

L'interrelazioni tra patologia parodontale e patologia endodontica creano spesso quadri clinici confusi e motivo di discussione. I sintomi sono spesso simili, ma la radiografia può aiutare in alcuni casi nella diagnosi differenziale. Esiste poi una possibilità di influenze reciproche e quando invece le due patologie coesistono la diagnosi e la pianificazione terapeutica diventano più complesse. Questo lavoro propone una nuova classificazione modificata che consenta più precisione diagnostica.

Le lesioni endo-perio sono caratterizzate da patologia endodontica e malattia parodontale presenti sullo stesso elemento dentale, o come lesioni indipendenti o come risultato del avanzamento e il confluire delle due lesioni. Le vie di diffusione dei batteri tra i tessuti pulpari e parodontali sono ancora oggetto di controversie.

Il forame apicale è la via di accesso principale tra la polpa e il parodonto, con la partecipazione di tutto il sistema canalare: canali accessori, laterali nonché i tubuli dentinali attraverso cui i batteri e i suoi prodotti possono contaminare il parodonto.

Un'altra via di comunicazione è rappresentata dalle perforazioni iatrogene, causate da un uso improprio degli strumenti rotanti in generale, ma anche le fratture verticali di radice.

C'è divergenza in letteratura su come la parodontite possa influenzare la salute pulpale. Rubach e Mitchell suggeriscono che questo possa avvenire in conseguenza all'esposizione di un canale laterale. Lindhe et al. hanno riscontrato infiltrati batterici che raggiungono la polpa attraverso i forami apicali o canali laterali nella zona della forcazione. Adriaens et al. hanno dimostrato che batteri provenienti da una tasca possono raggiungere la polpa attraverso i tubuli dentinali. Anche la levigatura radicolare può determinare una lesione vascolare con conseguente alterazione dell'irrorazione pulpale.

Esistono diverse classificazioni delle lesioni endo-perio.

Simon et al. (la più diffusa)

- 1) lesioni endodontiche primarie
- 2) lesioni endodontiche primarie con secondario coinvolgimento parodontale
- 3) lesioni parodontali primarie
- 4) lesioni parodontali con secondario coinvolgimento endodontico
- 5) lesioni combinate vere

Torabinejad e Trope

- 1) lesioni di origine endodontica
- 2) lesioni di origine parodontale
- 3) lesioni combinate endo-perio
- 4) lesioni endodontiche e parodontali separate
- 5) lesioni comunicanti
- 6) lesioni non comunicanti

Armitage

- 1) lesioni endo-parodontali
- 2) lesioni perio-endodontiche
- 3) lesioni combinate

Una nuova classificazione basata sulla malattia primaria con il suo effetto secondario:

- 1) malattia parodontale retrograda
 - a) lesione endodontica primaria con drenaggio attraverso il legamento parodontale
 - b) lesione endodontica primaria con coinvolgimento secondario parodontale
- 2) lesione parodontale primaria
- 3) lesione parodontale primaria con secondario coinvolgimento endodontico
- 4) lesioni combinate endo-parodontali
- 5) lesioni parodontali iatrogene

1)a) è caratterizzata dalla presenza di un sondaggio profondo e stretto in un solo versante della radice dovuto ad un drenaggio attraverso il legamento parodontale; può simulare un ascesso parodontale, ma in realtà si tratta di una fistola di origine endodontica

1)b) in questo caso la tasca è più ampia, ma sempre causata da tossine provenienti da una polpa infetta; quando non diagnosticata tempestivamente placca e tartaro invadono la tasca instaurando un vero danno parodontale

2) la malattia parodontale si propaga apicalmente, ma la polpa può rimanere vitale nonostante alcuni fenomeni degenerativi nel tempo, quindi in questo caso si esegue solo il trattamento parodontale

3) quando la malattia parodontale avanzata coinvolge il forame apicale determinando necrosi pulpare

4) un dente con patologia endodontica e un difetto parodontale coesistenti. Non sempre è possibile identificare la causa primaria, ma è molto utile dal punto di vista diagnostico e nella scelta di priorità terapeutica. Ma quando ciò non è possibile è consigliabile curare entrambe le componenti al fine di creare l'ambiente più favorevole per la guarigione

5) lesioni prodotte da errori nel trattamento

A) perforazioni: sono complicanze del trattamento endodontico e spesso hanno una cattiva prognosi. Accadono generalmente nella fase di preparazione della cavità di accesso o nel posizionamento di un perno ritentivo. A livello del sito perforato si produce una reazione infiammatoria nel legamento parodontale con conseguente produzione di una lesione con caratteristiche di una lesione endodontica primaria.

B) perdita di sigillo coronale: produce un'infiltrazione batterica proveniente dalla flora intra-orale che arriva a contaminare l'otturazione canalare. Ciò può avvenire anche per un ritardo nell'esecuzione del restauro post-endodontico. Madison e Wilcox hanno evidenziato che l'infiltrazione può propagarsi lungo l'intero canale. Ray e Trope sostengono che denti restaurati in modo non adeguato anche se con buona terapia endodontica vanno incontro più facilmente a fallimento rispetto a denti con un buon restauro coronale, ma con trattamento endodontico inadeguato

C) lesioni dentali o traumi: fratture dello smalto, fratture coronali senza coinvolgimento pulpare, fratture coronali con coinvolgimento pulpare, fratture corono-radicolari, frattura radicolare, lussazioni e avulsioni; la prognosi sarà diversa a seconda del tipo di lesione. I principali sintomi sono lieve dolore, gonfiore e come segno il tipico sondaggio profondo e stretto.

D) prodotti chimici nocivi: per esempio lo sbiancamento interno con sostanze ossidanti ad alte concentrazioni (per esempio perossido di idrogeno al 30-35%) possono generare un riassorbimento radicolare. Soprattutto se si utilizza il calore la sostanza diffonde attraverso i tubuli con conseguente necrosi del cemento e infiammazione del legamento parodontale e di conseguenza riassorbimento. Si può arrivare a sostituzione e anchilosi, soprattutto nei casi di avulsione e riposizionamento tardivo

E) frattura verticale: si può verificare su dente devitalizzato o anche su dente vitale come complicanza della sindrome del dente incrinato.

Discussione

Nonostante le vie di comunicazione tra endodonto e parodonto possano interferire sulla salute dei due tessuti, è ancora controverso il meccanismo di trasmissione diretta dell'infezione parodontale alla polpa. Rubach e Mitchell sostengono che l'infezione parodontale possa influenzare la polpa solo quando si ha esposizione del forame o di una canale laterale della forcazione. Adriaens et al. hanno verificato che batteri provenienti dalle tasche possano contaminare i tubuli dentinali dopo le manovre di levigatura radicolare. Ma altri studi sostengono invece che la polpa reagisce a questo con produzione di dentina di riparazione. Inoltre i fluidi dentinali hanno un movimento centrifugo che ostacolerebbe la diffusione di tossine verso la polpa. Langeland et al. infine sostengono che l'interessamento endodontico si verifica solo se il difetto parodontale coinvolge il forame apicale.

Sebbene la diagnosi differenziale sia difficile è fondamentale avere chiarezza prima di intraprendere la terapia corretta.

La lesione endo-perio è caratterizzata da un'infezione pulpare e malattia parodontale sullo stesso dente. La nuova classificazione dovrebbe aiutare ad identificare i quadri intermedi.

Conclusioni:

il dentista deve conoscere le vie di comunicazione tra endodonto e parodonto per poter distinguere l'origine della patologia che si presenta ed intervenire precocemente prima che si verifichi un contagio reciproco. Talvolta può essere auspicabile un approccio interdisciplinare