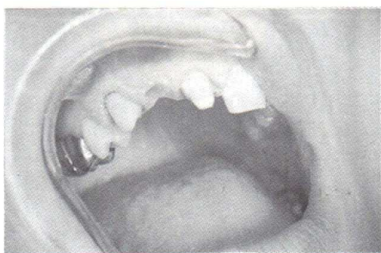


Fig. 1 - Mancanza di un incisivo laterale.

Soluzione protesica tradizionale: ponte che prevede due pilastri su due denti integri (centrale e canino).

Si sono così dovuti sacrificare due denti sani per sostenere il mancante.



Fig. 2 - Ponte in sito (vedi fig. 1). Questa è la soluzione "tradizionale".

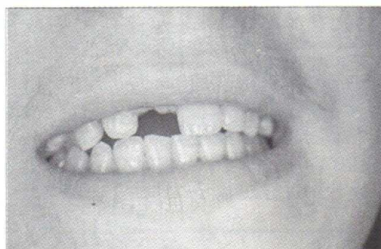


Fig. 3 - Mancanza dell'incisivo centrale sup.

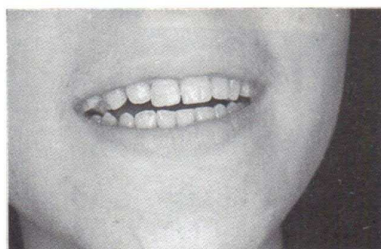


Fig. 4 - Stesso caso della fig. 3, dopo l'applicazione di una vite endosseosa e corona singola.

Non si è dovuto sacrificare nessun dente.

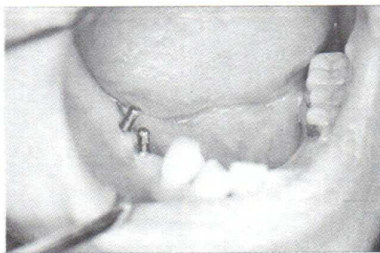


Fig. 5 - Caso di edentulia parziale di destra.

Si notino due monconi da viti endosseose applicate per reggere un ponte che appoggia anteriormente sul canino.



Fig. 6 - Stesso caso della fig. 5. Il ponte applicato è costruito su due viti e sacrifica un solo dente quale appoggio. Si è evitata una protesi rimovibile.

la assoluta mancanza di una base dottrinale che aiuti il professionista a discernere e a valutare la possibilità dei vari impianti esistenti. Il concetto espresso a priori da più parti consiglia al paziente che ha perso dei denti, la sostituzione con interventi di implantologia in modo del tutto gratuito.

Sia il monoimpianto (e penso di essere quello che può forse dare di più, con la mia vite) che il pluriimpianto, hanno moltissime limitazioni che ogni onesto implantologo deve conoscere.

Per terminare voglio dare un apporto all'implantologia, presentando due casi particolari.

In entrambi la soluzione mediante impianti ha causato sicuramente meno danno che non la soluzione in modo tradizionale. Nel primo caso vediamo una paziente mancante di un incisivo superiore, alla quale è stata applicata una protesi tradizionale. Si sono cioè sacri-

ficati due denti per sostenere il mancante (fig. 1-2).

Un caso simile è stato invece risolto con un impianto a vite. Nessun dente è stato sacrificato e il risultato estetico è molto soddisfacente (fig. 3-4).

L'ultimo caso è forse il più comune; il paziente presenta edentulia distale inferiore a destra, mentre a sinistra la masticazione è completa. Il caso è stato risolto con un ponte completamente estetico costruito su due viti e sacrificando un solo dente come pilastro di appoggio (fig. 5-6).

Dino Garbaccio
Via Trento 4 - Biella

Considerazioni deontologiche e medico-legali

Alberto Ciani

È fuor di dubbio che la problematica proposta da Fischer comporti anche aspetti non trascurabili di natura deontologica e medico-legale.

Si deve anche concordare perfettamente con quanto chiaramente esposto da Corneo e con le sue limitative conclusioni: il discorso vale solo per il dente che non sia trattabile con interventi endodontici né, aggiungo io, chirurgici conservativi (rizotomia, apicectomia, ecc.).

