

Sopra. Il dente del giudizio è eretto parzialmente, è cioè in **inclusione gengivale parziale, comunicante**: coperto per metà dalla gengiva, al di sotto della quale colonizzano i batteri.

Anche se attualmente non infetto, perché pulitissimo, la probabilità di evoluzione della **pericoronarite in ascesso parodontale** è alta:

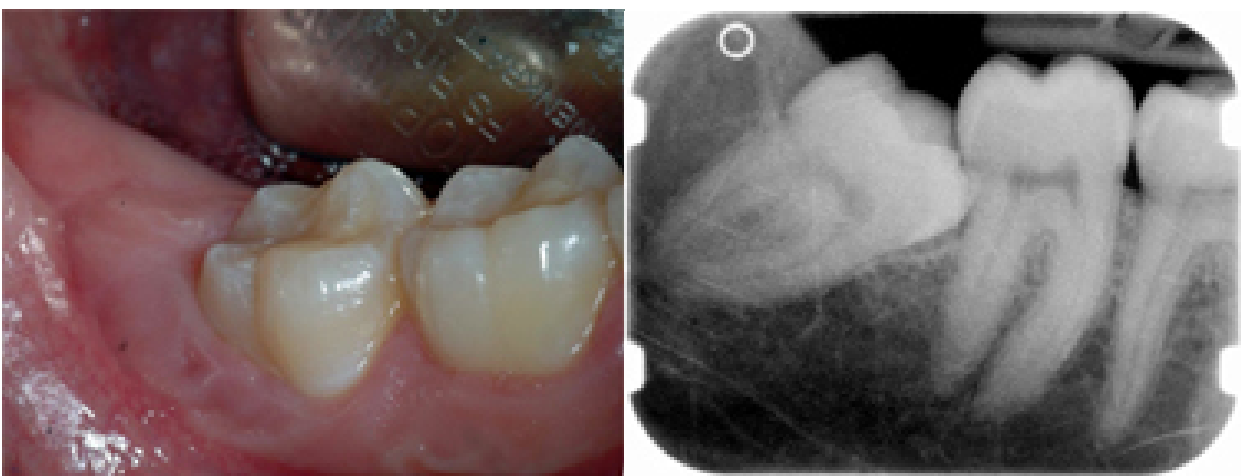
l'estrazione è consigliata.

Caso 2.



Sopra. La radiografia evidenzia come la corona sia parzialmente erotta (fuori gengiva) sul davanti, **parzialmente infraossea davanti e completamente infraossea sul dietro**. Essendo comunicante, si ha la pericoronarite ma sicuramente evolverà in ascesso sul versante posteriore): **estrazione consigliata/spesso richiesta!**

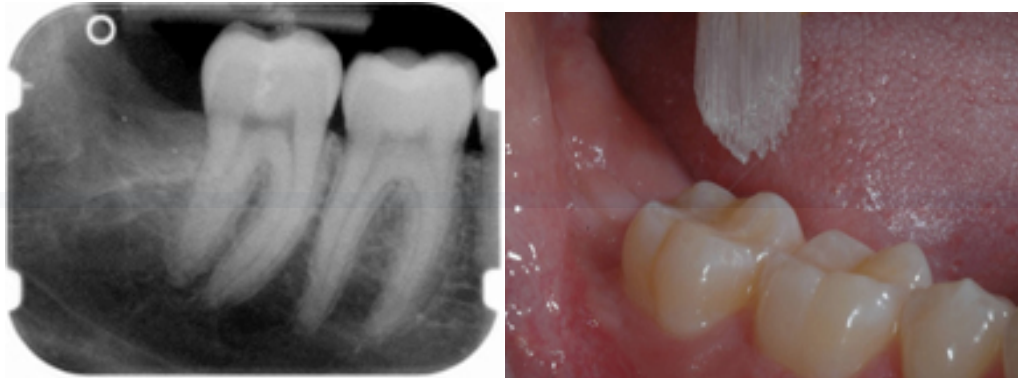
Caso 3.



Sinistra. Si vede la **gengiva sollevata** dalla sacca pericoronale della testa del **dente del giudizio sottostante non visibile, comunicante e**

causante una dolorosa pericoronarite, con evoluzione in ascesso e trisma, la detersione è difficilissima.

Destra: la radiografia prima dell'estrazione.

