

Endodonzia

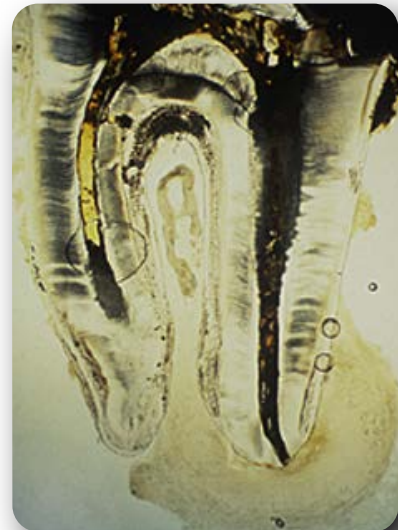


Dal problema
alla risoluzione

Problemi endodontici

Cisti e granulomi: cosa sono?

Granulomi o cisti sono lesioni benigne che sono conseguenza della infezione da parte dei batteri del sistema dei canali interni del dente (sistema endodontico). Queste strutture vengono spesso identificate con "il problema", ma in realtà sono le difese che il nostro organismo mette in atto per limitare l'area di infezione. Il vero problema sono i batteri: una volta che il loro numero sarà ridotto da un corretto trattamento e l'organismo non avrà più bisogno di difendersi, il granuloma verrà riassorbito e i tessuti guariranno.



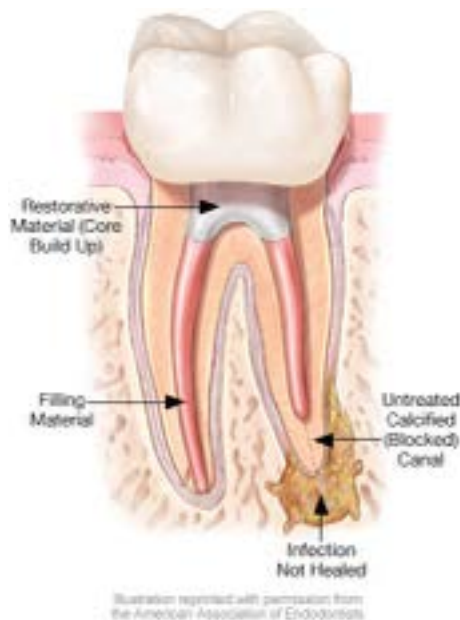
Cisti e granulomi sono la stessa cosa?

I granulomi e le cisti di origine endodontica sono risposte diverse che l'organismo dà per difendersi dall'infezione batterica. Mentre il granuloma ha contenuto solido e solo nel 40% dei casi è circondato da una capsula fibrosa, la cisti è sempre circoscritta da una capsula e ha sempre contenuto liquido. Le cisti tendono a diventare più grandi rispetto al granuloma. Sono solo aspetti istologicamente

diversi della stessa malattia e, in entrambi i casi, possono risolversi con una corretta terapia.

Perché si formano?

I granulomi e le cisti si formano attorno alle radici di denti che sono stati invasi dai batteri. Questi possono essere arrivati al nervo per



una carie, oppure trasportati durante una devitalizzazione non accurata. A volte i batteri si moltiplicano nelle parti di canali non trattate correttamente in una prima devitalizzazione, oppure in canali "dimenticati" in un primo trattamento. I batteri si moltiplicano all'interno dei canali e tendono ad uscire attraverso i vari forami, collocati solitamente nella punta della radice (detta "apice") o più di rado in altre zone della radice stessa, attraverso i "canali laterali". A volte i batteri colonizzano la

superficie esterna della radice o la lesione stessa.

Come si individuano?

