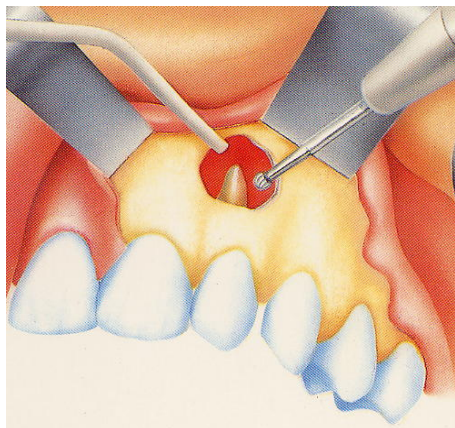




Apicectomia

Il termine vuol dire “asportazione della punta della radice” di un dente. In fondo all’articolo riporto la definizione di alcuni termini tecnici (in azzurro nel testo) che possono essere di difficile comprensione



E’ un intervento di seconda scelta che si esegue quando compare una infezione acuta (**ascesso**) o cronica (**granuloma**) di un dente.

Di prima scelta è sempre il trattamento o il ritrattamento endodontico del dente.

Indicazioni.

In alcuni casi però non è possibile eseguire il ritrattamento del canale infetto a causa di ostacoli presenti all’interno del canale quali **perni** o frammenti di **strumenti endodontici** (per fortuna sempre più rari grazie ad un miglioramento delle caratteristiche meccaniche degli stessi). Oppure per la presenza di **false strade** o **calcificazioni** che impediscono il raggiungimento degli apici infetti. In alcuni casi si è visto che la colonizzazione batterica è situata subito al di fuori dell’**apice** del dente e quindi non è raggiungibile dalle normali tecniche endodontiche.

In questi casi le soluzioni sono due: o si procede all’estrazione del dente oppure si prova ad estrarre solo la parte della radice sede della colonizzazione batterica.

L’intervento è eseguibile su tutti i denti. I denti anteriori sono più facilmente visibili mentre i denti posteriori possono presentare delle difficoltà operative che rendono più basso il tasso di successo dell’intervento. I denti del giudizio conviene estrarli ma a volte anche i settimi possono presentare delle difficoltà che rendono non conveniente l’intervento. Ci sono inoltre dei denti con delle radici corte che non consentono l’intervento perché una ulteriore riduzione della lunghezza della stessa porta all’estrazione. Stesso discorso per i denti che presentano lesioni parodontali tali da ridurre la stabilità del dente.

Indicazioni preoperatorie.

Come in tutti gli interventi chirurgici intraorali è opportuno fare degli sciacqui con del collutorio disinfettante per ridurre la popolazione batterica intraorale. Agendo su una lesione infetta è opportuno prendere un’ora prima dell’intervento una capsula di antibiotici che verranno poi presi anche nei giorni successivi ad un dosaggio che varia in base all’antibiotico preso.

Utile anche l’assunzione di un antinfiammatorio per ridurre gli effetti dell’infiammazione e del dolore post-operatorio.

Un esempio di ricetta può essere la seguente:

R) Amoxicillina + acido clavulanico cpr o bustine da 1 gr.

S) prendere due cpr un’ora prima dell’intervento e poi 1 cpr ogni otto ore per tre giorni.