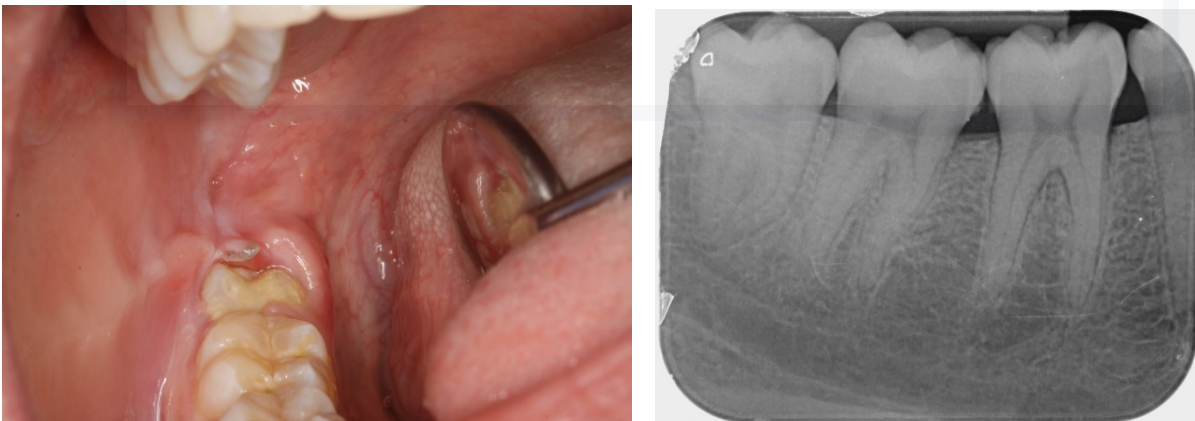


Sinistra: la radiografia dopo l'estrazione.

Destra: 7 mesi dopo l'estrazione del dente del giudizio, il secondo molare ha una parete posteriore ben detergibile con lo spazzolino monociuffo/elettrico, senza filo interdentale! .

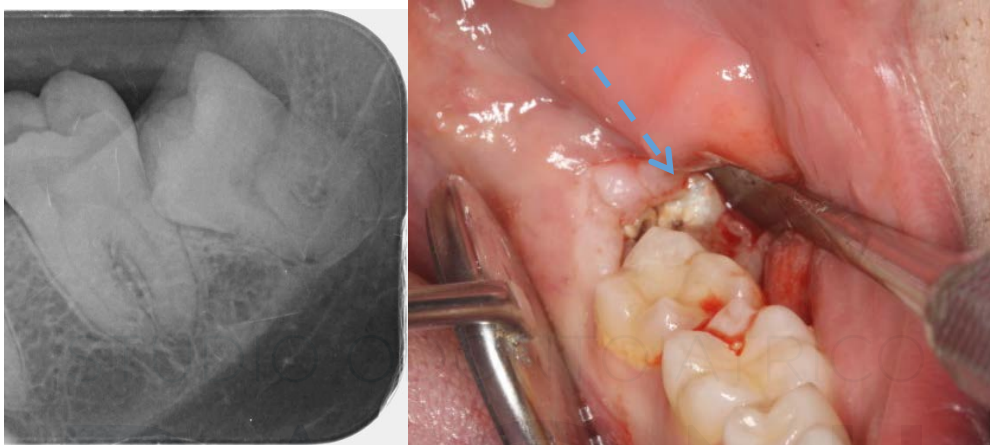
Caso 4.

Il dente è in inclusione gengivale comunicante, e presenta una pericoronarite, complicata in ascesso parodontale, con abbondante pus che fuoriesce con la spremitura dei tessuti, e presenza di trisma (la bocca non si apre). **Terapia:** antibiotici e antiinfiammatori per 6 giorni e poi, risolto il trisma, la paziente potrà aprire la bocca: **estrazione.**



Caso 5.

Dopo **anni di ascessi**, controllati con antibiotici e antiinfiammatori, all'**ennesimo ascesso** si è aggiunto **un altro dolore molto più lancinante**: **la pulpite** causata dalla **carie penetrante** nella piccolissima porzione di corona extragengivale. Terapia: **estrazione**.
L'incisione è stata iniziata e si intravede il resto della corona del dente del giudizio (freccia azzurra).



2) Ascesso nella tasca parodontale.

