

PDF 2. Endodonzia retrograda, cioè chirurgica, ovvero Apicectomia.

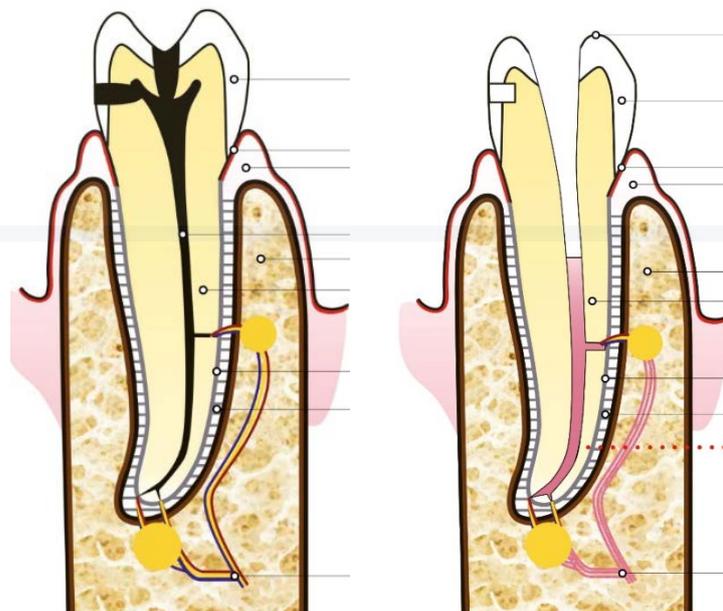
Quando abbiamo un **granuloma o una cisti** sulla punta della radice del dente, e **non è possibile effettuare un ritrattamento** per farlo guarire (vedi Endodonzia PDF1bis, punto D) prima di estrarre il dente si può ricorrere all'**Endodonzia retrograda (chirurgica in quanto per la rimozione del granuloma si accede dall'osso, dal dietro)**.

Viene denominata anche **Apicectomia**, in **quanto l'apice della radice contenente il materiale infetto** causa del granuloma, viene **tagliato via, rimosso**.

Ricordiamo da PDF1bis. che

quando abbiamo un dente necrotico con **granuloma o una cisti endodontica** (grande granuloma), abbiamo due possibilità:

1) il trattamento canalare ortogrado (facendo un'apertura al centro del dente), se il dente non era già stato trattato



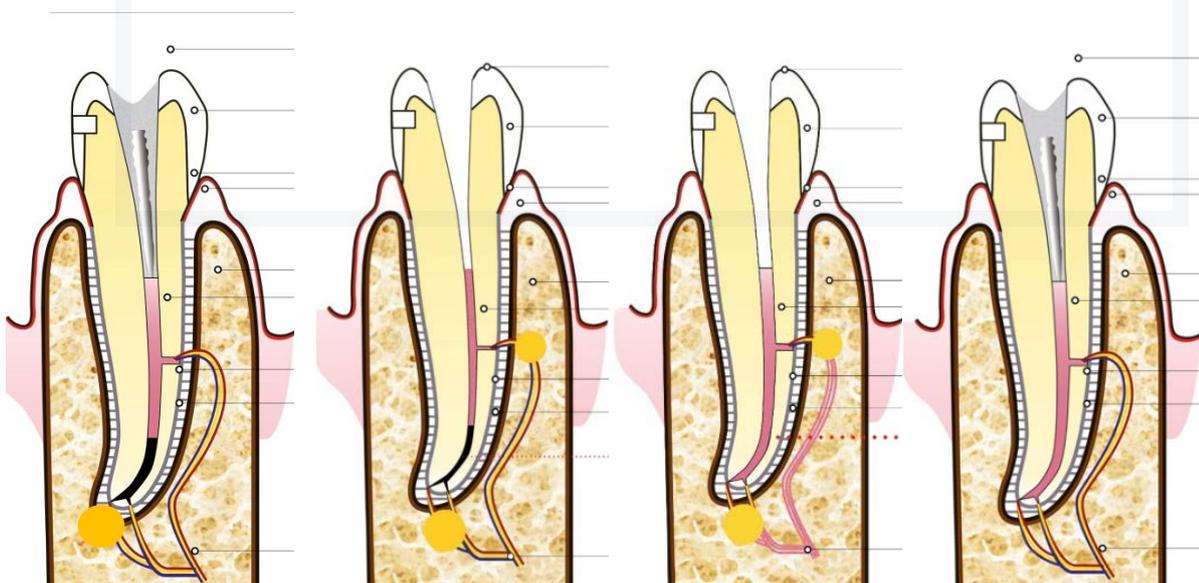
A sinistra: dente necrotico con due granulomi, uno all'apice e uno lateralmente, trattato normalmente (per via ortograde, cioè facendo una apertura nella corona del dente).

