

Marco Martignoni

Libero professionista in Roma

Corrispondenza:

Dr. Marco Martignoni

Via Maria Adelaide 6

00196 Roma

E-mail: marco.martignoni@flashnet.it

Pervenuto in redazione l'1 marzo 2006

Accettato per la pubblicazione il 31 marzo 2006

La diagnosi: implicazioni in un caso di lesione laterale

Diagnosis of an endodontic lateral lesion: a case report

RIASSUNTO

Scopo: mettere in evidenza quanto una corretta diagnosi differenziale sia importante per guidare il piano di trattamento, nel caso in cui sia evidente la compromissione del parodonto marginale e profondo.

Sommario

A volte la diagnosi può presentarsi alquanto difficile soprattutto quando il quadro radiografico è fuorviante. Quando ci si trova di fronte a lesioni ossee che non sono localizzate in corrispondenza dell'apice radiografico o si trovano lateralmente in comunicazione con il parodonto marginale è opportuno avere la maggiore certezza possibile sullo stato della vitalità del sistema canalare dell'elemento interessato.

Il caso clinico riportato mostra quanto il quadro radiografico possa sembrare poco chiaro e quanto la corretta esecuzione dei test di vitalità possa risultare complicata dalla presenza di un precedente restauro. Si evidenzia anche come una diagnosi corretta permetta all'operatore un piano di trattamento semplice e prevedibile nel suo risultato.

Punti chiave di apprendimento:

- Il ruolo chiave di una corretta diagnosi clinica.
- Lesioni endodontiche parodontali.
- Piano di trattamento di lesioni endodontiche.

ABSTRACT

Aim: to underline the importance of a correct differential diagnosis in order to perform adequate treatment when marginal and deep periodontal lesions are present.

Summary

Differential diagnosis can be very difficult in endo-periodontal lesions and cannot be based only on radiographs. When periodontal bone lesions are visible on radiographs, with no apical localization and showing communication with marginal periodontal tissues, it is mandatory to test pulp vitality. The present case report describes a complex case, due to the presence of an old restoration provided questionable responses to pulp tests and the radiographic appearance of the lesion could be misleading. Only a correct diagnosis allowed to perform a valid treatment and consequently healing of the lesions.

Key learning points:

- The key role of a correct diagnosis.
- Endo-periodontal lesions.
- Treatment plan of endodontic lesions.

INTRODUZIONE

La causa delle lesioni ad origine endodontica è la presenza all'interno del sistema canalare di materiale necroti-

co e/o di infezione batterica (1). Queste lesioni possono estrinsecarsi nell'osso alveolare ad ogni livello del legamento parodontale. In accordo con l'AAE, è più opportuno oggi considerare le lesioni ad origine endodontica come lesioni periradicolarie. Una lesione ad origine endodontica deve essere trattata oggi disinfettando il sistema dei canali radicolari e sigillando lo stesso per prevenire eventuali reinfezioni (2). La fase diagnostica è considerata da vari Autori la prima fase del trattamento endodontico (3-5); dovrebbe essere una diagnosi corretta a guidare il piano di trattamento. Le radiografie sono un ausilio insostituibile; tuttavia non possono essere l'unico aiuto per la diagnosi e la formulazione di un corretto piano di trattamento, in quanto ci danno una immagine bidimensionale di una realtà tridimensionale e in più non offrono informazioni circa la vitalità dei denti che vengono raffigurati. Per una corretta diagnosi endodontica in presenza di lesioni periradicolarie, infatti, è opportuno reperire informazioni circa la vitalità dell'elemento che si sta analizzando. I test maggiormente utilizzati per verificare la vitalità di un dente sono i test termici, il test elettrico e, qualora rimangano dei dubbi o non si riesca a testare il dente per presenza di coperture totali, il test cavitario. Qualora in seguito ai test si osservasse la negatività degli stessi essa sarà interpretata come la presenza di una polpa necrotica; quindi seguirà un trattamento endodontico atto a disinfettare il sistema dei canali radicolari per poi sigillarlo in modo tridimensionale in maniera stabile e duratura.

CASO CLINICO

Paziente maschio di anni 78, si presenta alla nostra osservazione lamentando tumefazione e dolenzia a livello della zona edentula in sede 2.2 in prossimità di un pilastro di ponte di tre elementi da 2.1 a 2.3.

Il paziente lamenta, inoltre, una scarsa soddisfazione estetica da parte del suddetto ponte. All'esame radiografico della zona, si evidenzia un'ampia zona di lesione ossea che si apprezza anche con l'esame clinico alla palpazione; si nota anche un drenaggio al livello del parodonto marginale (Fig. 1).

