

Rivista di
Odontostomatologia
e Implantoprotesi
2/83

RASSEGNA DI ODONTOIATRIA E ODONTOTECNICA

*Direttore Prof. Oscar Hoffer
dell'Università di Milano*

**IN QUESTO NUMERO
TRA ALTRI ARTICOLI DI ATTUALITÀ:**

-  Restaurazione conservativa di un incisivo fratturato p. 19-21
-  Aspetti medico-legali dell'implantologia orale p. 23-24
-  Considerazioni su alcuni casi di transfissione p. 25-30
-  La biopulpotomia secondo Baume e collaboratori p. 41-48
-  Stadi di trattamento nella preparazione di una protesi parziale scheletrica p. 59-64

Considerazioni su alcuni casi di transfissione

Clinica Odontoiatrica
dell'Università
di Pavia

Direttore:
Prof. S. De Rysky

Rubbini A., Forni F., Didier H., Cattaneo V.

Per transfissione si intende una particolare varietà di impianto endosseo unico, che viene collocato nel canale radicolare e spinto oltre il limite apicale della radice dentale, dove si affonda nel contesto dell'osso alveolare. A differenza di tutti gli altri impianti alloplastici, questo è interamente incluso, in quanto sfrutta la chiusura biologica dento-gingivale del dente sul quale viene applicato. La transfissione trova applicazione pratica essenzialmente in tre casi:

1. nelle fratture radicolari (Diets, Münch);
2. come complemento a particolari casi di apicectomia (Staegemann);
3. in alcune situazioni paradontali molto compromesse, ed in particolare quando permangono sull'arcata alveolare, specie inferiore, soltanto uno o pochi elementi dentali con scarso impianto osseo. Questi, transfissi ed eventualmente solidarizzati con barra di Delder possono egregiamente prestarsi come ancoraggio ad una protesi rimovibile temporanea prima dell'applicazione della protesi totale (Wirz).

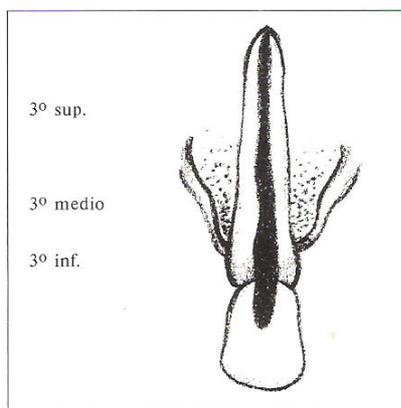


Fig. a

Come è noto le fratture radicolari si distinguono in: fratture del terzo superiore, del terzo medio e del terzo inferiore (fig. a).

L'indirizzo terapeutico varia in fun-

zione di queste tre localizzazioni. In linea di massima, in caso di frattura del terzo apicale, si tenterà, previa cura canalare, la ricostruzione del dente con un perno moncone ed una corona estetica. In caso di frattura del terzo superiore, con mortificazione della polpa, di solito si praticherà una resezione apicale per allontanare l'apice fratturato, e si ricorrerà eccezionalmente alla transfissione, solo in presenza di un supporto osseo del tutto insufficiente. La transfissione trova invece particolare applicazione nel caso in cui la frattura sia del terzo medio.

La nostra sperimentazione clinica si riferisce alle fratture radicolari del terzo medio, e ad alcuni casi di apicectomia su denti circondati da una formazione cistica od area osteitica. È utile sottolineare che questo tipo di impianto viene effettuato solo sui monoradicolati, e che, data la rigidità e la configurazione stessa dell'impianto, non tutti i denti potranno essere transfissi, ma solo quelli con un canale rettilineo. Va inoltre tenuto presente la morfologia dell'osso alveolare al di sopra delle radici dell'incisivo centrale e del canino superiori in quanto in questa sede l'impianto rischia di diventare sotto mucoso o addirittura di esteriorizzarsi.

Nel caso delle fratture dentali, infine, è di fondamentale importanza valutare il periodo che intercorre tra il trauma e l'intervento. Operare a distanza di tempo su un dente a polpa non vitale e con rarefazione periapicale può compromettere infatti l'esito dell'intervento per la possibile estensione in profondità del processo osteitico. Distinguiamo pertanto una metodica preparatoria relativa all'intervento immediato da quella relativa all'intervento differito:

- a) intervento immediato: sarà sufficiente una accurata cura canalare con chiusura ermetica;
- b) intervento differito: (polpa del dente non vitale) oltre ad un buon alesaggio canalare è indispensabile procedere al trattamento chirurgico dell'eventuale processo osteitico apicale.