Il granuloma o la cisti spesso sono privi di sintomi e vengono individuati casualmente attraverso un esame radiologico di routine. Spesso, tuttavia, è presente nella storia clinica del paziente un periodo di dolore intenso, o un ascesso. Talvolta è presente una fistola dalla quale si assiste, periodicamente, all'uscita di pus. A volte il sintomo che porta il paziente dal dentista è il dolore quando mastica e talvolta non è possibile comprenderne le cause con una comune radiografia

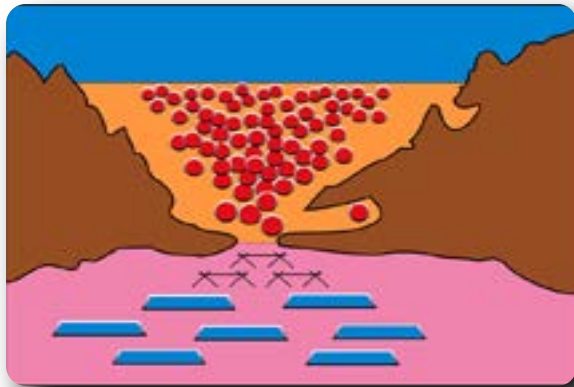
endorale, la cosiddetta "lastrina" o con una "panoramica". Circa il 50% dei granulomi, infatti, non possono essere rilevati con questo sistema, mentre un terzo di loro non è rilevabile con una "lastrina". La moderna radiologia tridimensionale (CBCT) garantisce invece la rilevazione di tutte le lesioni attorno alla radice. Come si può vedere dalle immagini sotto, a sinistra una "lastrina" mostra una situazione assolutamente normale, mentre l'immagine tratta dalla visione tridimensionale mostra un granuloma di quasi 1 cm a carico dell'apice dell'incisivo centrale (freccette)



Come si curano?

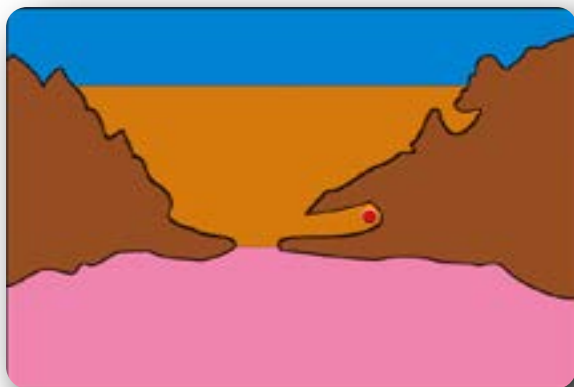
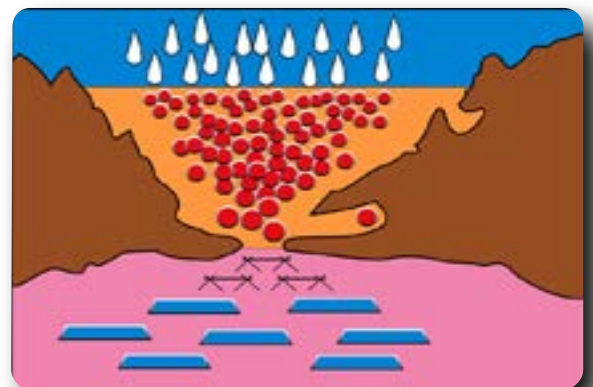
Come abbiamo già detto, il problema non è il granuloma o la cisti ma la presenza di una grande quantità di batteri che hanno invaso i sistemi canalari. Se riusciremo a individuare tutti i canali, detergerli

fino all'apice e sigillarli con materiali idonei, questa operazione sarà sovente sufficiente a risolvere il problema.