Evoluzione quasi sempre della pericoronarite, consiste **nell' infiammazione grave (purulenta) della tasca parodontale davanti al dente del giudizio ovvero nei veri distretti affetti da parodontite: cioè l'ascesso**.

La sintomatologia è tipica degli ascessi: rossore, edema (gonfiore), pus, calore della zona, dolore controllabile con antibiotici e antiinfiammatori, e ben identificato dal paziente (differentemente dal dolore da pulpite diffuso a metà faccia, non ben identificabile, **non controllabile con antibiotici** e antiinfiammatori).

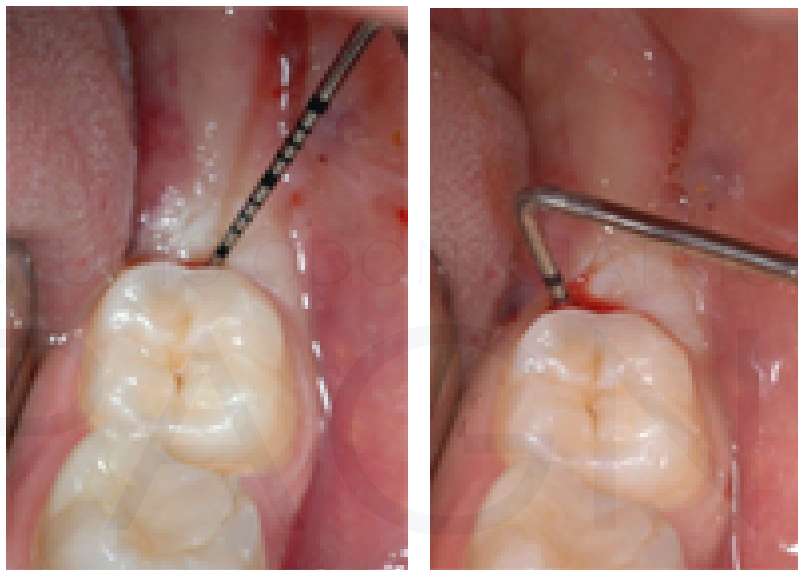
Nell'ascesso del dente del giudizio si associa spesso il **trisma**, (limitazione dell'apertura della bocca, vedi **PDF3**).

L'ascesso parodontale si differenzia da un altro e più frequente tipo di ascesso, l'**ascesso endodontico**, che si origina **nella profondità dell'osso in corrispondenza dell'apice della radice** in seguito alla

morte della polpa dentale (nervo) e non dalla tasca parodontale o dal sacco pericoronale, come nell'ascesso parodontale.
(vedi a Devitalizzazioni. PDF 1 bis).

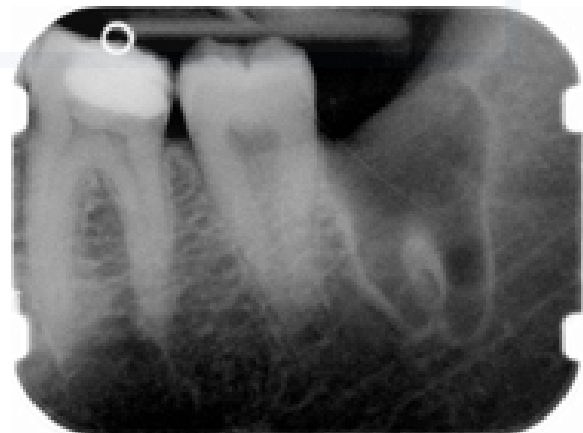
L'ascesso può complicarsi con il **flemmone**, la **cellulite**, infezioni molto estese del distretto che, nel caso di un **ascesso del dente del giudizio superiore**, possono causare complicanze neurologiche anche gravissime (ascesso del cervelletto per esempio).

Caso 6.



Sopra a sinistra. Inizio del sondaggio, si vedono le tacche nere dei 5, 10 e 15 millimetri.

Sopra a destra. La sonda scende fino a **11 millimetri nel sacco pericoronale / tasca del dente del giudizio inferiore sinistro**.



Sopra a sinistra. Radiografia prima dell' estrazione.