Anche per questo tipo di impianto, come per tutti i tipi di impianti, bisogna tenere presente la possibilità di un insuccesso, tanto più probabile, quanto maggiori sono i fattori di rischio dei casi clinici di volta in volta considerati. L'esperienza ed una sistematica indagine anamnestica e clinica indicheranno la scelta giusta dei casi da trattare. Bisogna comunque ricordare che è sempre possibile commettere un errore di valutazione per cause spesso mal definibili e pertanto indipendenti della responsabilità dell'operatore.

Di queste possibilità di insuccesso bisogna informare il paziente, che, inoltre, deve essere istruito opportunamente per una accurata igiene orale, condizione quest'ultima essenziale per il mantenimento della salute dell'impianto.

L'intervento viene effettuato previo un controllo ematochimico e delle condizioni cardiocircolatorie.

Particolare attenzione va posta ai casi di diabete, che, anche nella sua forma latente, costituisce una controindicazione assoluta all'intervento (glicemia da carico).

Tecnica di inserzione

Quando la parte coronale di un dente è intatta, bisogna predisporre l'accesso al canale in modo di permettere l'uso di strumenti chirurgici rettilinei; problema che non esiste se la corona del dente è mancante.

Se il dente deve essere preparato per una ricostruzione protesita, è bene compiere una riduzione oclusale prima di iniziare il procedimento di stabilizzazione. Una rete millenaria a raggi X assicura un controllo accurato della misura dell'apice, e la precisa quantificazione dell'osso disponibile oltre l'apice.

L'allargamento finale del canale per la stabilizzazione endodontica può essere compiuto con l'uso di strumenti endocanalari a mano.

Talvolta viene completato l'intervento con l'uso dell'alesatore a motore, portando la punta 2, 3 mm. oltre l'apice.

La palpazione digitale dell'angolo permette di controllare l'eventuale eccessiva superficializzazione dello strumento spinto oltreapice. In questo caso si può diminuire la previsione lavorativa oltreapice.

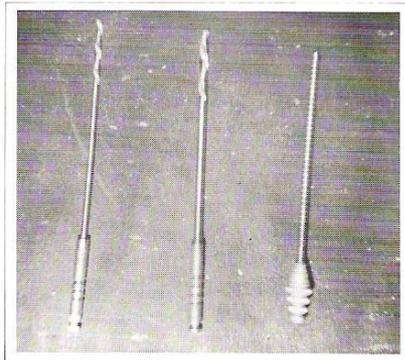


Fig. 1

A questo punto si inserisce manualmente con l'apposito giravite lo stabilizzatore (fig. 1), dopo aver posto nel canale bene asciugato una scarsa quantità di cemento ossifosfato di zinco o N2 di Sargent.

Il cemento serve per eliminare lo spazio vuoto tra i passi di vite. La pratica dell'operatore permetterà di sigillare tutti i passi di vite ed il lume canale senza spingere cemento oltre apice.

Questa tecnica risulta facilitata e generalmente più precisa nella sua esecuzione operando a cielo aperto. Infatti in questo modo si può controllare la profondità della punta dell'impianto e l'eventuale fuoriuscita di cemento in eccesso dall'apice.

Nei casi pervenuti alla nostra osservazione abbiamo seguito la metodica a cielo aperto: sia per gli interventi "immediati", che per quelli "differiti".

I casi clinici che sono giunti alla nostra osservazione sono stati trattati con la tecnica sopra ricordata, abbinata ad un intervento chirurgico.

Questo modo di procedere, obbligatorio per gli interventi "differiti", per sterilizzare chirurgicamente il periapice in caso di mortificazione della polpa, è stato seguito anche per i casi "immediati", per controllare a cielo aperto le varie fasi della tecnica operativa.

Casi clinici

Tra i casi pervenuti alla nostra osservazione, tre ci sembrano particolarmente dimostrativi.

1° CASO CLINICO

Paziente di venticinque anni, sesso

maschile di professione medico. Ricoverato presso un ospedale in Francia, a seguito di un incidente sciistico per contusioni varie alla regione facciale e dimesso dopo bloccaggio dei quattro incisivi superiori con filo d'acciaio, accusava a distanza di dieci giorni dall'incidente, il vacillamento del centrale e laterale di destra, accompagnato da sintomatologia dolorosa.

L'esame obiettivo metteva in evidenza:

- buona igiene orale,

- lieve mobilità del 2+,
- notevole mobilità della corona dell'1+,
- dolore di tipo periodontico a carico dell'1+ e 2+.