A destra: il canale è stato trattato correttamente, il canale alesato e ben deterso è stato riempito precisamente con la guttaperca (secondo una valutazione radiografica, e di un misuratore elettronico) e il granuloma è destinato in genere a riassorbirsi (le macchie gialle del disegno scompariranno!),

oppure

2) il ritrattamento canalare, sempre per via ortograde (nel caso che un primo trattamento non sia arrivato all'apice radicolare, non rimuovendo cioè tutto il materiale necrotico all'interno della radice, causa del granuloma o della ciste).

Si ritenta allora, sempre per via ortograde, di arrivare comunque all'apice del dente, rimuovendo prima con difficoltà il precedente materiale messo nel dente dal collega, poi gli ultimi millimetri contenenti materiale necrotico, causa del granuloma, cisti, ascesso, che non erano stati correttamente detersi nel precedente trattamento.



Rivediamo velocemente il Ritattamento (già illustrato nel precedente PDF1bis) nelle immagini qui sopra.

Da sinistra.

1) Il trattamento è **corto**.

2) la ricostruzione è stata rimossa e ora si può tentare di rimuovere la guttaperca del collega, per arrivare a ripulire la parte tossica (nero)

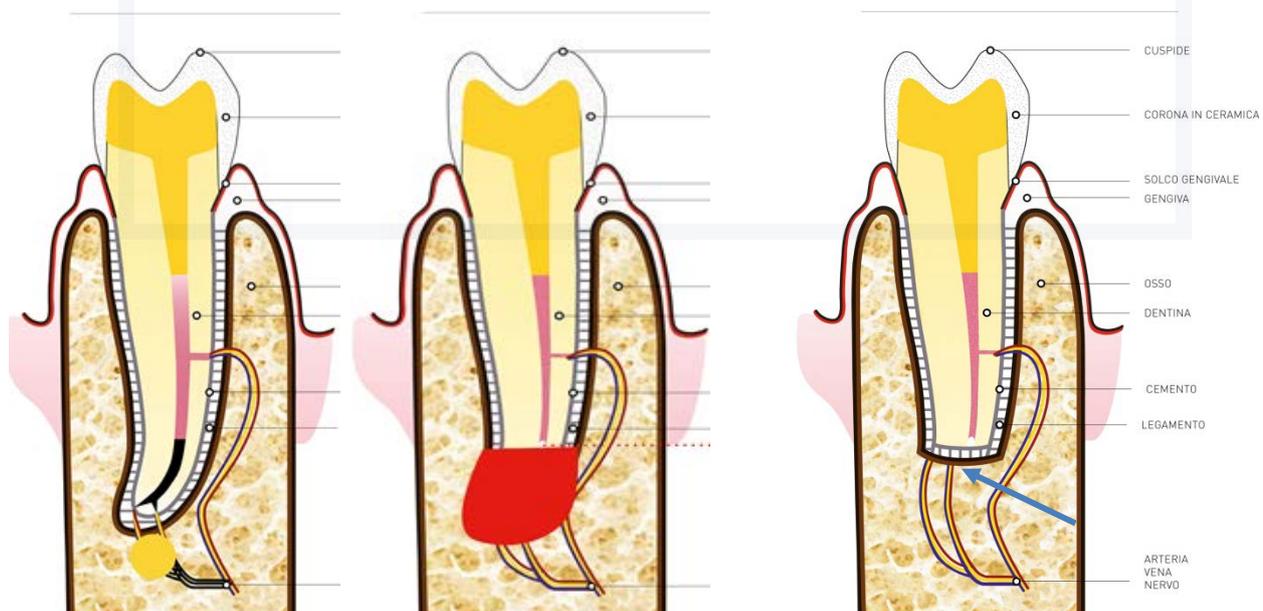
3) La parte finale è stata alesata pulita e riempita di nuova guttaperca: il ritattamento ha avuto il risultato auspicato.