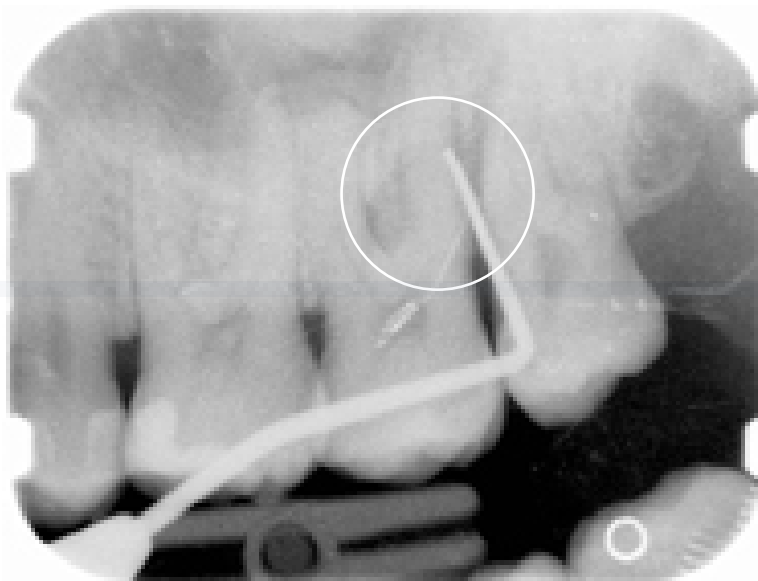
Sopra a destra. Radiografia dopo l' estrazione. Presumibilmente la guarigione sarà ottima per il dente residuo il 7°, che non ha perduto osso dietro.

Caso 7.



A sinistra. La paziente riferisce di una lunga storia di ascessi trascinata con **ripetuti cicli di antibiotici (circa 8 anni)**.

A destra. Al sondaggio si evidenzia una tasca parodontale di **15 millimetri** interdentale **tra il dente del giudizio e l'antistante 7°**.



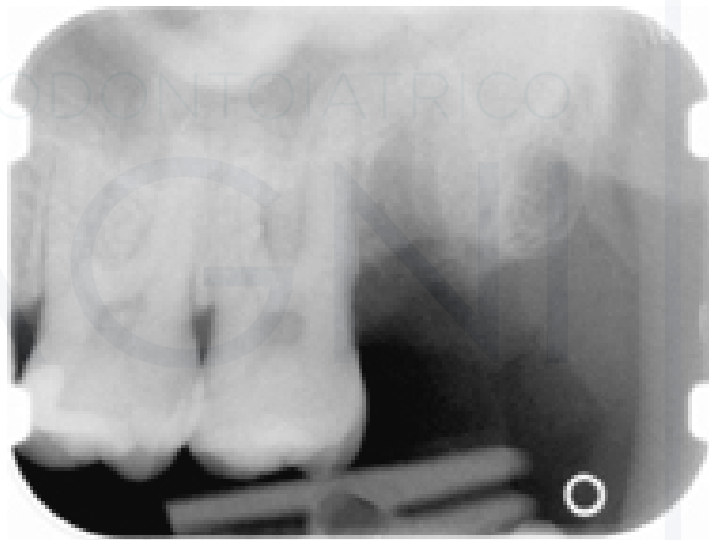
Sopra. La radiografia, evidenzia come la lesione ossea della tasca parodontale abbia **distrutto non solo il tessuto osseo davanti al dente del giudizio ma anche il tessuto osseo dietro al 7°** (cerchio bianco). Purtroppo il paziente, **avendo aspettato 8 anni**, perderà probabilmente **ambedue i denti!**

Legge valida per tutti i tipi di ascesso sia parodontale che endodontico:

superata la crisi con gli antibiotici, passare subito all'estrazione in ambedue i casi.

Un ascesso recidiverà sempre, non guarirà mai!

e ad ogni recidiva aumenterà la distruzione ossea e i rischi per la salute in generale.



A sinistra La estrazione è stata effettuata. Si vede il **tartaro color rosso/marrone adeso alla superficie posteriore del 7°** (come era adeso anche alla superficie anteriore del dente del giudizio estratto), **la causa degli ascessi.**

Radiografia a destra. Il dente del giudizio è stato estratto, permane una grossa lesione ossea, e la **destruzione della superficie posteriore del 7° è obbligatoria**, ma il risultato non è predicibile.

Commento: se il dente 2.8 fosse stato estratto 8 anni prima, al primo /secondo ascesso cioè, si sarebbe potuto salvare l'osso dietro al dente 2.7, evitandone la successiva estrazione.