

PDF4. Estrazione del dente del giudizio (come si esegue?).

Quando indicata dal professionista, l'estrazione del dente del giudizio va eseguita tranquillamente.

Al paziente interessa essenzialmente:

- a) di ricevere una **perfetta anestesia**,
- b) di non avere quindi dolore **durante l'estrazione**,
- c) di non avere dolore **dopo l'estrazione**,
- d) di trascorrere un'**ottima convalescenza**.

Si tratta della **normale estrazione di un molare**, con la differenza che se il dente del giudizio rimane semincluso o incluso nella profondità dell'osso, l'estrazione richiede una mano esperta, onde ottenere in tempi rapidi il risultato desiderato.

Rarissimamente l'estrazione può essere più indaginosa o molto complessa, e comunque le raccomandazioni dell'odontoiatra chirurgo, farmacologiche e fisiche, se correttamente eseguite, garantiscono una serena convalescenza.

Oggi la medicina aiuta molto l'operatore, sia a livello di diagnosi, che di tecnica estrattiva.

Diagnosi.

Nello studio dell'estrazione di un dente del giudizio, oltre alle classiche immagini **bidimensionali** (radiografia endorale, radiografia panoramica), la **stratigrafia CBTC (TAC per intendersi)**, consente all'operatore, nei **CASI COMPLESSI**, la **perfetta valutazione tridimensionale della forma del dente del giudizio, della sua collocazione nella compagine ossea, dei rapporti col nervo alveolare inferiore**, (la cui lesione rappresenta la principale possibile complicanza) nel caso della estrazione di un **dente inferiore**, oppure di valutare **i rapporti con il seno mascellare** nel caso della estrazione dei **dente superiore**. Questo grazie alla **visione parassiale**.

Cosa significa visione **parassiale** digitale di una **CBCT (TAC)**?

Il computer elabora dal volume cranico rilevato con l'apparecchio **vari tipi di immagini sia bidimensionali che tridimensionali.**

L'immagine parassiale fornita dal software è una visione che possiamo immaginare come se la mandibola fosse tagliata perpendicolarmente. In pratica una radiografia di una **fetta perpendicolare di mandibola** .

Quindi **informa sulla terza dimensione**, non solo verticale e orizzontale, come in tutte le radiografie ma anche **in profondità**, evidenziando i rapporti tra radici dei denti e organi interni (nervo in questo caso), **spessore incluso.**

Esaminiamo la tecnica estrattiva, facendo alcune premesse:

- la visione ottimizzata da **occhiali ingrandenti e illuminazione adeguata con fibre ottiche,**
- **il bisturi piezoelettrico** (importante nei casi più complessi),
- **il controllo del dolore durante l'intervento**, grazie a ottimi farmaci anestetici,
- **il controllo del dolore dopo l'intervento,**
rendono l'estrazione una procedura serenamente affrontabile.

Alcune situazioni per quanto riguarda la **forma delle radici:**

- a) Dente del giudizio con radici a fittone: l'estrazione sarà semplice, in quanto il diametro del dente, massimo al colletto, si riduce verso la radice, (si estrae una radice piccola da un foro grande).**



A sinistra: il dente del giudizio superiore a fittone è **erotto completamente**, è cioè ben visibile nell'arcata e facilmente **afferrabile** dalla "pinza", e in genere **facilmente estratto intero**

A destra: il dente del giudizio inferiore è **semincluso**, ma una volta creata **un'apertura gengivale/ossea**, l'estrazione sarà semplice.

b) Dente del giudizio con radici divergenti o uncinatate: estrazione più complessa in quanto occorre estrarre da un foro piccolo (il diametro del dente al colletto, che è di circa 7 millimetri) una radice grande (quando le radici sono divergenti, la distanza tra gli apici radicolari può essere di 12 millimetri).



A sinistra. Il dente del giudizio è **erotto completamente**, ben visibile nell'arcata e all'**ispezione** in bocca, l'estrazione si presenterebbe **facile**, perché facilmente afferrabile dalla "pinza".

Ma la **radiografia induce a prudenza** data la curvatura delle radici. L'estrazione, come tutte le altre manovre in bocca richiede "una garbata e ferma delicatezza".

La CBCT avrebbe dato informazioni su come agire, ma l'**esperienza chirurgica in questo caso è sufficiente**, per cui il dente è stato **sezionato in due o più frammenti** poi **facilmente estratti**, onde evitare la frattura delle radici oppure dell'osso circostante.

E' stata effettuata cioè la

frammentazione (separazione delle radici) pilotata del dente.

Destra. Le radici curve estratte.

La frammentazione pilotata del dente consiste nella frammentazione in pezzi piccoli (più piccoli del diametro del dente al colletto) una radice grande

Questi frammenti potranno essere estratti da un foro piccolo (il diametro del dente al colletto, che è di circa 7 millimetri).

