



Endodonzia chirurgica degli elementi 1.5 e 1.6 associata a frattura verticale dell'elemento 1.4 e preservazione alveolare: case report

Relatore: Dott. Michele Bina
e-mail: michele.bina8989gmail.com

Rx e cbct pre-operatoria



INTRODUZIONE

La letteratura riporta come, in presenza di lesioni periapicali associate a elementi restaurati con corone protesiche, il ritrattamento endodontico ortograde possa presentare limiti clinici e prognostici. Nel caso presentato, la presenza di corone sugli elementi 1.5 e 1.6 e la concomitante frattura verticale dell'elemento 1.4 hanno reso improbabile la risoluzione della lesione mediante ritrattamento canalare. La frattura dell'elemento 1.4 avrebbe infatti potuto mantenere attiva l'infezione periapicale, determinando la persistenza della patologia. Per tali motivi, si è optato per un approccio chirurgico combinato finalizzato alla rimozione diretta del tessuto patologico e al sigillo retrogrado degli elementi coinvolti.

OBIETTIVI

Descrivere la gestione chirurgica combinata di una lesione periapicale estesa associata a frattura verticale dentale, con successiva preservazione alveolare e riabilitazione implantare.

MATERIALI E METODI

Case Presentation

Un paziente di sesso maschile, in buone condizioni di salute sistemica generale, si è presentato alla nostra osservazione con anamnesi medica positiva per deficit del Fattore VII. L'esame clinico e radiografico ha evidenziato una parodontite apicale sintomatica associata agli elementi 1.5 e 1.6, caratterizzata dalla presenza di una lesione periapicale di ampie dimensioni. L'elemento 1.5 risultava restaurato con corona protesica, mentre l'elemento 1.6 presentava un'ampia otturazione diretta. Contestualmente, era presente una frattura verticale dell'elemento 1.4. Considerata l'estensione della lesione periapicale, la presenza di una riabilitazione protesica sull'elemento 1.5 e di una ricostruzione estesa sull'elemento 1.6, associate alla frattura verticale dell'elemento 1.4, un ritrattamento endodontico ortograde non è stato ritenuto predicibile. Il processo infettivo avrebbe infatti potuto persistere anche in caso di ritrattamento, sostenuto dalla concomitante infezione dell'elemento fratturato. Dopo consulto con il centro ematologico di riferimento e ottenuta l'idoneità alla procedura chirurgica, è stato pianificato un approccio combinato comprendente chirurgia endodontica sugli elementi 1.5 e 1.6, estrazione dell'elemento 1.4 e preservazione del sito alveolare, con successiva riabilitazione implantare differita.

Procedura chirurgica

Previa anestesia locale con lidocaina con adrenalina 1:50.000, impiegata per garantire un efficace controllo dell'emostasi intraoperatoria, si è proceduto all'estrazione dell'elemento 1.4. Successivamente è stato allestito un lembo mucoperiosteale a tutto spessore mediante due incisioni di scarico, ottenendo un'adeguata esposizione del campo operatorio. Il tessuto patologico periapicale è stato rimosso e l'emostasi è stata ulteriormente controllata mediante l'utilizzo di pellet di cotone imbevuti di adrenalina e materiale emostatico riassorbibile (Tabotamp). È stata quindi eseguita l'apicectomia degli elementi 1.5 e 1.6, seguita dalla retropreparazione ultrasonica dell'apice radicolare, ottenendo una cavità retrograda assiale e centrata, idonea alla sigillatura apicale. Dopo adeguata asciugatura, l'otturazione retrograda è stata eseguita mediante cemento bioceramico premiscelato (EndoSequence RRM Putty Fast Set, BUSA). Il sito chirurgico è stato quindi accuratamente irrigato con soluzione salina sterile. La cavità alveolare dell'elemento 1.4 è stata successivamente riempita con materiale da innesto osseo xenogenico (Gen-Ox); una membrana corticale flessibile (OSP-OX09) è stata adattata sul versante vestibolare e stabilizzata mediante due pin di fissaggio, al fine di favorire la preservazione del volume alveolare. È stato infine eseguito un rilascio periosteale per consentire la chiusura del sito per prima intenzione. Il lembo è stato riposizionato e suturato mediante punti a materasso orizzontale e punti staccati, utilizzando sutura in e-PTFE 4/0. Si è proceduto al trattamento della sola radice mesio-vestibolare in quanto la radice palatina e disto-vestibolare, all'esame radiografico 3D, non presentavano segni di patologia periapicale. A distanza, dopo la guarigione dei tessuti duri e molli, nel sito dell'elemento 1.4 è stato posizionato un impianto dentale, successivamente riabilitato protesicamente.

