

## Esperienze cliniche dai soci

Questa rubrica  
è uno spazio aperto  
ad esperienze cliniche  
dei soci della S.I.E.



*Su questo numero la Rubrica "Esperienze cliniche dai soci" accoglie uno dei casi che il Dott. Giovarruscio ha presentato alla "Commissione Accettazione Soci Attivi" e che gli sono valsi la qualifica di Socio Attivo della S.I.E.*

**I**l caso riportato riguarda un paziente di 30 anni venuto alla mia osservazione per un dolore diffuso all'arcata inferiore sx e una forte sensibilità al caldo. L'esame obiettivo evidenzia la presenza di una piccola otturazione sul 3.6 con estesa lesione cariosa a carico della cuspidè disto-linguale (Fig. 1). Dalla radiografia diagnostica (Fig. 2) risulta una grossa lesione cariosa a carico del 3.6 con interessamento del cornetto pulpare distale. Il test di vitalità risulta positivo.



Fig. 1 - 3.6 con estesa lesione cariosa.



Fig. 2 - Radiografia diagnostica.



Fig. 3 - Radiografia di determinazione della lunghezza di lavoro.



Fig. 4 - Radiografia della prova dei coni.

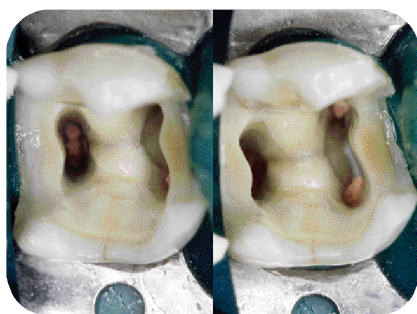


Fig. 5 - Radiografia al termine dell'otturazione canalare.

**Diagnosi:** pulpite acuta a carico del 3.6.

**Terapia:** trattamento endodontico.

È stata eseguita la terapia canalare secondo la tecnica di Ruddle per la sagomatura dei canali e la condensazione verticale della guttaperca calda secondo la tecnica di Schilder. Dopo aver isolato l'elemento in questione con



**Fig. 6** - Immagine intraoperatoria prima della ricostruzione con tecnica adesiva.



**Fig. 7** - Radiografia intraoperatoria al termine della ricostruzione con tecnica adesiva e perni in fibra di vetro.



**Fig. 8** - Radiografia post-operatoria dopo applicazione di una corona in oro porcellana.



**Fig. 9** - Radiografia post-operatoria dopo applicazione di una corona in oro porcellana.



**Fig. 10** - Immagine post-operatoria.

la diga di gomma e dopo aver rimosso la vecchia otturazione in amalgama, è stata eseguita la cavità di accesso con una fresa diamantata TDA 121 (North Bel, Italia) ed una diamantata lunga e sottile. Dopo aver eliminato i residui pulpari, i quattro imbocchi canalari sono stati reperiti con l'ausilio di punte ultrasoniche in zirconio (Pro-Ultra, Dentsply-Maillefer, Svizzera) rifinendo ulteriormente la cavità. Con l'ausilio delle frese di Gates-Glidden dalla n° 1 alla n° 6, sono state eliminate le interferenze coronali ed è stato poi preparato il terzo coronale irrigando copiosamente la cavità con ipoclorito di sodio riscaldato a 40°. Dopo aver riempito la

avità di accesso con una soluzione chelante (Glyde File Prep, Dentsply-Maillefer), sono stati sondati e misurati i canali radicolari utilizzando delle lime K-File n° 10 e 15 collegate al localizzatore apicale (Root zx, Morita Co., Kyoto, Giappone) ed è stata effettuata una radiografia di controllo per confermare la lunghezza di lavoro dei quattro sistemi canalari, è stata iniziata la sagomatura *crown-down* del terzo medio e poi del terzo apicale dei canali radicolari utilizzando strumenti ProFile (Dentsply-Maillefer) in nichel-titanio, con conicità 06, dal diametro 25 06 taper all'apice fino al diametro 40 06 taper a 3 mm dall'apice stesso, irrigando e ricapitolando tra uno strumento e l'altro. Gli strumenti Profile sono stati montati su manipolo ATR Tecnika (Dentsply-Maillefer) a velocità di 150 giri al minuto e utilizzati all'interno dei canali riempiti con ipoclorito di sodio.

Dopo aver eseguito un lavaggio canalare con soluzione chelante (E.D.T.A. al 17%) per due minuti, è stato effettuato un lavaggio finale con ipoclorito di sodio attivato da ultrasuoni tramite un K-File n°15 montato su manipolo Spartan (Fenton, USA). Successivamente sono stati provati i quattro coni master ed è stata eseguita una Rx di controllo (Fig. 4). Dopo aver provato i pluggers, preparato il cemento canalare (Pulp Canal Sealer EWT, Kerr, Romulus, MI, USA) ed asciugato i canali, è stata effettuata la condensazione verticale a caldo della gutta-perca con l'ausilio del *Touch'n heat* (Analytic, Redmond, USA) e successivamente è stato eseguito il *back packing* dei quattro canali (Fig. 5). Una volta ripulita la dentina dal cemento (Fig. 6), lo spazio post-endodontico è stato trattato utilizzando la tecnica adesiva per eseguire la ricostruzione in composito duale (Surgi Dual Flò Core, GmbH, Elmshorn, Germania) autofotoindurente con due perni in fibra di vetro inseriti nei due canali distali (Fig. 7). Il caso è stato finalizzato con l'applicazione di una corona in oro porcellana garantendo il massimo sigillo coronale. Le radiografie a distanza di 12 e 24 mesi evidenziano il successo della terapia effettuata (Figg. 8, 9 e 10).

Massimo Giovarruscio (Roma)