All'esame parodontale si riscontra la presenza di una tasca che viene tracciata con un cono di guttaperca standardizzato (mynol: 30) (Fig. 2).

Si decide di testare la vitalità dell'elemento 2.1 utilizzando il test al freddo, avvalendosi di uno stick di ghiaccio ma non riuscendo ad ottenere una risposta inequivocabile. D'accordo con il paziente decidiamo di smontare il ponte e testare direttamente la preparazione (Fig. 3).

Una volta rimosso il ponte si testa il

dente interessato e si riscontra la negatività ai vari test: termici, elettrico e cavitario, si procede quindi con il piano di trattamento.

Si mette in opera un ponte provvisorio in resina acrilica, fatto preparare precedentemente, quindi si passa al trattamento endodontico. Seguendo la tecnica manuale secondo Ruddle si sviluppa una sagomatura tronco-conica continua più piccola apicalmente fino al termine elettronico del canale. La preparazione apicale viene eseguita con lime tipo K-File in modo seriato portando a lunghezza di lavoro una lima del 35; il canale viene irrigato abbondantemente con ipoclorito di sodio al 5% e riscaldato a circa 55° centigradi. Il canale viene otturato con un cono di guttaperca non standardizzato FM (mynol) utilizzando la tecnica di Schilder avvalendosi di un portatore di calore (*touch'n heat - Analytic Technology*) e dei *plugger* manuali di Schilder (Caulk). La terapia sopra descritta viene eseguita in una sola seduta in quanto al termine della sagomatura e disinfezione si era in grado di asciugare in modo completo tutto il lume canalare (Fig. 4).

Si procede poi realizzando un perno passivo in oro fuso con tecnica diretta

utilizzando resina dura-lay come materiale da impronta del lume canalare. Il perno viene quindi passivizzato nel suo ancoraggio endocanalare in modo da non avere contatto sulle pareti interne del canale lasciando uno spazio che deve essere occupato dal cemento composito da fissaggio. La cementazione del perno avviene sotto isolamento con diga di gomma con cemento C&B (Bisco), accoppiando un sistema di preparazione dentinale multibottiglia All-Bond (Bisco).

A distanza di 6 mesi si verifica una spiccata tendenza alla guarigione e si procede al ripristino di un ponte in oro e porcellana (Fig 5).

Si evidenzia nel controllo a 4 anni il mantenimento delle condizioni ottenute (Fig. 6).

DISCUSSIONE

Una corretta diagnosi, la realizzazione di una sagomatura tronco-conica continua più piccola apicalmente, la disinfezione completa e la realizzazione di un sigillo coronale in tempi brevi, ac-



Fig. 1 - Radiografia pre-operatoria, si evidenzia una imponente lesione laterale.



Fig. 2 - Fistulografia con cono di gutta.



Fig. 3 - Rimosso il ponte si testa il dente che risulta non vitale.



Fig. 4 - Otturazione con guttaperca termoplastizzata e cemento.



Fig. 5 - Controllo a sei mesi.



Fig. 6 - Controllo a quattro anni.

compagnano spesso una risoluzione rapida di lesioni anche importanti. In questo caso clinico la lesione era di chiara origine endodontica, dal momento che si è assistito alla guarigione

in assenza di alcun trattamento parodontale semplicemente trattando l'endodonto.

Una diagnosi corretta ha evidenziato quale potesse essere la causa della le-

sione ossea indirizzando in modo corretto la clinica, che avvalendosi di tecniche e strumenti di comprovata efficacia, ha offerto al paziente una guarigione rapida e duratura.

BIBLIOGRAFIA

1. Borsuk H.H. *Bacterial status of the periapical radiolucent areas of endodontically involved teeth*. Thesis. Boston University, School of Graduate Dentistry, 1974.
- 2- Schilder H. Endodontic therapy, in: *Current therapy in Dentistry*. Goldman et al. eds.,

vol. I, St. Louis, The C.V. Mosby Company, 1964, 84-102.

3. Schilder H. Vertical compaction of warm gutta percha. In Gerstein H. ed.: *Techniques in clinical endodontics*. Philadelphia. W.B. Saunders Company, 1983, 76.

4. Weine F.S. *Endodontic therapy*. 3rd ed. St. Louis. The C.V. Mosby Company, 1982, 1-29.

5. Bence R. *Handbook of clinical endodontics*. 2nd ed. St. Louis, The C.V. Mosby Company, 1980, 1.