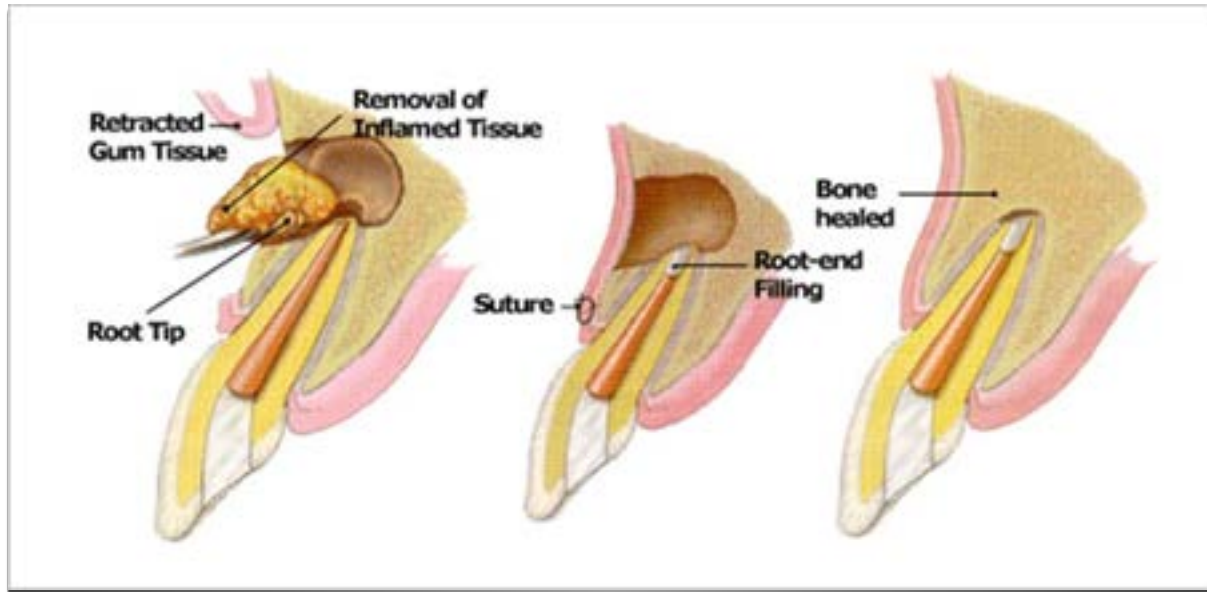
Il granuloma (in basso) difende l'organismo dagli attacchi dei batteri (puntini rossi). Le difese dell'organismo non possono raggiungere i batteri all'interno del dente, mentre questi possono moltiplicarsi e causare ascessi

La terapia endodontica (devitalizzazione o ritrattamento) deve rimuovere i batteri da tutti i canali, sagomando i canali fino alla fine e utilizzando opportuni irriganti per uccidere la maggior parte dei batteri.



Il canale deterso e sagomato fino al termine deve essere otturato con opportuni materiali (cemento e guttaperca a caldo) e questo permette all'organismo di guarire. Col tempo il granuloma si riassorbe, l'osso ed il legamento si riformano. I batteri rimasti saranno bloccati nell'otturazione (se ben fatta) e resi innocui.

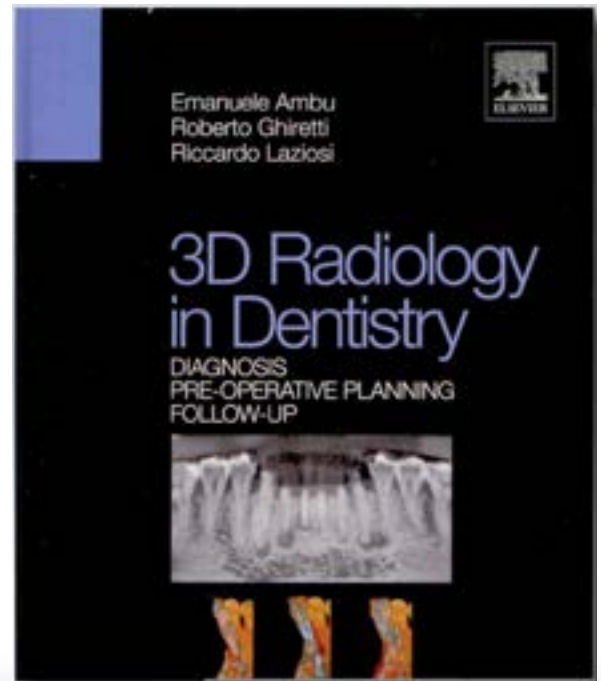
Nei casi in cui questa terapia non sia sufficiente per risolvere il problema, il trattamento chirurgico (apicectomia con otturazione retrograda) permetterà di portare la percentuale di guarigione molto vicina al 100%.



Ho male quando mastico, ma nessun dentista capisce il perché.