R) Ibuprofene 600 mg bustine

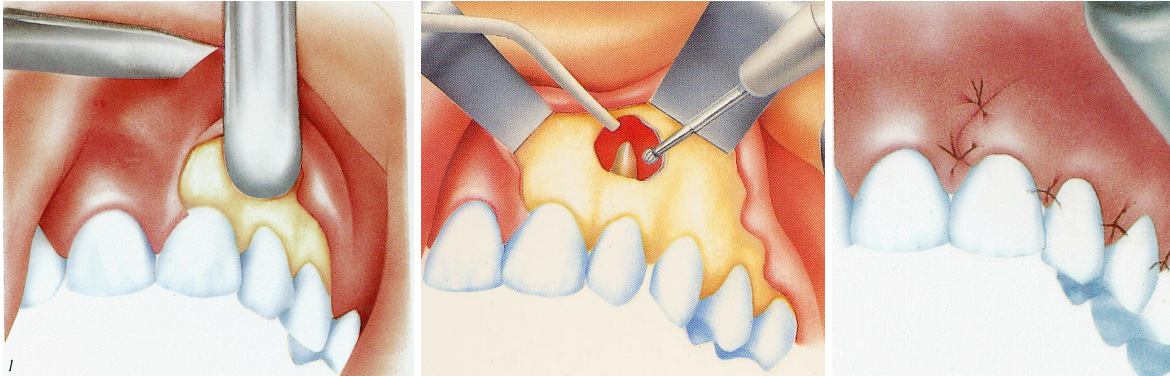
S) 1 bustina un’ora prima dell’intervento e una la sera. Se necessario continuare con 1 bustina ogni dodici ore per tre giorni.

R) Clorexidina collutorio 0,20%

S) fare uno sciacquo una ora prima dell'intervento e poi continuare con tre sciacqui al giorno per quindici giorni. Ogni sciacquo deve durare almeno un minuto.

Intervento.

Viene eseguita una anestesia locale ed in seguito si procede ad eseguire un lembo gengivale a tutto spessore evidenziando l'osso sottostante.



Individuata la posizione dell'apice si crea un breccia nello spessore dell'osso e si evidenzia l'apice del dente. Quindi con una fresa si taglia la radice asportando l'apice. Con delle lime ad ultrasuoni si allarga il canale radicolare e lo si tappa con dei cementi appositi. Infine si riposiziona il lembo nella sua posizione originaria fissandoli con dei punti che, se non in materiale riassorbibile, verranno tolti cinque – sette giorni dopo.

Post operatorio.

Dopo l'intervento è consigliabile tenere sulla parte lesa una borsa del ghiaccio utile a ridurre il gonfiore legato al trauma operatorio.

Bisogna inoltre continuare a prendere i farmaci già assunti prima dell'intervento alle dosi ed agli orari riportati nella ricetta.

Finché è presente l'effetto dell'anestesia bisogna stare attenti ad assumere i cibi che devono essere morbidi e a temperatura ambiente. Questo per il pericolo di mordersi e scottarsi. (vedi l'articolo sulle complicanze da anestesia) Ma anche nei giorni successivi bisogna stare attenti a mangiare per la presenza della ferita che di norma impiega una quindicina di giorni a guarire.

Importante anche non tirare il labbro per vedere la ferita perché si mette in trazione il lembo con ritardo della guarigione e possibilità di staccare i punti.

Lo spazzolamento dei denti non interessati dall'intervento può essere eseguito normalmente, mentre quelli interessati dal lembo gengivale devono essere tenuti disinfettati e puliti con degli sciacqui, non energici per il rischio di staccare il lembo, con collutorio disinfettante. Solo a guarigione ottenuta (dopo circa una quindicina di giorni) e possibile pulirli normalmente.

Complicanze

La complicanza principale è il fallimento della terapia che purtroppo avviene in una piccola percentuale dei casi.

Ci può essere inoltre dolore e gonfiore aumentato rispetto alla norma, sanguinamento gengivale, difficoltà a masticare. Tutti problemi in genere risolvibili con il tempo e con i farmaci prescritti tranne il primo che comporta l'estrazione del dente.

Controllo.

Dopo sei mesi od un anno è opportuno fare una lastra di controllo per valutare la guarigione della lesione anche se in alcuni casi può rimanere una **radiotrasparenza** legata ad una alterata guarigione dell'osso. In genere avviene se vengono interessate entrambe le **corticali ossee** (ad esempio in caso di rimozione di grosse cisti). Si crea così un tunnel che viene riempito da **tessuto cicatriziale** che rimane radiotrasparente. La sparizione della sintomatologia o la riduzione della lesione sono comunque già delle indicazioni anche se non definitive di un successo della terapia.