4) Il dente è stato nuovamente ricostruito, e il **granuloma probabilmente guarirà** (è guarito nel disegno).

In caso però di **fallimento o non praticabilità** di un ritattamento, per tecnica inadeguata o impossibilità anatomica, **l'unica alternativa all' estrazione o alla rizectomia o all'implantologia è costituita dalla**

Endodonzia chirurgica,

denominata anche **APICECTOMIA**, per la rimozione del materiale infetto ancora contenuto all'interno dell'apice della radice e del granuloma, agendo chirurgicamente dal basso (dal lato dell'osso).



A sinistra: dente trattato incorrettamente, in quanto non tutta la polpa infetta è stata rimossa, e sono rimasti alcuni millimetri di materiale tossico, che hanno determinato la formazione del granuloma.

Il ritrattamento non è possibile, perché il dente è stato ricostruito con perno aureo e poi protesizzato per evitarne la frattura.

La loro rimozione per tentare un ritrattamento, implicherebbe di smontare corona e perno, il che potrebbe causare la frattura della radice e quindi l'estrazione.

Al centro: l'apicectomia è stata effettuata e l'apice della radice è stato rimosso lasciando uno spazio vuoto nell'osso riempito con sangue.

A destra: la parte restante di radice è stata otturata retrogradamente, la zona lasciata vuota dalla radice e dal granuloma rimosso, è stata riempita con nuovo tessuto osseo alla fine della guarigione.

Vantaggi della chirurgia endodontica.

1) **in una sola seduta**, di durata dai 30 minuti (**dente anteriore**) ai 90 minuti (**dente posteriore, con accesso difficoltoso**), la problematica è generalmente **risolta, con impegno economico ridotto**.

Va detto comunque che anche in questa soluzione **i risultati non possono essere garantiti**, e come sempre in medicina esistono **percentuali, anche se molto basse di insuccesso**.

2) La endodonzia chirurgica, **può consentire di salvare un ponte** nel caso si tratti di un **dente fondamentale per il suo supporto**.

Intervento.

Si esegue normalmente nell'ambulatorio odontoiatrico, normalmente attrezzato per interventi di piccola chirurgia.

- 1) dopo avere praticata una normale **anestesia locale**,
- 2) si effettua una piccola **incisione a livello della gengiva di 3 cm circa nel caso di un singolo dente**), per poi
- 3) praticare una **breccia ossea** (già presente in caso di fistola), e quindi
- 4) si arriva **all'apice della radice, la si seziona per asportarne circa i 3 millimetri, contenenti il materiale infetto**,
- 5) si **ripuliscono con alesatori ad ultrasuoni**, dalla zona della sezione della radice, **i pochi millimetri di canale infetto eventualmente residui onde ripulirli**,
- 5) si **ottura la parte residua** della radice utilizzando un materiale bioinerte (**sigillo retrogrado** per impedire la fuoriuscita di tossine batteriche eventualmente residuati all'interno del canale, nonostante la alesatura di cui sopra),
- 6) dopo aver **rimosso** oltre alla **porzione infetta di radice** anche **tessuto infiammato**,
- 7) si conclude applicando pochi punti di **sutura**.

Dopo l'intervento.

- 1) **Il paziente assumerà con precisione i farmaci prescritti.**
- 2) **applicherà impacchi di ghiaccio** e attuerà le normali cautele prescritte nel foglio delle istruzioni postoperatorie, (dormire con la testa sollevata, non praticare sciacqui, se si vuole però solo passivamente, per non mettere in tensione le suture, masticare cibi morbidi delicatamente per la stessa ragione).

Il disagio post-operatorio che il paziente può talora accusare è senza dubbio inferiore a quello che si verifica in seguito all'estrazione di un elemento dentale!

I lembi della ferita chirurgica infatti collabiscono velocemente per prima intenzione (sono cioè accosti essendo derivati da una incisione),

mentre dopo una estrazione di un dente, i lembi lontani vari millimetri, collabiranno **dopo settimane (seconda intenzione)**.