Come abbiamo detto, il granuloma o la cisti sono spesso asintomatici, ma possono rivelarsi con dolore alla masticazione, senso di pesantezza durante i movimenti, senso di pressione in aereo o durante alcune attività sportive, come l'attività subacquea. Come abbiamo già accennato, nel 35% dei casi una normale indagine radiografica condotta con le tradizionali lastre non permette di "vedere" il granuloma. Questo si verifica per diversi motivi, che vanno dallo spessore dell'osso che circonda il granuloma, o per la presenza di strutture che "coprono" la lesione. Una visita clinica accurata, in questi casi, può far sospettare la lesione, ma solo un accertamento radiologico "di secondo livello" come un esame tridimensionale CBCT

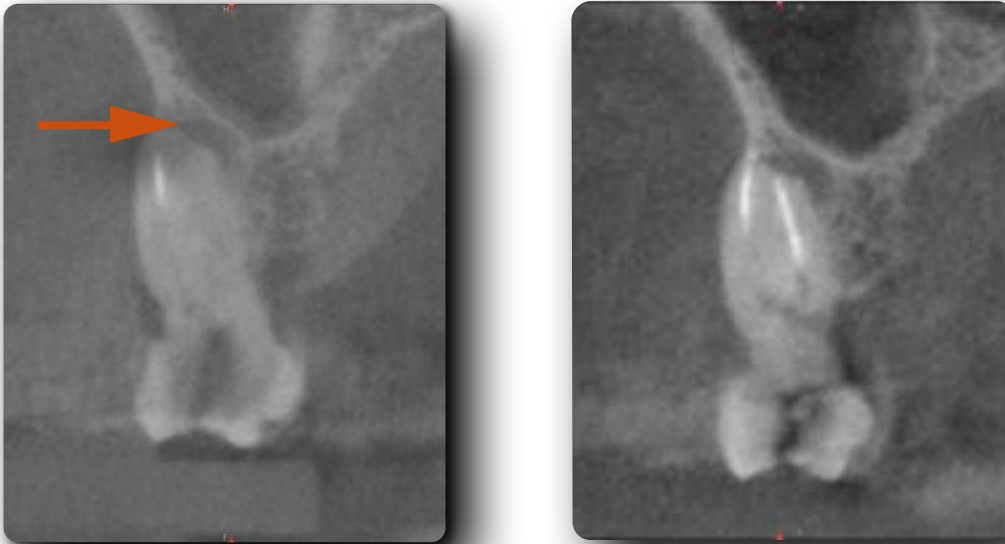
permette di rilevare il granuloma. Un altro caso è rappresentato dalla frattura verticale di radice, che non può essere individuata inizialmente con una semplice lastrina e può essere diagnosticata precocemente solo utilizzando la CBCT. Il nostro studio è stato uno dei primi in Italia ad utilizzare questa tecnologia che ci ha permesso di pubblicare i nostri risultati con un libro uscito in lingua Inglese nel 2013 e in lingua spagnola nel 2014.



Ho un canale “in più”?

No, hai il numero “giusto” di canali, ma non sono stati trattati tutti. I denti non hanno un numero predefinito di canali, ma presentano molte “varianti anatomiche”. Ogni dente ha una propria anatomia e il Dentista la deve comprendere appieno, prima di iniziare un trattamento. In caso contrario il canale “dimenticato” diventerà un serbatoio dell’infezione. Un caso a parte riguarda le radici mesio-vestibolari dei molari superiori: il primo molare presenta 2 canali in questa radice in una percentuale prossima al 100%, mentre nel secondo molare il cosiddetto “4° canale” è presente nel 40% dei casi. Se non viene trattato può essere causa del fallimento della terapia endodontica e responsabile della comparsa del granuloma. Questo canale raramente viene rinvenuto dai Dentisti durante una terapia endodontica. Perché? Spesso è nascosto da calcificazioni, soprattutto dopo i 40 anni, e risulta difficile da individuare e da trattare. Per questo risulta più facile il trattamento se si usano mezzi diagnostici come la

radiologia tridimensionale e mezzi ingrandenti come il microscopio operatorio. L'esperienza dell'Operatore, poi, è l'ingrediente fondamentale per rinvenire e trattare il sistema canalare "dimenticato" e causa del problema.