Glossario

Ascesso: i batteri presenti all'interno del dente riescono a prevalere sulle difese dell'organismo e passando attraverso il forame apicale invadono l'osso ed i tessuti circostanti provocando dolore, rossore, edema, aumento della temperatura e riduzione della funzione. I classici segni dell'infiammazione.

Granuloma: I batteri contenuti all'interno del dente vengono bloccati da un tessuto di difesa detto tessuto di granulazione. Qui i batteri che fuoriescono vengono distrutti dalle cellule di difesa del nostro organismo. Questa situazione può protrarsi anche per anni e può essere asintomatica. Se il tessuto di difesa non riesce a contenere i batteri da infezione cronica questa si trasforma in acuta dando origine all'ascesso. Al contrario se vengono eliminati tutti i batteri il tessuto di granulazione non serve più e viene sostituito da tessuto osseo. Perché avvenga questa sostituzione sono necessari alcuni mesi.

Cisti: sono delle lesioni ripiene di liquido ben delimitate da uno strato di cellule che provengono in genere da residui epiteliali dai quali si sono formati i denti. In genere sono stimolati da fattori infiammatori provocati da batteri presenti all'interno dei canali radicolari.

Terapie endodontiche: sono le tecniche che vengono usate per rimuovere i batteri presenti all'interno dei canali radicolari i quali vengono allargati mediante lime in nickel-titanio montate sui trapani endodontici. I canali così alesati vengono chiusi con particolari cementi e guttapercha in modo da impedire una successiva colonizzazione del canale.

Canale radicolare: all'interno della radice è presente una cavità che contiene i nervi, i vasi sanguinei ed il tessuto connettivo di sostegno per questi tessuti. Il tutto viene definito polpa dentaria. Questo canale con il suo contenuto parte dall'apice della radice del dente ed arriva fino alla camera pulpale contenuta all'interno della corona dentaria.

Perno: qualche volta le otturazioni hanno un'insufficiente presa sul dente. Per aumentare la ritenzione e ridurre la possibilità di distacco della stessa si usano dei perni in fibra di carbonio o di vetro che vengono cementati all'interno del canale radicolare funzionano così da tiranti aumentando la presa dell'otturazione

Strumenti endodontici: sono delle lime in acciaio o in nickel – titanio che vengono introdotte all'interno dei canali radicolari per poterli allargare e contemporaneamente poter rimuovere la polpa dentaria o i batteri.

False strade: a volte, soprattutto in canali molto stretti e tortuosi, la punta dello strumento endodontico non riesce più a seguire l'andamento del canale e scava una nicchia nella parete dello stesso. Una volta che si è formata questa falsa strada diventa molto difficile riuscire ad evitarla per cui l'apice del canale non viene più raggiunto.

Calcificazioni: soprattutto nelle persone anziane, ma anche in denti che hanno subito delle aggressioni batteriche, può capitare che la polpa per difendersi deponga della dentina secondaria che restringa il canale fino ad occluderlo rendendo difficile se non impossibile la sua strumentazione.

Apice: è la punta della radice del dente. Contiene il forame apicale attraverso il quale i nervi ed i vasi del dente penetrano al suo interno.

Radiotrasparenza: i raggi x passando attraverso i tessuti vengono bloccati in maniera selettiva. I tessuti ossei ed i denti riescono a bloccarli più facilmente ed in radiografia si vedono più bianchi. Gli altri tessuti compreso il connettivo invece riescono con maggiore difficoltà a fermarli per cui risultano più scuri e quindi più radiotrasparenti.

Corticali ossee: il tessuto osseo è formato esternamente da un tessuto più compatto (corticale) ed internamente da un tessuto più spugnoso (midollare)

Tessuto cicatriziale: invece di formarsi il normale tessuto osseo, in alcuni casi lo spazio viene occupato da tessuto connettivo. La presenza di questo tessuto impedisce al tessuto osseo di riformarsi.