

Dr. Cristina Bechelli
Medico Chirurgo
Specialista in Odontostomatologia

Le perforazioni endodontiche, vie di comunicazione patologica fra gli spazi pulpari ed i tessuti parodontali, possono essere conseguenza di riassorbimenti interni od esterni, di processi cariosi trascurati del colletto o della forcazione in soggetti con parodontopatia, oppure avere causa iatrogena.

Le perforazioni iatrogene sono uno degli incidenti procedurali più devastanti per l'endodontista, potendo portare alla perdita del dente in seguito al coinvolgimento parodontale. Esse conseguono di solito ad una inaccurata valutazione dell'anatomia del dente alla Rx preoperatoria. Sono a rischio di perforazione gli elementi dentali che presentino obiettive difficoltà di trattamento, quali calcificazioni distrofiche della camera pulpare o dei canali radicolari, asse di inclinazione della corona clinica diverso dall'asse lungo radicolare, radici sottili e curve, e via seguitando.

In base alla sede si distinguono perforazioni della forca e radicolari.

Andrebbero poi distinte le perforazioni propriamente dette dagli *stripping*. Le prime sono soluzioni di continuo transmurali a limiti netti, causate da strumenti ruotanti, più di frequente osservabili a livello cervicale; gli *stripping* sono perforazioni da eccessivo assottigliamento della parete radicolare, causate da improprio alesaggio manuale o da strumenti rotanti tipo frese di Gates-Glidden, più spesso nel terzo medio radicolare.

La diagnosi di perforazione è possibile attraverso la visione diretta del sanguinamento, l'osservazione del cono di carta bagnato di sangue, una Rx con strumento inserito nella sospetta perforazione, o mediante localizzatore apicale.

La sintomatologia può essere immediata (dolore) o tardiva (sintomi parodontali).

La prognosi a lungo termine dipende dalla tempestività di intervento, sede e dimensioni della perforazione, caratteristiche del materiale usato per otturare la perforazione e abilità dell'operatore. Essa è migliore per le perforazioni intraossee di piccole dimensioni, distanti dal solco gengivale e otturate in tempi brevi.

Il trattamento di base consiste nell'otturazione per via intracoronale, che può essere seguita dal *curettage* chirurgico dell'eccesso di materiale da otturazione. In caso di ampie perforazioni, come da riassorbimento esterno, si può ricorrere all'otturazione per via chirurgica, se accessibile. L'apicectomia è indicata per le perforazioni apicali.

Il materiale ideale da otturazione dovrebbe essere atossico, biocompatibile, sigillante, non riassorbibile, radiopaco e possibilmente batteriostatico e osteoinduttivo. Purtroppo, nessuno dei materiali usati finora (amalgama, guttaperca, Super-EBA, IRM, Cavit, ossido di Zn-eugenolo, cementi vetro-ionomerici, resine auto-fotopolimerizzanti, idrossido di Calcio) ha dimostrato di possedere tutte insieme queste caratteristiche. Buone prospettive sembrano tuttavia offerte dall'uso del nuovo cemento Mineral Trioxide Aggregate (MTA) che parrebbe possedere questi requisiti.

Fig. 1 e 2: Perforazione del terzo medio della radice distale (a destra con strumento inserito) causata verosimilmente dalla fresa utilizzata dall'operatore durante la preparazione della cavità per il perno.

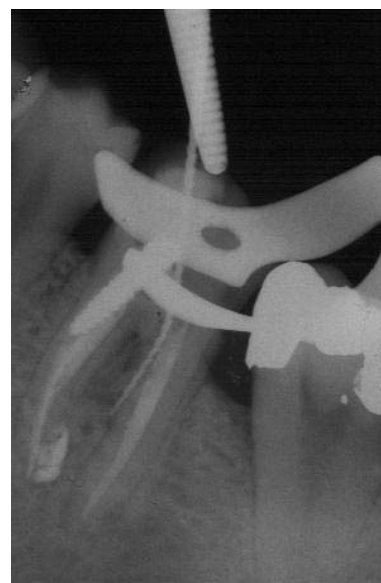


Fig. 3: Controllo a sei mesi dopo rimozione del perno, accurata disinfezione e otturazione per via intracoronale con MTA.