A sinistra possiamo osservare la radice mesio-vestibolare di questo primo molare superiore nel quale è stato trattato un solo canale. E' evidente la presenza di un'area scura sopra l'apice (un granuloma, freccia). Durante il ritrattamento, grazie al microscopio operatorio e agli ultrasuoni, il secondo canale viene rinvenuto sotto diversi millimetri di calcificazioni, tale canale è presente nella quasi totalità dei casi in questo dente. Come si può notare è simmetrico al granuloma. Ora il Paziente può guarire!

Sono anni che soffro di sinusite. Possono essere i denti i responsabili?

Sì, le infezioni dei denti e del loro tessuto di sostegno possono essere causa di sinusite, che viene detta per questo motivo "odontogena" (ovvero "nata dai denti"). Fino a qualche anno fa veniva considerata una evenienza abbastanza rara, ma oggi l'introduzione della diagnosi radiologica tridimensionale (una Tomografia Computerizzata a basso dosaggio) ha radicalmente cambiato le

convinzioni. Alcuni articoli ritengono che i denti siano responsabili delle sinusiti addirittura nell'85% dei casi. Tuttavia, molti pazienti hanno subito interventi del seno mascellare (spesso la FESS) senza ottenere alcuna guarigione, anzi spesso subendo un peggioramento. Questo perché eliminare la lesione, in una patologia dentale, non è risolutivo! Prima si devono eliminare le cause. E' il motivo per cui di solito una devitalizzazione o un ritrattamento ben condotto sono in grado di risolvere la sinusite. Talvolta, più di rado, può essere necessaria un'apicectomia con otturazione retrograda, un intervento di routine anche se condotto all'interno del seno mascellare per la nostra equipe chirurgica, composta da un Chirurgo Endodontista ed un Chirurgo Maxillo-Facciale.



Questa Paziente soffriva di forti dolori alla parte destra del viso, dolori che venivano trattati con medicinali anti-epilettici molto forti e debilitanti. Si possono notare granulomi (freccia rossa) e un'inflammazione del seno mascellare (freccia gialla). La devitalizzazione del primo molare e il ritrattamento del secondo molare hanno consentito la guarigione dei granulomi e la scomparsa dell'inflammazione del seno (sinusite odontogena).

La scomparsa dei sintomi è avvenuta dopo pochi giorni dalla fine del ritrattamento del secondo molare ed in entrambi i denti sono stati reperiti quattro canali, grazie all'uso del microscopio operatorio e della diagnosi tridimensionale effettuata con apparecchi CBCT per la radiologia tridimensionale.

Guarirò?

La prima valutazione da fare, quando si prende in esame il trattamento di un dente con un granuloma, è l'analisi della struttura residua del dente e del suo "tessuto di sostegno". Se il dente si muove perché gli manca l'osso o se comunque non si potrà ricostruire dopo averlo devitalizzato, la soluzione migliore da adottare è l'estrazione e la sua sostituzione con un ponte o, meglio ancora, con una protesi su impianto. Ma se il dente ha una buona stabilità ed è ricostruibile, sicuramente vale la pena di "salvarlo". Un dente naturale non potrà mai essere sostituito altrettanto validamente da un impianto e, come diceva Branemark, "l'inventore" della Moderna Implantologia, "un impianto non sostituisce un dente, sostituisce un dente mancante". Quindi se il dente si può recuperare DEVE essere recuperato! Estrarre un dente perché ha un granuloma è un errore perché il dente va salvato se può essere ricostruito e se non ha problemi ormai non trattabili del suo tessuto di sostegno. Nessun impianto potrà mai valere quanto il proprio dente naturale.

Cos'è la DIGA DI GOMMA?

Ogni Chirurgo sa che la preparazione di un buon "campo operatorio" è la prima cosa da fare per poter curare al meglio il proprio Paziente. Anche in Endodonzia esiste un campo operatorio che deve essere preparato accuratamente e si ottiene facilmente in un paio di minuti utilizzando la Diga di Gomma. Molti dei Pazienti che vengono nel mio studio per risolvere i loro problemi endodontici non l'hanno mai vista. Eppure nel 2015 abbiamo festeggiato i 150 anni dalla sua invenzione e oggi l'uso della diga di gomma è entrato come obbligatorio nelle Linee Guida che le Società Scientifiche hanno

messo a punto per fissare i parametri di una terapia odontoiatrica corretta. Possiamo dire dunque che senza la diga di gomma, e l'isolamento dai batteri che essa garantisce, nessuna terapia endodontica può definirsi corretta. E che una buona terapia endodontica ha inizio con il montaggio della diga di gomma!