Nel giro di pochi giorni la situazione torna alla normalità e dopo la rimozione delle suture (7 giorni più o meno) il tutto è concluso, fatta salva la accortezza di masticare morbidamente per pochi giorni ancora, senza mettere in tensioni i lembi in corso di guarigione.

4-5 ore dopo l'intervento il paziente può ritornare alla propria attività lavorativa, se non impegnativa dal punto di vista fisico.

Il dente, se precedentemente **correttamente ricostruito dal punto di vista conservativo o protesico**, può avere una prognosi a distanza simile a quella degli altri denti dell'arcata.

L'apicectomia, con un po' più di difficoltà, si pratica anche sui denti molari!!!

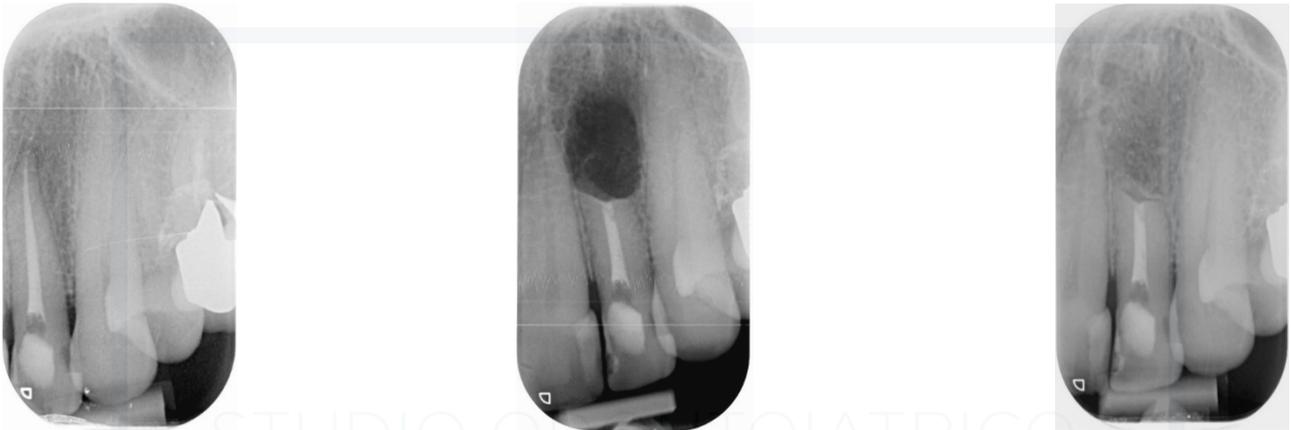
Spiegazioni delle radiografie prima di visionare i prossimi casi.

Nella **radiografia** preoperatoria si vedrà una **macchia nera** (cavità della lesione granulomatosa o cistica che è radiotrasparente, i pallini gialli degli schemi), **nella radiografia postoperatoria la macchia nera appare più grande** (la cavità chirurgica è ancor più radiotrasparente perché per accedere al granuloma si è creata una cavità nell'osso più grande del granuloma), nella **terza a distanza di 12 mesi si vede la che la macchia nera è in via di risoluzione o addirittura scomparsa**

(l'osso che è radioopaco e quindi grigio, guarendo ha riempito tutta la lesione).

Casi clinici di denti anteriori.

Caso 1. Dente incisivo laterale superiore.