RISULTATI / FOLLOW-UP

Al controllo clinico e radiografico ad un anno, si è osservata la completa risoluzione della lesione periapicale precedentemente evidenziata, con riformazione del tessuto osseo nell'area trattata. Il decorso post-operatorio è risultato regolare, in assenza di segni o sintomi di patologia.

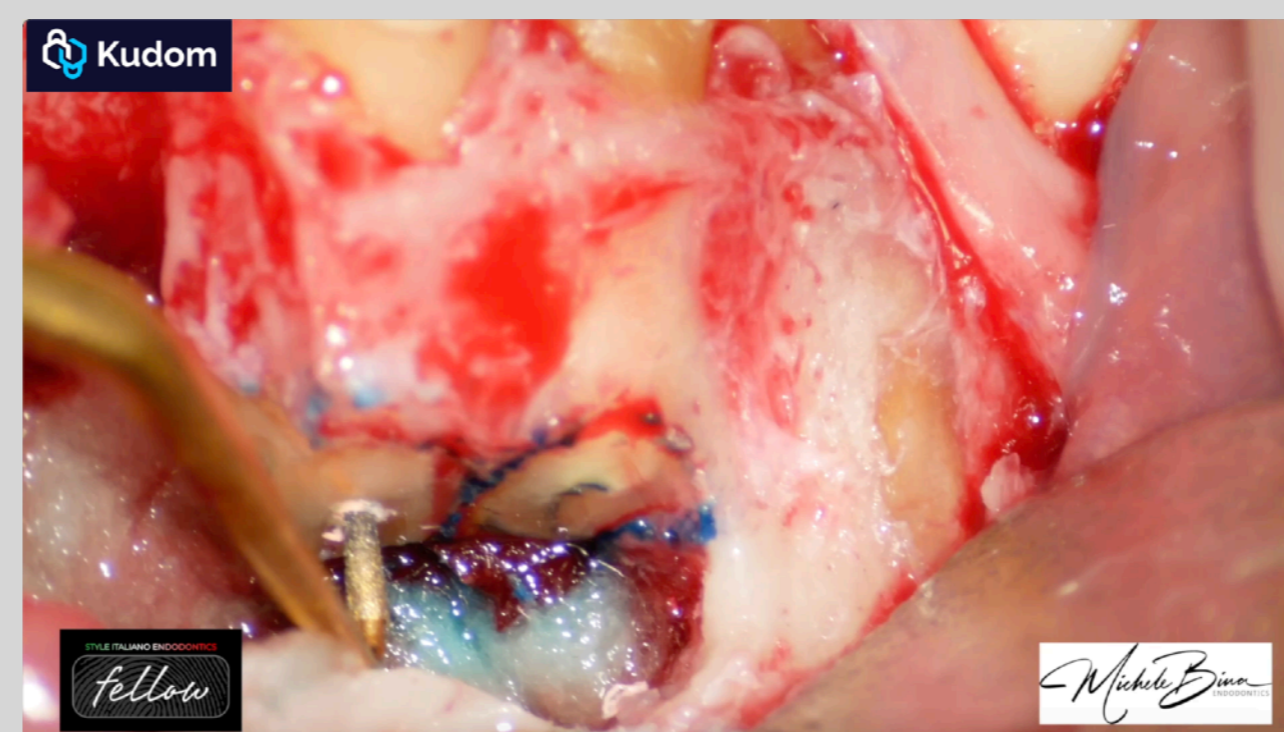
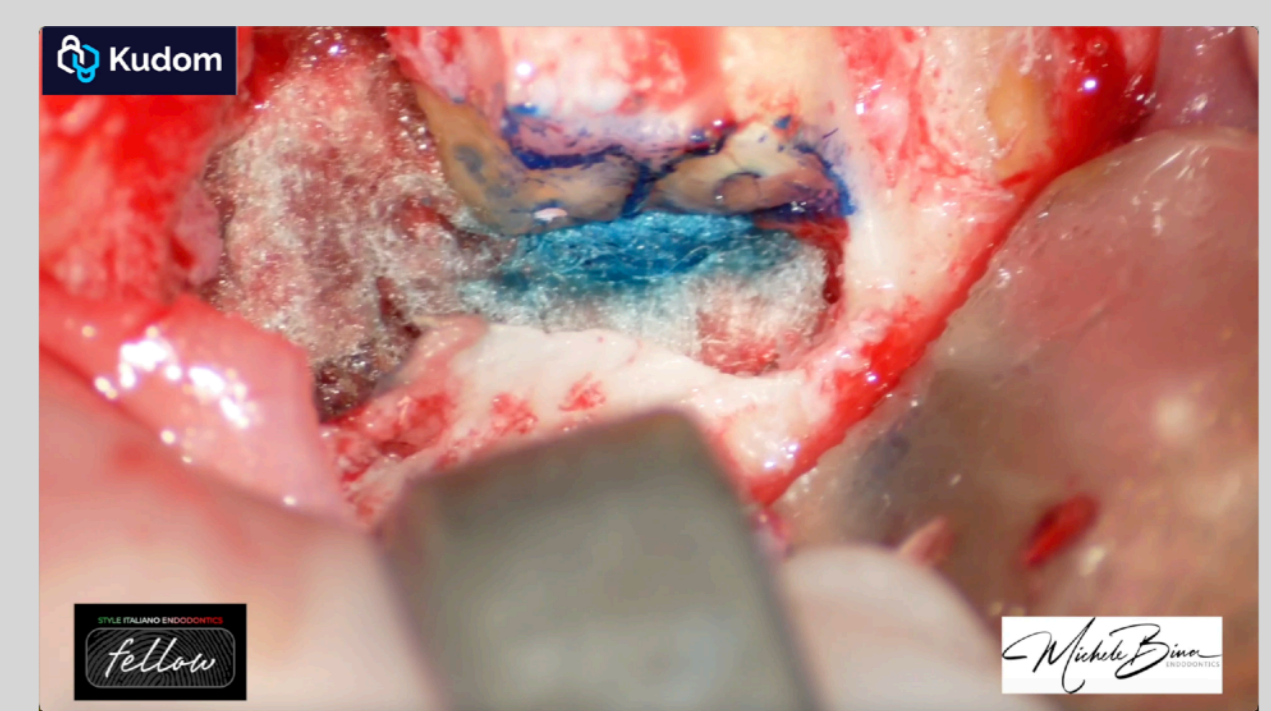
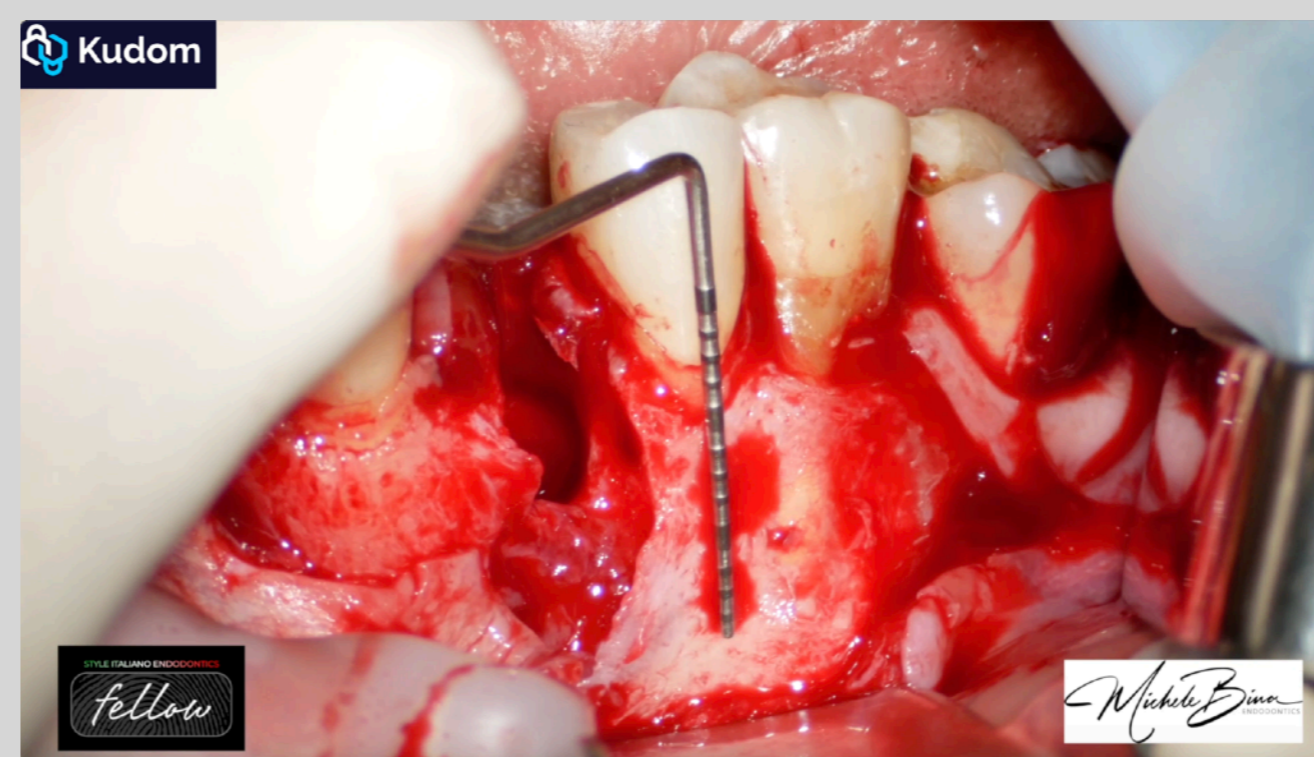
DISCUSSIONE