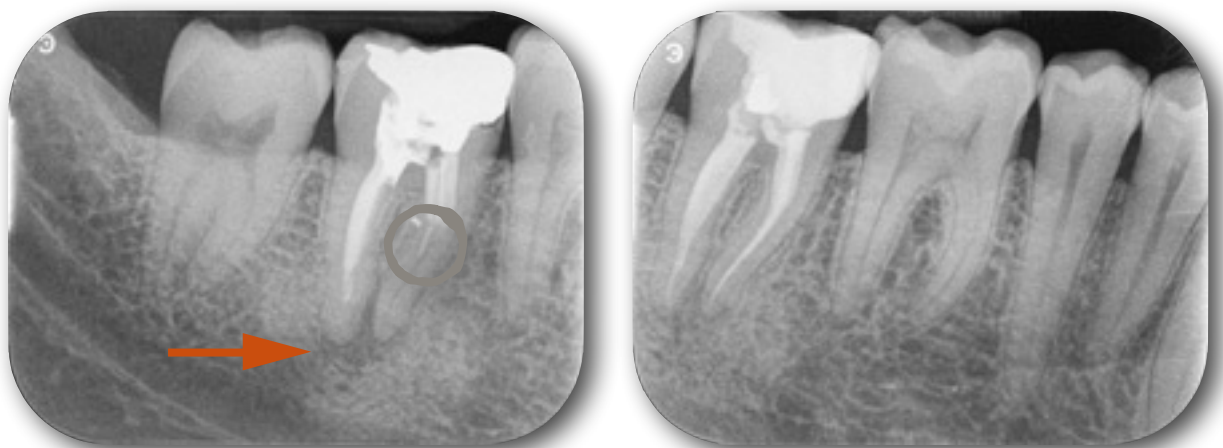


Questa foto del 1900 è stata scattata a Chicago, nella School of Dentistry dell'Università dell'Illinois. Tutti i Pazienti hanno la diga di gomma montata!

Ho uno strumento rotto dentro la radice! Cosa mi può succedere?

La rottura di uno strumento all'interno di una radice è una complicanza tutt'altro che rara, che è capitata almeno una volta nella vita ad ogni Endodontista, tanto che si dice che "chi non ha mai rotto uno strumento non ha mai fatto endodonzia"! Pur essendo una complicanza, quasi mai riconosciuta come errore professionale, non è

infrequente che il dentista a cui capita questo problema "si dimentichi" di comunicarlo al Paziente. Così capita che arrivino al nostro studio pazienti turbati e spaventati dopo aver scoperto che da anni il loro dente "ospita" un pezzetto di acciaio o di Nichel Titanio. In realtà lo strumento rotto è un problema solo perché impedisce al Dentista di pulire interamente il canale e di sigillarlo, prevenendo così la comparsa di infezioni e di granulomi. Se dunque sarà possibile "passargli a fianco" durante un ritrattamento o se sarà possibile arrivare al termine della radice passando da un altro canale (situazione molto frequente perché spesso i due canali hanno un tratto terminale in comune), lo strumento rotto sarà un "non problema": i canali saranno ripuliti superando lo strumento e questo verrà inglobato nell'otturazione senza creare alcun problema. Solo in alcuni casi queste manovre non saranno possibili e si dovrà dunque rimuovere lo strumento o addirittura eliminarlo per via chirurgica. Mentre è possibile superare lo strumento senza grandi difficoltà, la sua rimozione richiede l'opera di un Endodontista esperto e dotato degli opportuni strumenti, come microscopio operatorio e ultrasuoni. Tentare una rimozione dello strumento senza questi mezzi porta sovente al fallimento della manovra e alla possibilità di creare altri problemi come una perforazione della radice.