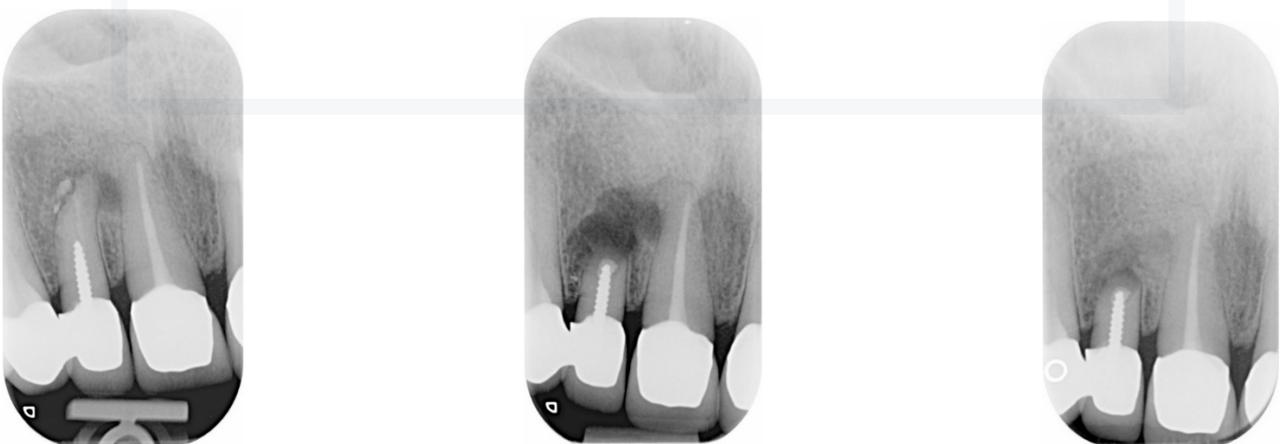


Radiografia a sinistra: prima dell'intervento (reso necessario dalla presenza di dolore, si vede un accenno di granuloma).

Radiografia al centro: la radio trasparenza nera è aumentata **dopo la chirurgia**.

Radiografia a destra: **dopo 12 mesi la guarigione è avvenuta**, l'osso ha pressoché riempito la cavità chirurgica.

Caso 2. Dente incisivo laterale superiore.



Radiografia a sinistra: il trattamento endodontico inadeguato spiega il dolore e il granuloma.

Radiografia al centro: dopo la chirurgia.

Radiografia a destra: dopo 12 mesi la guarigione è avanzata.

Casi clinici di denti posteriori.

Caso 3. Dente molare inferiore destro

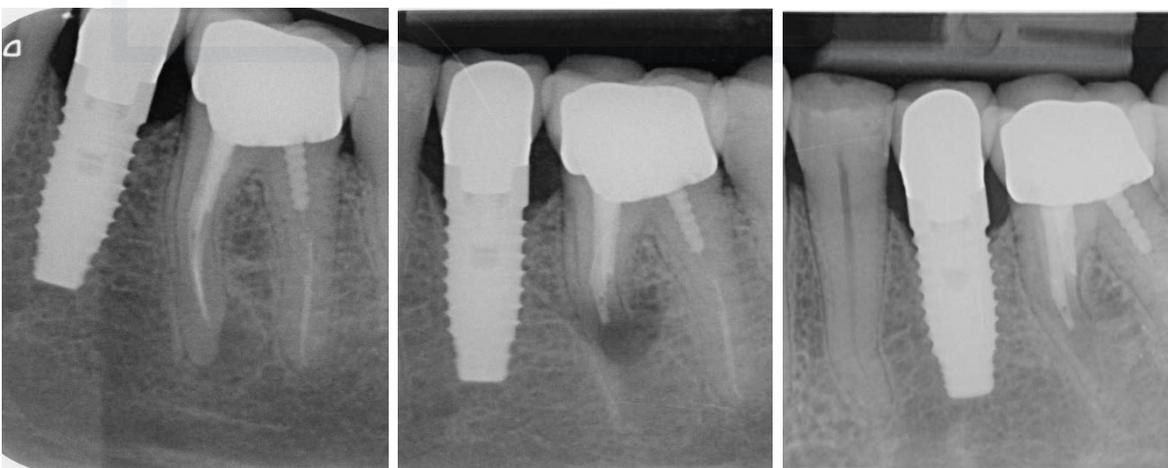


Radiografia a sinistra: prima della chirurgia, la cura inadeguata (corta della radice di destra, cioè mesiale), spiega il dolore.

Radiografia al centro: dopo la chirurgia.

Radiografia 3: guarigione dopo 2 anni (2017).