I tests fisici evidenziavano:

- perdita di sensibilità a carico dell'1+,
- un accurato esame radiografico rivelava una frattura trasversale a livello del terzo medio dell'1+, ed una seconda frattura al limite del terzo apicale (fig. 2A).

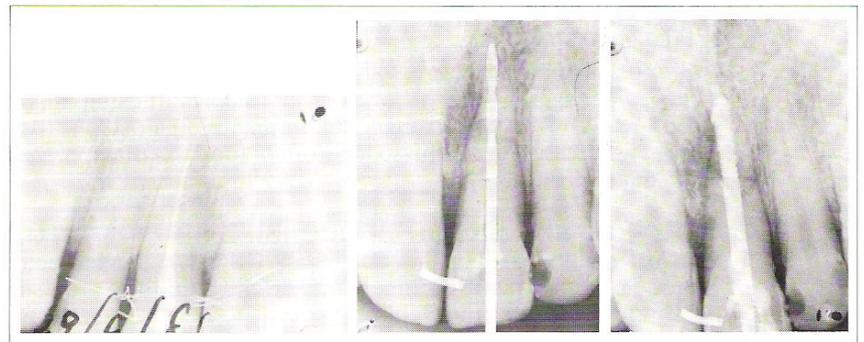


Fig. 2A

Definiti i caratteri clinici del caso ed espletati gli opportuni accertamenti, radiografici e di laboratorio, con particolare riferimento alle caratteristiche dell'emostasi, si è proceduto all'intervento chirurgico vero e proprio.

INTERVENTO

Si è proceduto all'apertura canale dell'1+ constatandone la necrosi pulpare (il 2+, invece, si è preferito tenerlo sotto controllo, data la lieve entità dell'ipermia rilevata con la stimolazione termica ed elettrica). Alesato con frese calibrate il canale, si è dato inizio all'intervento chirurgico, ribaltando un lembo mucoperiosteale da +1 a +3, e consentendo così la presenza di una lieve area osteolitica a livello periapicale del centrale.

Si è proceduto a toilette chirurgica della regione periapicale conservando anche il moncone radicolare apicale. Quindi si è inserito lo stabilizzatore mediante avvittamento manuale, e si è controllato radiograficamente il posizionamento ottenuto. Si è concluso l'intervento con sutura del lembo a punti staccati.

Per dare una maggiore stabilità all'impianto, si è preferito fare uno splintaggio agli elementi contigui. Controllo occlusale e molaggio selettivo. Terapia antibiotica ed antinfiammatoria.

Il controllo dopo sei mesi metteva in evidenza una buona stabilità del dente ed un quadro radiografico soddisfacente (fig. 2B).

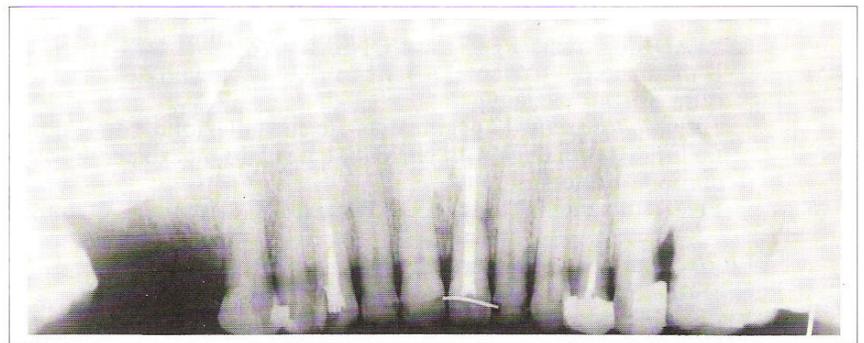


Fig. 2B

2° CASO CLINICO

Studiante di venticinque anni, sesso maschile, presentava scarsa igiene orale, e, restauri dentali molto scadenti. Il caso era di difficile risoluzione, in quanto il paziente si è presentato alla nostra osservazione dopo circa un mese dal trauma subito nella zona 2+, 1+, con evidenti segni di sofferenza dei periapici da mortificazione della polpa.

L'esame obiettivo metteva in evidenza:

- notevole mobilità dell'elemento 1+,

- dolore alla percussione dell'1+ e del 2+,
- presenza di diversi elementi dentari cariati,
- scarsissima igiene orale.

I tests fisici evidenziavano:

- stimolazione elettrica: perdita di sensibilità a carico dell'1+, ipersensibilità del 2+,
- esame radiografico: frattura trasversale del terzo medio, dell'1+, e lievisimi segni di sofferenza del periapice del 2+ (fig. 3A).

