

Diagnosi e piano di trattamento in Endodonzia

In Endodonzia, così come in Medicina, il raggiungimento e la stabilità del risultato della terapia nel tempo dipendono da tre fasi: pre-operatoria, intra-operatoria e post-operatoria. Nell'ottica comune viene data massima attenzione alla fase intra-operatoria, più tecnica, comunemente ritenuta determinante per il raggiungimento del successo. In realtà, la fase pre-operatoria, che si identifica con la fase diagnostica, risulta essere tanto importante quanto le altre due, secondo i dati che la letteratura ci fornisce(1).

In Odontoiatria, patologie differenti si manifestano con segni e sintomi comuni: il dolore localizzato ad un dente si accompagna alla riacutizzazione di una patologia pulpare, ma si può accompagnare anche ad una sinusite mascellare o rappresentare un segno di quadri disfunzionali del sistema masticatorio o essere espressione di ipersensibilità dentinale. Da non dimenticare la presenza di dolore dentale nella sindrome, non molto frequente, chiamata Odontalgia Atipica o Phantom Tooth Pain Syndrome (2-3).

Una raccolta ascessuale può originare sia da un'infezione parodontale che endodontica, diventa quindi essenziale la fase diagnostica pre-operatoria per consentire la corretta impostazione del piano di trattamento(4).



Fig.1 Esempi di raccolta ascessuale di origine origine differente

L'indagine radiografica è molto utile, ma, da sola, non è sufficiente per la diagnosi differenziale e va associata ad altre indagini diagnostiche come l'esame anamnestico e obiettivo, il sondaggio parodontale, eventuali tests di vitalità pulpare.



Fig.2 Esempi di radiotrasparenza nell'area della forcazione molare che corrispondono alle immagini cliniche della fig.1: endodontica, parodontale, stripping, endodontica

Una volta completata la fase diagnostica, viene definito il piano di trattamento nel quale la prognosi della terapia endodontica riveste un ruolo importante. Nella patologia cariosa, spesso la carie si estende verso la polpa, ma nel caso in cui il dente risulti asintomatico e non sia necessario un restauro protesico dell'elemento, la migliore terapia endodontica è il mantenimento della vitalità pulpare, specie nel paziente giovane. Nei denti affetti da malattia parodontale la polpa rimane viva e

vitale anche a fronte di una perdita di supporto superiore al 50%, benchè la risposta ai tests di vitalità possa risultare scarsa o assente(4). Nelle immagini radiografiche si evidenzia frequentemente una riduzione dell'ampiezza canalare.



Fig.3 Parodontite avanzata: mantenimento della vitalità pulpare dopo 20 anni dalla terapia iniziale, benchè i tests di vitalità risultino inattendibili

Al contrario, il trattamento endodontico si rende necessario quando il dente rimanga molto sensibile dopo la terapia causale iniziale di scaling e root planing, quando si verifichi la necrosi pulpare a partire dai batteri presenti all'interno del canale verso la tasca parodontale (lesione endo-perio) o della tasca parodontale verso l'endodonto (lesione perio-endo) o nei casi di resezione radicolare(4).

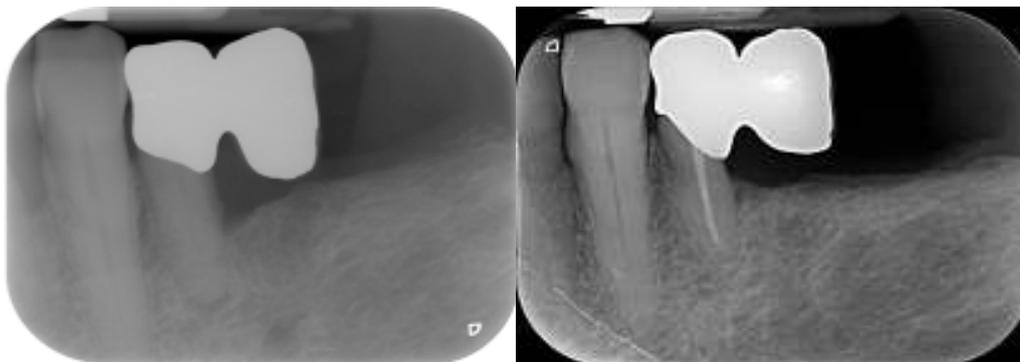


Fig.4 L'infezione endodontica ha determinato una lesione parodontale distale reversibile (lesione endo-perio)

In caso di protesizzazione la letteratura(5) ci informa che la vitalità pulpare viene persa nei denti protesizzati solo in percentuale piuttosto bassa, se la preparazione del moncone è avvenuta in modo non eccessivamente traumatico, ovvero senza esercitare un'eccessiva pressione con una fresa idonea e ben tagliente e sotto abbondante getto d'acqua. Pertanto l'indicazione a devitalizzare preventivamente dipende dall'eventuale eccessiva vicinanza alla polpa durante la preparazione del moncone, da eventuali fenomeni emorragici post-operatori o da un forte incremento e persistenza della sensibilità dopo la preparazione del dente.

Bibliografia

- 1) Givol N, Rosen E et A. Risk management in Endodontics. *Journal of Endodontics* 2010;36:982-984
- 2) Frequency of Non-Odontogenic Pain After Endodontic Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis Donald R. Nixdorf, Estephan J. Moana-Filho et A. *J Endod.* 2010 September ; 36(9): 1494–1498
- 3) Frequency of Persistent Tooth Pain Following Root Canal Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis Donald R. Nixdorf, Estephan J. Moana-Filho et A. *J Endod.* 2010 February ; 36(2): 224–230
- 4) Clinical periodontology and implant dentistry. IV Edition Lindhe J, Karring T, Lang N. Blackwell Publishing Company 2003
- 5) A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (FPDs) after an observation period of at least 5 years. III. Conventional FPDs. Tan K., Pjetursson B et A. *Clin. Oral Impl. Res.* 15, 2004; 654–666