Questo Paziente arriva nel nostro studio dopo aver avuto un ascesso e aver scoperto di avere uno strumento rotto nei canali della radice mesiale (cerchio). Questo ha impedito la pulizia dei canali e quindi si è formato un granuloma (freccia). Sei mesi dopo il nostro ritrattamento, dove lo strumento è stato superato ed i canali trattati correttamente, possiamo apprezzare la completa scomparsa dell'area scura del granuloma e la completa guarigione dell'osso

Ho un granuloma. Chi mi può curare al meglio?

Tutti gli Odontoiatri e i Medici Dentisti dovrebbero essere in grado di eseguire correttamente una devitalizzazione di un dente o di eseguire un secondo trattamento, detto ritrattamento. Purtroppo non sempre questo è vero e molto spesso ci troviamo di fronte a trattamenti mal eseguiti. Gli errori più comuni sono devitalizzazioni "corte", ovvero con parti del canale non pulite e non otturate, oppure canali "dimenticati". Alcuni studi hanno dimostrato che ogni mm di canale non trattato produce la formazione di un granuloma nel 14% dei pazienti. Questo vuol dire che una devitalizzazione che si ferma a tre mm dal termine della radice ha una probabilità di essere causa di un problema nel 42% dei casi! Immaginatevi quali problemi possono produrre interi canali "dimenticati". A questi errori più comuni si aggiungono altri, più rari ma più difficili da risolvere, come perforazioni delle radici, rotture di strumenti nei canali e così via. Alcune situazioni, come ad esempio le calcificazioni, sono talvolta veramente complesse da risolvere e richiedono l'intervento di Clinici molto preparati. Dunque non tutti i Dentisti sono uguali: esiste una branca specialistica che tratta questo genere di problema, l'Endodonzia. Gli Odontoiatri esperti in questa specializzazione sono definiti Endodontisti.

Chi sono gli Endodontisti e come li posso trovare?

L'Italia è sicuramente uno dei Paesi che può vantare alcuni tra i migliori Endodontisti al mondo, anche se non esiste nel nostro Paese una Scuola di Specialità in Endodonzia, e dunque non ci sono "Specialisti in Endodonzia" formati in Italia. Un giovane Odontoiatra che voglia approfondire la sua preparazione in questa materia lo può fare sia frequentando Master Universitari sia prendendo parte a Corsi



Privati, alcuni di lunga durata e di grande valore scientifico. Inoltre esistono in Italia ed in Europa Associazioni Scientifiche che hanno come scopo la diffusione e lo sviluppo di questa materia, e che

organizzano con grande assiduità Congressi e Corsi di Aggiornamento. In Europa abbiamo la European Society of Endodontology (ESE), mentre in Italia abbiamo ben due Associazioni molto prestigiose, la Società Italiana di Endodonzia (SIE) e l'Accademia Italiana di Endodonzia (AIE). E' sufficiente iscriversi a queste Società per farne parte; ma chi vuole una sorta di "certificazione di qualità"

deve sottoporsi al training per diventare Socio Attivo. Solo questi Soci hanno, ad esempio, diritto di voto e di accedere alle Cariche Societarie. Diventare Socio Attivo significa sottoporsi ad un esame di



valutazione, di solito decisamente severo, dove una commissione di esperti appositamente costituita valuta la qualità dei trattamenti che vengono presentati dal Candidato attraverso diversi parametri. Molto spesso un Candidato, prima di diventare Socio Attivo, accede alla Carica di Socio Aggregato, certificando così di avere intrapreso un

cammino di qualità nella pratica dell'Endodonzia. Dunque ci sono almeno tre livelli che "certificano" gli Iscritti a queste Società: Socio Ordinario (che è in regola con le quote d'iscrizione), Socio Aggregato (che ha presentato con successo alcuni casi clinici), Socio Attivo (che ha terminato la sua selezione con successo). Dunque, se si cerca un Endodontista "certificato" si può accedere ai siti web delle due Associazioni (www.endodonzia.it per la SIE e www.accademiaitalianaendodonzia.it per l'AIE) e ricercare nelle liste dei Soci i recapiti dei Soci più vicini. Il Dottor Ambu è Socio Attivo della Società Italiana di Endodonzia, Socio Attivo dell'Accademia Italiana di Endodonzia e "Certified Member" della European Society of Endodontology (titolo che designa gli odontoiatri che hanno superato la selezione clinica nella Società Europea).