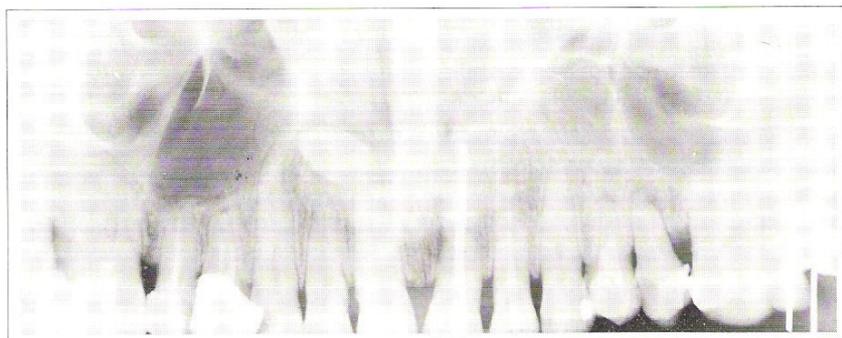


Fig. 3A

INTERVENTO

Aperto il canale radicolare dell'1+ e del 2+, si è constatata la necrosi pulpale del centrale e la notevole iperemia del laterale, al quale è stata praticata la terapia canalare.

La preparazione e sterilizzazione del centrale è stata difficoltosa per la mobili-

tà della porzione radicolare.

L'intervento chirurgico ha messo in evidenza la frattura del terzo medio di 1+, che è stato transfixato con uno stabilizzatore filettato.

Controllo radiografico (fig. 3B).

Terapia antibiotica ed antiinfiammatoria per cinque giorni. Controllo radiografico a sei mesi di distanza.

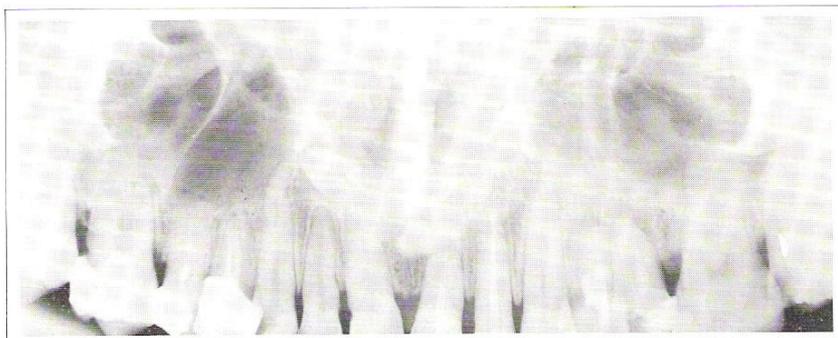


Fig. 3B

3° CASO CLINICO

Signora B.D., assistente sanitaria, anni quarantacinque.

La paziente è giunta alla nostra osservazione perché lamentava da diverso tempo dolori in sede premolare inferiore destra, e gonfiori recidivanti.

L'esame obiettivo metteva in evidenza:

- discreta igiene orale,
- la non vitalità del 4-, e del 3-,
- presenza di numerosi elementi protesi in situazione non ottimale,

I tests fisici evidenziavano:

- la non vitalità del 3-, notevolmente mobile,
- perdita di sensibilità del 4-,
- l'indagine radiologica mostrava una

zona di rarefazione inglobante i periapici del canino e del premolare di dx coi caratteri di un processo osteitico. (fig. 4A).

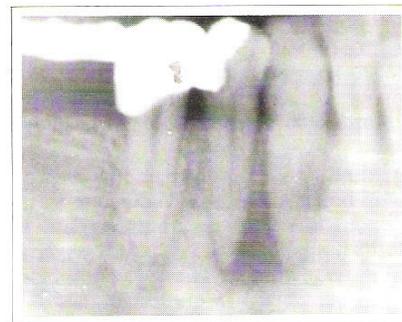


Fig. 4A

È stato praticato l'intervento chirurgico con lembo muco periosteale da 1- a 5-, e messa a nudo dell'osso mandibolare, isolando il nervo mentoniero. Si metteva così in evidenza la presenza di una notevole area di osteolisi a livello del canino e della porzione apicale del premolare; il canino presentava inoltre

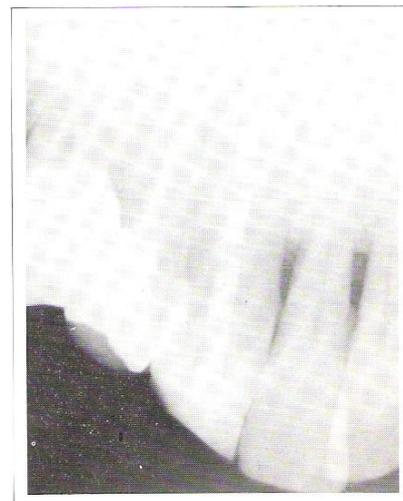


Fig. 4B

la mancanza di osso alveolare vestibolarmente per tutta l'estensione della radice. Toilette di tutto il tessuto di granulazione, resezione apicale del quarto e del terzo.