Le radici curve se separate potranno **“ruotare delicatamente”** e fuoriuscire dal diametro osseo minore, e quindi potrà essere rispettata la norma di **non usare forza eccessiva in un'estrazione!**

Si eviterà quindi la possibile insorgenza di:

- **frattura non pilotata del dente** (e allora diviene difficoltoso, il recupero del frammento profondo da recuperare, specie se il frammento si trova in inclusione profonda, e vicino al nervo.
- **frattura dell'osso circostante**, che verrà anch'esso estratto, con perdita di prezioso tessuto osseo, e talora problemi di sanguinamento, neurologici oppure di frattura della mandibola addirittura.

Tecnica.

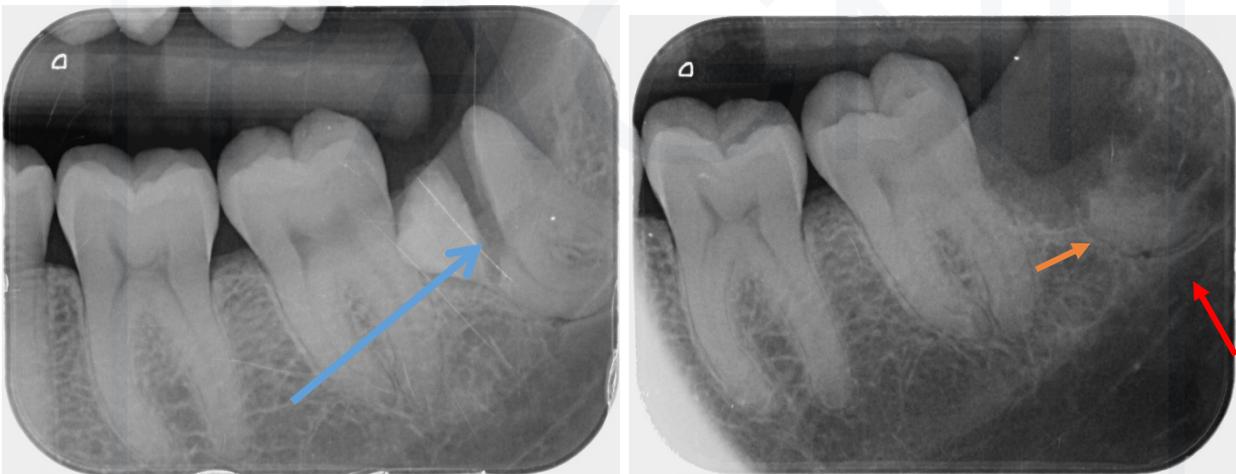
Creata **l'accesso al dente** dopo avere creato un'apertura prima gengivale e poi ossea, se le radici sono convergenti, **a fittone**, dopo averlo lussato (smosso nell'osso) si estrae il dente abbastanza facilmente (come abbiamo visto sopra).

Se le radici sono però **divergenti o uncinato**, o in **eccessiva prossimità col nervo alveolare inferiore**, si ricorre alla **frammentazione pilotata**, in vari frammenti, onde poter agire con delicatezza e senza forzare /fratturare l'osso circostante, dopodiché si estraggono i frammenti ad uno ad uno.



Sinistra: in questo caso il dente del **giudizio inferiore sinistro 3.8 è semincluso** e la punta delle radici (**freccia blu**) risulta in vicinanza abbastanza stretta col nervo alveolare inferiore (**freccia rossa**).

Destra: la **visione parassiale** della CBCT (TAC) offre la **visione tridimensionale** e induce alla prudenza per la vicinanza tra le **radici del dente (freccia blu)** e il **nervo alveolare inferiore (freccia rossa)**.



Sinistra: per rispettare il dente 3.7, antistante, partiremo con **la frammentazione pilotata**.

La **parte anteriore del dente 3.8 (giudizio)** viene **sezionata** inizialmente col trapano (**freccia blu**), di modo da rimuovere il frammento in contrasto col dente davanti.

Destra: dopo si continuerà con la frammentazione **col trapano in tre pezzi** e, **rimosso un grosso frammento residuo nell'osso, freccia ocra, vicino al nervo alveolare inferiore, freccia rossa**, la estrazione sarà

conclusa.

Aiutati dalla radiografia parassiale della CBCT (vedi immagine sopra) si potrà rimuovere l'ultimo frammento con sicurezza, perché essendo previamente a conoscenza della posizione del nervo, la strumentazione (leve, strumenti piezoelettrici o ruotanti) potrà evitarlo.



STUDIO ODONTOIATRICO

Sopra. **Rx di controllo finale:** l'ultimo frammento è stato estratto, nessun frammento è rimasto nell'alveolo osseo.

Una volta rimosso il dente, si procede al lavaggio con soluzione fisiologica dell'alveolo osseo che ospitava il dente e, se la situazione è postascessuale, al **lavaggio con soluzione antibiotica**.

Successivamente vengono inserite **spugne emostatiche** nell'alveolo osseo che alloggiava il dente, e infine vengono applicate le **suture dei lembi gengivali**.

Il professionista prescriverà dopo l'intervento **antibiotici e antiinfiammatori** per via generale, aiutando il paziente nei casi più impegnativi anche con cortisone, e raccomanderà soprattutto di effettuare

impacchi di ghiaccio.