E' sufficiente essere un Endodontista "Certificato"??

Sicuramente è molto, ma non è tutto. La correttezza della terapia endodontica è fatta, talvolta, di gesti semplici. Come ad esempio montare una diga di gomma. Tuttavia più è complesso il caso più l'Endodontista avrà bisogno di strumenti raffinati per risolverlo. Il dente è molto piccolo, ed il suo interno "molto buio". Usare sistemi ingrandenti, come lenti e caschetti, seppure dotati di dispositivi di illuminazione è il minimo per affrontare casi complessi, anche se quasi sempre è necessario un microscopio operatorio per risolvere i casi più difficili. Oltre a questi dispositivi, avere una CBCT che acquisisce immagini radiografiche nei diversi piani dello spazio, sicuramente permette di formulare diagnosi migliori e guida il Clinico nella

risoluzione dei problemi clinici. Oggi si fa sempre più strada l'idea di un trattamento endodontico ove si utilizzano in modo integrato Microscopia e Radiologia tridimensionale. Insomma, un Endodontista oggi deve essere clinicamente preparato, sempre aggiornato e con a disposizione tutti i mezzi più avanzati che gli permettano di gestire al meglio la soluzione clinica del caso che gli viene proposto.



Curriculum Vitae del Dottor Emanuele Ambu

Nasce a Bologna il 7 Aprile 1962

Sposato con Roberta nel 1989, ha due figlie, Martina (nata nel 1991) e Laura (nata nel 1994)

Si Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Ateneo di Bologna nel 1989 con la votazione di 105/110 e si perfeziona in Endodonzia presso l'Università di Firenze nel 1998. Precedentemente ha

seguito diversi corsi privati, come il Corso Annuale del Dottor Arnaldo Castellucci (1993) e altri corsi più brevi (Corso di Chirurgia Endodontica del Dr. Cliff Ruddle, Corso del Dottor S. Buchanan)

Ottiene dapprima l'insegnamento di Endodonzia e poi quello di Endodonzia nel Corso di Laurea di Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università di Modena- Reggio Emilia, dove sarà Professore Supplente dal 2002 al 2011. Negli anni 2004-2005 è Responsabile presso questo Ateneo del Corso di Perfezionamento in Endodonzia. Insegna per tre anni al Master di Endodonzia dell'Università di Bologna Alma Mater Studiorum. Attualmente è Docente dal 2012 al Master di Endodonzia dell'Università di Cagliari (Prof.ssa Elisabetta Cotti) e al Master di Endodonzia della Tuscan School of Dental Medicine (Università di Siena), dove ricopre dal 2015 anche l'incarico di Professore a Contratto presso il CLSOPD.



Socio Attivo della Società Italiana di Endodonzia dal 1999, Active Member (attualmente Certified Member) dal 2001, è Socio Attivo dell'Accademia Italiana di Endodonzia dal 2013 e attualmente ne è membro della Commissione Culturale

Ha pubblicato più di 20 articoli Scientifici in riviste Italiane (Giornale Italiano di Endodonzia, Dental Cadmos, Dentista Moderno) ed Internazionale (Journal of Endodontics, Indian Journal of Dental Research, New Microbiologica), alcuni CD-Rom (il suo "Manuale illustrato di Endodonzia" - Ritram, è stato finalista come miglior CD-Rom scientifico al Premio Moebius a Lugano nel 2000) e libri ad argomento endodontico e di radiologia 3D (Manuale di Endodonzia - Masson Milano 2003, 3D Radiology in Dentistry - Elsevier 2013, pubblicato sia in Inglese sia in Spagnolo).

Relatore Nazionale ed Internazionale dal 1996, esercita la libera Professione, in associazione con la Dottoressa Maria Lori Piccinini presso il suo studio di Bologna, limitando la pratica clinica all'Endodonzia e alla Chirurgia in Microscopia



Studio Associato Ambu - Piccinini

Via Marconi 16 Bologna

Telefono 051-5878002

Cellulare

Sito Internet: www.ambupiccininidentistiassociati.it

Appuntamenti e informazioni: robby@studioapr.it