Caso 4. Dente premolare inferiore sinistro

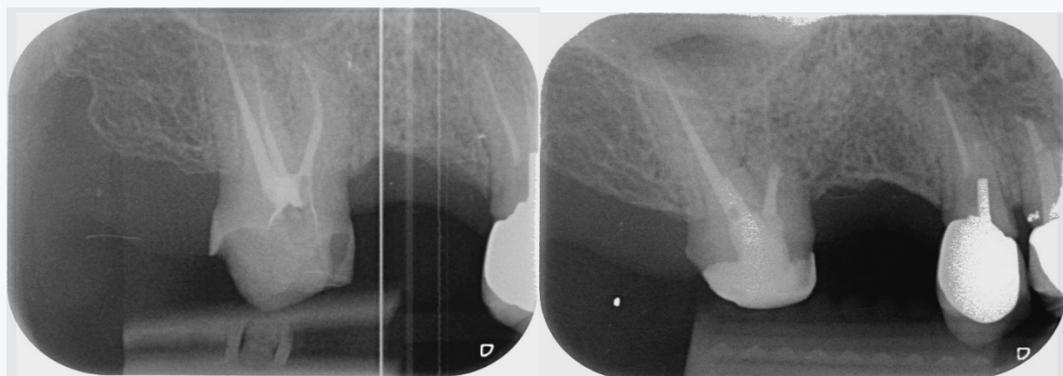


Radiografia a sinistra: prima della chirurgia, la cura inadeguata (corta della radice di sinistra, cioè mesiale del molare), spiega il dolore.

Radiografia al centro: dopo la chirurgia.

Radiografia a destra: guarigione 18 mesi dopo.

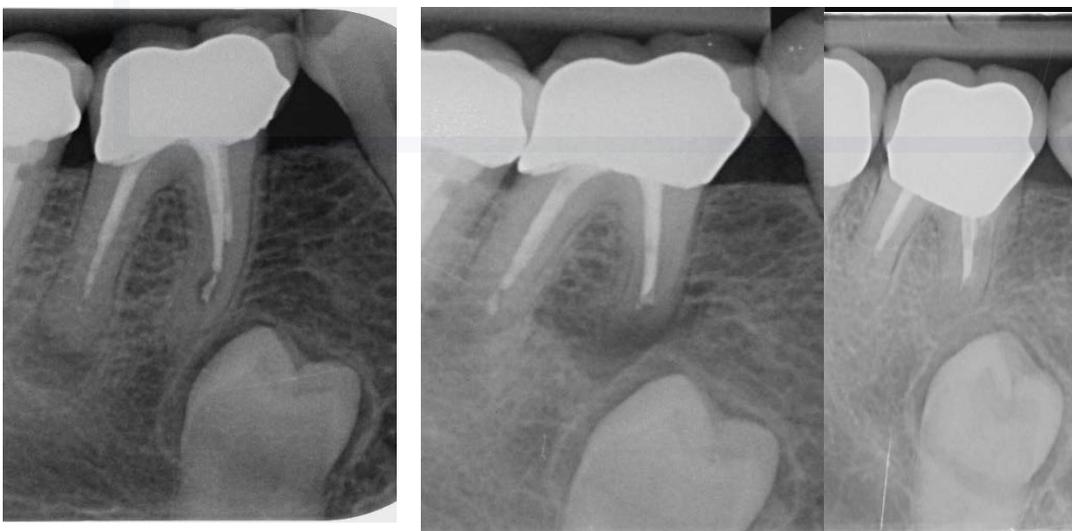
Caso 5. Dente molare superiore destro



Radiografia a sinistra: prima della chirurgia, la causa del dolore non è evidente ma sappiamo che dietro a questa radice abbiamo sempre un 4° canale nascosto, causa di questi problemi.

Radiografia a destra: 14 mesi dopo la chirurgia abbiamo la guarigione (infatti il grande vuoto nero postchirurgico, del quale manca purtroppo la radiografia, è stato riempito).

Caso 6. Dente molaretto di latte inferiore destro, persistente nell'adulto.

