

OTTURAZIONE DEL CANALE

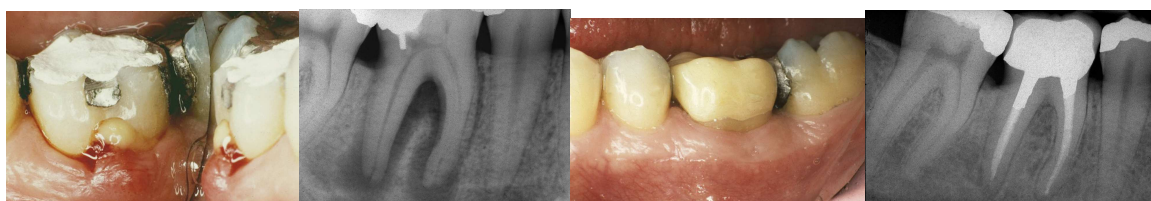
E' il momento del trattamento endodontico più sopravvalutato per la difficoltà di esecuzione e per l'importanza del risultato.

La maggior parte degli operatori ritiene, infatti, di non saper chiudere bene il canale radicolare perchè non possiede una tecnica adeguata.



Nella realtà, la difficoltà è a monte: il canale non è stato preparato correttamente.

Una buona detersione e sagomatura, oltre a svuotare il canale dal materiale organico, consente un adattamento ottimale alle pareti canalari del materiale da otturazione e quindi un buon sigillo apicale.



Un canale ben preparato è un canale facilmente otturabile con qualsiasi tecnica.

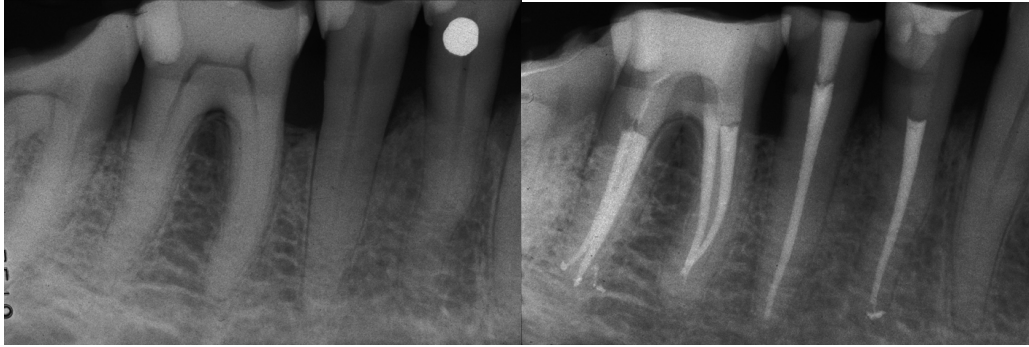
Se fossimo capaci di eliminare dal sistema canalare tutti i batteri (che sono la causa delle patologie endodontiche) e il materiale organico, potremmo ottenere una buona guarigione senza sigillare il canale stesso. Molti operatori hanno guarigioni "miracolose" di denti non otturati, solo perchè il paziente si è presentato dopo molto tempo per la fase di chiusura.

Se fossimo capaci di sigillare in modo ermetico tutto il complesso sistema dei canali radicolari (la causa è nel canale, ma la patologia è nel parodonto) non sarebbe necessaria la fase di detersione per ottenere il successo. E' quanto cerchiamo di ottenere con la chirurgia endodontica, nella quale spesso la guarigione dipende solo dal sigillo apicale.

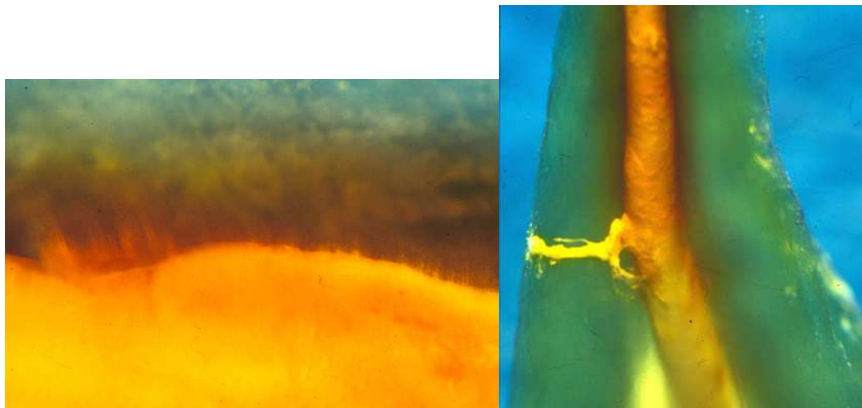
Siamo tuttavia consapevoli che il sigillo dell'otturazione non è assolutamente ermetico (basta pensare alle dimensioni di un batterio per renderci conto di questo), come siamo consapevoli che nessuna tecnica, nessun irrigante canalare e nessuna medicazione intermedia