Come sempre, la corretta impostazione del problema vede concordare la clinica con la deontologia e la medicina legale.

In determinate condizioni, si potranno lasciare in situ denti la cui permanenza influenzi sensibilmente la situazione (pilastri terminali di arcate interrotte, denti che forniscono supporto a protesi mobili, ecc.), se le loro intrinseche condizioni non facciano temere l'insorgenza di complicazioni di rilievo (ascessi e flemmoni, osteiti diffuse, cisti radicolari, sinusiti mascellari, e simili).

Si dovrà porre particolare attenzione soprattutto ai rapporti con il seno mascellare, per la possibile insorgenza di quadri patologici di notevole gravità anche se a sintomatologia iniziale sfumata o silente.

I rischi di provocare per omissione (mancata estrazione) una lesione personale, in campo penale, o una invalidità permanente, in campo civile, andranno accuratamente valutati.

Più precisamente, si ponga mente alla possibilità che una lesione periapicale di un molare o premolare superiore, possa raggiungere dimensioni tali da esitare per tardata estrazione in una comunicazione oro-sinusale postestrattiva, oppure determinare una sinusite mascellare acuta o, soprattutto, cronica.

A questo proposito, P. Rouvier e C. Garcia (*Sinusites maxillaires - Encycl. Med. Chir. - Paris - Oto-rhino-laryngologie*, 1983) fanno osservare che il 50% circa delle sinusiti mascellari è di origine odontogena.

Gli stessi Autori sottolineano anche la difficoltà della diagnosi se la lesione periapicale è sfumata o in parte già riassorbita per le cure dentarie.

Oltre a questi casi, si dovranno attentamente valutare anche quelli che comportino il rischio dell'in-

sorgenza di fistole cutanee, che esitano quasi sempre in cicatrici retraenti ed adese ai piani profondi, con instaurazione, quindi, di un danno estetico.

Sarà comunque opportuno riservare questo comportamento a pazienti abituali, della cui intelligenza e capacità di collaborazione si possa esser certi.

Costoro verranno opportunamente informati, nonché invitati a farsi vivi alle prime avvisaglie di eventuali complicazioni e, comunque, a sottoporsi a periodici controlli.

È precauzione assai consigliabile di formalizzare questi accordi con la sottoscrizione da parte del paziente di un documento di consenso.

Per quanto riguarda il ricorso all'implantologia, anche alla luce delle attuali conoscenze, si ripropone l'antitesi, o quanto meno il dualismo tra l'approccio clinico e quello scientifico.

Intendo con questo dire che, anche se l'esperienza e l'abilità di un operatore preparato e capace riesce ad ottenere dagli impianti una durata significativa nel tempo, una buona efficacia funzionale ed un elevato grado di comfort per il paziente, non sono ancora del tutto fuor di discussione i loro presupposti biologici ed istopatologici.

Ma questo argomento, per la sua peculiarità, meriterebbe una specifica trattazione.

Considerazioni finali

Mantenere in bocca un dente morto non trattato o malcurato può dare più beneficio che danno al paziente, se con questo criterio gli si evita un impianto o perlomeno lo si protrae nel tempo? Questa domanda di C.H. Fischer può avere una sola risposta: un medico coscienzioso non può proporre un rimedio simile perché comporta un alto rischio con tutte le conseguenze imputabili ad un errato consiglio.

L'odontoiatria mal eseguita, sia che si tratti di cure conservative (terapie canalari particolarmente) che di cure chirurgiche (impianti endossei) coinvolge moralmente e legalmente l'operatore.

Al mondo esistono milioni di individui portatori di denti con polpa gangrenosa: questo significa che l'odontoiatria svolge un compito terapeutico ristretto a pochi fortunati. L'evoluzione sociale è un problema politico che esula da considerazioni scientifiche e cliniche.

Alberto Ciani

Via Ghislanzoni, 16 - Bergamo

ERRATA CORRIGE

Sul n. 7/1984-85 Speciale Industria, è stato omissso involontariamente dal testo della soc. Dental Art Spa, il nominativo del Sig. MARIO DANILO MOCELLIN - Direttore Tecnico della Società stessa.