Data la notevolissima mobilità del canino, si è pensato, durante la stessa seduta operatoria, di ricorrere alla tecnica della transfixione, secondo la metodica sopra descritta, seguita da controllo radiografico.

Controllo radiografico a sette mesi dall'intervento (fig. 4B).

Conclusione

La revisione critica dei casi da noi trattati, ci sembra interessante per alcune considerazioni relative alle indicazioni di questa metodica operatoria.

Abbiamo ottenuto, infatti, in generale, buoni risultati nelle fratture a livello del terzo medio della radice e qualche insuccesso nei casi di concomitante paradontosi in pazienti con scarsa igiene orale.

Altrettanto buoni risultati si sono avuti nel caso di ampie osteiti e cisti radicolari che abbiano notevolmente ridotto il supporto osseo, anche se raramente abbiamo ravvisato le condizioni ideali per applicare questo impianto.

Le fratture quindi del terzo medio ri-

mangono, a nostro giudizio, le vere situazioni cliniche per le quali esiste una precisa indicazione alla transfissione. Ci sembra infatti che l'ottima stabilizzazione della radice fratturata così ottenuta, sia la premessa per una rapida guarigione della parte.

Va infine ricordato che l'accuratezza nelle pratiche di igiene orale è una condizione essenziale per l'ottenimento della guarigione dell'intervento e per il consolidamento del risultato.

Non minore importanza riveste il controllo oclusale, tenendo conto del fatto che, anche nei casi più favorevoli, il dente così trattato non potrà opporsi alle forze traumatiche di un'occlusione sbilanciata.

BIBLIOGRAFIA

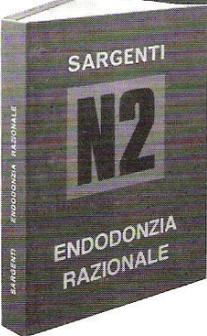
- DIETS G.: *Endodontischer emossaler Fixations und Stumpfanhanstif.* Dtsch. Zahnärztl. Z. 30, 483, 1945.
- MUNCH J.: *Grundprobleme der Implantologie Zahnärztl. Praxis* 25, 369, 1974.
- STAEGEMANN G.: *Die Stifverbelzung von Zähnen.* Dtsch. Zahnärztl. Z. 15, 1094, 1960.
- STAEGEMANN G.: *15 Jährige Erfahrung mit der massalen Stifverbalzung ans patherischer Indikation.* Dtsch. Stomatol 21, 354, 1971.
- STAEGEMANN G.: *Die Stifverholzung von Zähnen - eine Methode der geschlonenen Implantation.* Dtsch. Stomatol. 23, 162, 1973.
- WIRZ J.: *Expérience à long terme du traitement par transfissions.* Rev. mens. suisse Odontostomatol. 88, 659, 1978.



IL METODO RAZIONALE PER LA CURA CANALARE DI SARGENTI È APPROVATO DALLA AMERICAN ENDODONTIC SOCIETY, CHE LO GIUDICA UN CONTRIBUTO DECISIVO PER UNA TERAPIA EFFICACE DI TUTTE LE AFFEZIONI PULPARI.

ADOTTARE UN METODO ENDODONTICO RAZIONALE CHE DIA LA MASSIMA CERTEZZA DI GUARIGIONE, E UN PRECISO DOVERE VERSO I NOSTRI PAZIENTI.

Dr. ALVIN H. ARZT, FAES
Alvin H. Arzt, D.D.S.
 1° Presidente American Endodontic Society



La Cura Canalare con il METODO «N2» si basa su principi e mezzi terapeutici la cui validità scientifica è stata ampiamente dimostrata in un gran numero di pubblicazioni. L'efficacia clinica è suffragata da milioni di denti trattati con successo in tutto il mondo, in un periodo di oltre 27 anni.

L'«N2» È UN PRODOTTO TECNICO

Distribuito in Italia da:
CASARTELLI ENDODONTIC PRODUCTS, 22036 ERBA (Como)
 Via Dante, 34 - Tel. (031) 640.397
IN VENDITA PRESSO TUTTI I DEPOSITI DENTALI