consentono di ottenere la completa "sterilizzazione del canale" (basta pensare alla complessività del sistema endodontico).

E' questo il motivo per cui queste due metodiche, ognuna imperfetta, se effettuate insieme danno un risultato migliore.



L'otturazione del canale ha il compito di mantenere nel tempo la detersione del canale radicolare e di creare condizioni sfavorevoli alla riproduzione dei batteri.



SCELTA DEL CONO DI GUTTAPERCA

È secondo noi la fase più importante nell'otturazione di un canale radicolare

Il completo sigillo del sistema endodontico è indispensabile per ottenere un buon successo terapeutico. Oggi tutti gli autori concordano con questa affermazione, come concordano nel ritenere che i canali ben sagomati permettono canali ben otturati.

La sagomatura perciò è di importanza cruciale e deve essere costantemente il nostro obiettivo principale nella terapia endodontica.

La forma geometrica della sagomatura è molto simile ad un tronco di cono dove la lunghezza è data dalla lunghezza di lavoro (distanza apico-coronale), la base minore è data dalla dimensione del diametro del forame apicale, e la base maggiore è data dalla dimensione dell'imbocco del canale alla fine del trattamento.

Oggi ci sono molti strumenti e tecniche che ci “consentono” sia di ottenere sagomature prevedibili (in quanto la sagomatura tronco conica è predeterminata dalla conicità aumentata dello strumento) sia ci permettono un ottimo controllo apicale dell'otturazione. In endodonzia compaiono sempre più spesso le parole "STANDARDIZZAZIONE" e PREDETERMINATA.



Oggi si pensa che forma e dimensioni dei coni di gutta-perca e dei pluggers si adattino perfettamente ai diametri di preparazione ottenuti coi i molteplici strumenti rotanti in modo che una certa sagomatura permette sia l'utilizzo di un cono di gutta con la stessa conicità sia di un compressore-portatore di calore analogo . In altre parole conoscendo la conicità del canale è molto facile scegliere i coni di carta, di gutta, e i pluggers-portataori di calore.

Abbiamo misurato la conicità di quattro marche differenti di coni di gutta-perca non standardizzati e dei quattro pluggers del SystemB., per verificare se queste affermazioni corrispondono al vero e

abbiamo scoperto che:

1) - l' affermazione: cono fine = conicità .06 F/M = conicità .08 e così di seguito, non corrisponde a verità almeno per quanto riguarda i coni da noi misurati. Non c'è alcuna correlazione tra le misure riportate dai costruttori e i valori reali. Lo stesso discorso vale anche per i compressori del System B.

2) - I coni e i compressori del System B. non hanno una conicità omogenea (cioè lungo tutta la loro lunghezza) ma presentano una conicità diversa nei vari settori considerati e comunque una conicità inferiore a quella riportata.

Tutti i coni ad eccezione dei coni H. presentano una conicità inferiore nel settore 1 rispetto agli altri settori . Da questo si deduce che il TUG BACK molto difficilmente è dovuto ad una frizione nel terzo apicale, mentre è molto probabile che sia nel terzo medio (Autofit) o coronale (Minol). Come questi coni, con conicità inferiore a quella del canale e con impegno nel terzo medio-coronale, non fuoriescano dall' apice durante la compattazione della gutta-perca è tutto da capire.

Solo i coni Higenic presentano una conicità più accentuata nel settore 1 rispetto agli altri settori. Da questo si deduce che il TUG BACK sia dovuto ad una reale frizione del terzo apicale.

3) - L'adattamento del cono nella delicata zona del terzo apicale è migliore con i coni della H. rispetto a tutte le altre marche da noi misurate. Sempre che sia stato eseguita in maniera corretta la fase .della sagomatura del canale.