La gestione chirurgica endodontica rappresenta un'opzione terapeutica indicata nei casi di persistenza di patologia periapicale in cui il ritrattamento ortograde risulti scarsamente predicibile. Nel caso presentato, la presenza di una lesione periapicale di ampie dimensioni, associata a restauri estesi e a una frattura verticale di un elemento adiacente, ha orientato la scelta verso un approccio chirurgico diretto. L'utilizzo della retropreparazione ultrasonica e di materiali bioceramici per il sigillo apicale consente di ottenere un'elevata predicibilità clinica. La gestione contestuale del sito estrattivo mediante preservazione alveolare ha inoltre permesso di mantenere il volume osseo, facilitando la successiva riabilitazione implantare. Il follow-up a un anno ha confermato la risoluzione della patologia periapicale e la riformazione ossea, supportando l'efficacia dell'approccio adottato.

CONCLUSIONI

L'endodonzia chirurgica, quando eseguita secondo protocolli rigorosi, rappresenta una valida e predicibile opzione terapeutica nei casi di patologia periapicale complessa. Nel caso presentato, l'approccio chirurgico combinato ha consentito la risoluzione della lesione periapicale, la riformazione ossea e una corretta gestione del sito estrattivo, permettendo una successiva riabilitazione implantare funzionale ed estetica. Un'accurata pianificazione interdisciplinare e l'impiego di tecniche e materiali adeguati risultano determinanti per il successo clinico a lungo termine.

Foto intra-operatorie



Rx post-operatoria

Rx e CBCT ad 1 anno

