



Corso Pre-congressuale
Giovedì, 22 febbraio
2024 - 14.00-18.00

I Ritrattamenti in Endodonzia: ricerca e sondaggio di canali introvabili, rimozione di perni e strumenti fratturati e chiusura di perforazione

Piero Alessandro Marcoli



Si è laureato il 23 settembre 1980. Ha conseguito nel dicembre 1980 presso l'Università di Modena l'abilitazione per l'esercizio della professione. Tirocinio pratico ospedaliero dal 1° aprile 1980 al 30 settembre del 1981 nel reparto di Otorinolaringoiatria dell'Ospedale Pediatrico Umberto I di Brescia. Nel 1981 si è iscritto alla Scuola di Specializzazione in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università degli Studi di Padova e ha conseguito il Diploma di Specialista con il massimo dei voti nel luglio 1984. Dal 1982 al 1993 ha frequentato la Clinica Odontoiatrica dell'Università di Brescia, svolgendo attività didattica e di ricerca. Socio Attivo dell'Accademia Italiana di Endodonzia (AIE). Socio Attivo dell'Accademia Italiana di Conservativa (AIC) dal 1986, e membro del Consiglio Direttivo dal 2007-2015. Dal 1987 al 2011 Socio Attivo della Società Italiana di Endodonzia, membro del Consiglio Direttivo dal 1996 al 2005 e Segretario Tesoriere da gennaio 2000 a giugno 2005.

In questo Corso affronterò i ritrattamenti endodontici, resi necessari da un precedente trattamento canalare incongruo.

Il primo tema è il reperimento del sistema canalare in casi in cui un evento patogeno (normalmente di origine cariosa ma non solamente) ha completamente stravolto l'anatomia endodontica ed il successivo intervento endodontico ha ulteriormente alterato questa anatomia.

Si deve innanzitutto partire da una radiografia endorale correttamente eseguita, con le proporzioni il più possibile mantenute, in modo che una pre-visualizzazione della cavità d'accesso stessa sull'immagine radiografica possa indirizzare con precisione l'operatore.

Importante è l'utilizzo di frese con misure certe che consentano di capire, in qualsiasi momento della preparazione, qual'è la distanza dalle zone a rischio, soprattutto il pavimento della camera. Quando si percepisce di essere molto vicini ad esso (così come nella fase successiva) è utile servirsi di strumenti ad ultrasuoni invece che rotanti.

Una volta giunti in camera pulpare si dovranno individuare i vari imbocchi canalari, tenendo conto della normale anatomia (senza farsi fuorviare dalle false strade imboccate da chi ci ha preceduto) e del fatto che un'importante produzione di dentina di reazione tende a spostare verso il centro del dente tutti gli imbocchi.

A questo punto inizierà la fase di sondaggio manuale, spesso resa impossibile, di nuovo, dall'importante produzione di dentina terziaria nella parte coronale del canale. Per questo motivo sottili strumenti rotanti in NiTi di piccole dimensioni potranno notevolmente agevolare e facilitare l'inizio della preparazione dei canali radicolari. Successivamente affronteremo la problematica della rimozione dei sistemi di ancoraggio canalare del build up pre-protetico, vale a dire perni metallici fusi o del commercio e perni in fibra che impediscono la ri-negoziazione del canale radicolare. Qualsiasi perno, se necessario, si può rimuovere!

Altra tematica è la gestione delle false strade e soprattutto delle perforazioni, evenienze non inconsuete, determinate dalla difficoltà al reperimento degli imbocchi canalari o dalla incauta strumentazione canalare, spesso con strumenti incongrui.

In questi importanti danni strutturali, che solo pochi anni fa ci imponevano un'estrazione, le prevedibilità di successo sono notevolmente aumentate dopo l'avvento prima dell'MTA e successivamente dei nuovi cementi bioceramici.

L'ultimo tema è la gestione degli strumenti fratturati, sempre più frequenti dall'avvento della strumentazione rotante NiTi.

L'obiettivo deve sempre tener conto di non esagerare nella rimozione del tessuto dentale. Rimuovere uno strumento con un'eccessiva asportazione di dentina potrebbe rendere molto più fragile una radice, quindi un'attenta pianificazione delle procedure è indispensabile; e qualche volta potrebbe essere più corretto rinunciare prediligendo un'approccio chirurgico che, pur essendo più invasivo, potrebbe portare meno danni di una eccessiva demolizione.

Durante il corso si analizzeranno le varie fasi, sinteticamente suddivise in

- 1) *accesso visivo allo strumento*
- 2) *rimozione dell'impegno in dentina, con conseguente mobilizzazione*
- 3) *eventuale aggancio in funzione rimozione*

In sintesi un fallimento endodontico quasi sempre si riesce a risolvere con un ritrattamento endodontico; metodica più conservativa e sicuramente meno invasiva.

Gli eventuali, ulteriori fallimenti possono essere gestiti con l'endodonzia chirurgica, che consente quindi, associata ovviamente alla precedente terapia ortograde, di evitare quasi sempre il ricorso ad un'estrazione dovuta a insuperabili motivazioni endodontiche.

Il programma completo del 1st **International Congress AIE**

www.accademiaitalianaendodonzia.it