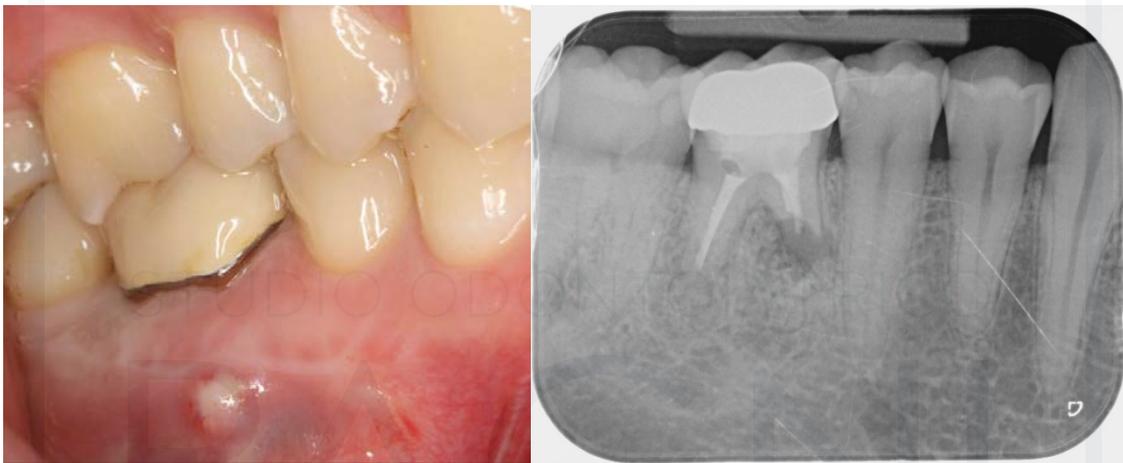


Radiografia 1: granulomi sulle due radici del molaretto di latte, rischio di infezione del dente incluso sottostante, con conseguente eventuale obbligo di estrazione dello stesso.

Radiografia 2: apicectomia.

Radiografia 3: guarigione.

Caso 7. Fallimento di un'apicectomia.



A sinistra: 6 anni dopo l'intervento di apicectomia, una radice ha recidivato (**vedi la fistola del molare**).

A destra: l'immagine radiografica del fallimento **dopo 6 anni** dalla apparente guarigione.



Dopo l'estrazione del molare si vede il **tragitto della fistola dalla infezione all'esterno**.

Caso 8. Dente molare superiore sinistro

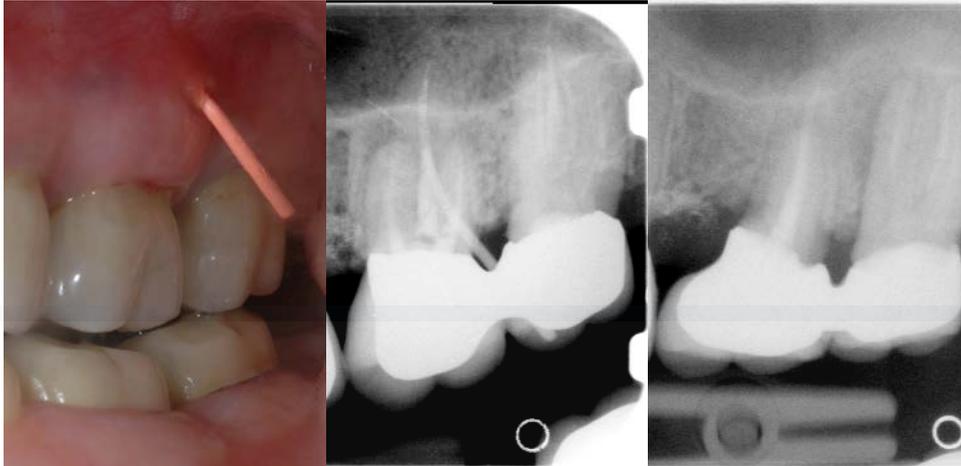


Foto 1: fistola. L' inserimento indolore di un cono di guttaperca al di dentro serve al chirurgo per capire da dove proviene l' infezione.

Radiografia 1: il cono indica da dove proviene l' infezione: le radici che si vedono a sinistra (le due mesiali).

Radiografia 2: è stata effettuata la rizectomia, cioè la estrazione della la radice malata, ma il resto del dente è salvato ed è bastato semplicemente di rifare la protesi. Occorrerà fare l' apicectomia al dente posteriore!

Spiegazione. Se una apicectomia non è possibile, o fallisce, esiste la possibilità della rimozione di tutta la radice, salvando comunque il dente: la rizectomia.

Il dente viene diviso fra radice sana che si mantiene e radice malata che si rimuove (con il suo contenuto infetto) e se questa non è fattibile, ci arrendiamo: l' estrazione e poi un impianto se l' osso residuo sarà sufficiente.

STUDIO ODONTOIATRICO
PAGNI