

Il trattamento endodontico

Quando è necessario?

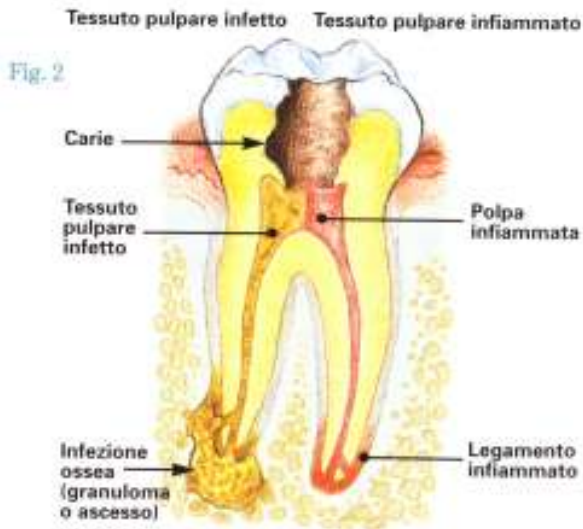
La polpa dentaria, contenuta all'interno del dente, comunemente indicata con il termine di "nervo del dente", è in realtà un tessuto connettivo altamente specializzato, contenente arterie, vene, terminazioni nervose e cellule connettivali (Fig. 1).



In seguito ad una carie profonda e relativa contaminazione batterica, oppure in seguito ad un trauma, la polpa va incontro ad infiammazione ed infezione: è il quadro, clinicamente spesso doloroso, della pulpite.

L'infiammazione acuta o cronica (ovvero più o meno rapida nella sua evoluzione) si può propagare al di fuori dell'apice della radice dentaria e diffondersi all'osso alveolare circostante provocando le lesioni definite come ascesso o granuloma e visibili in radiografia come un'area scura (rarefazione ossea) intorno all'apice della radice (Fig.2).

In questi casi l'indicazione al trattamento endodontico è il rifacimento di una precedente cura endodontica mal eseguita o fallita: il ritrattamento endodontico.



In cosa consiste?

Il trattamento endodontico consiste nella rimozione del tessuto pulpare sia a livello della corona sia a livello delle radici e nella sostituzione del tessuto rimosso con una otturazione permanente in guttaperca e cemento canalare, previa adeguata sagomatura dei canali radicolari (Fig. 3).



Quanto dura?

Il trattamento endodontico è abbastanza lungo soprattutto per i molari, poiché necessita di una o più sedute a seconda dei casi. I tempi operativi del trattamento endodontico sono i seguenti:

- Anestesia locale (l'intero trattamento è completamente indolore)
- Ricostruzione provvisoria della corona dentale quando questa è distrutta, allo scopo di lavorare in condizioni ottimali di isolamento del campo operativo.
- Isolamento del campo operativo mediante la cosiddetta diga: cioè un foglio di gomma teso da un archetto metallico e tenuto *in situ* da un uncino metallico.
- Apertura della camera pulpare attraverso la corona dentale.
- Ritrovamento del o dei canali. Misurazione della lunghezza del canale (dalla corona sino all'apice radicolare) mediante una radiografia o un localizzatore apicale. Le dosi di radiazioni assorbite nell'esecuzione di una radiografia ad uso odontoiatrico è minima. Il rapporto rischio/beneficio è altamente a favore del beneficio (cioè una corretta cura endodontica).
- Strumentazione dei canali mediante uno strumentario endodontico che asporta la polpa canalare, batteri e sostanze infette creando nel medesimo tempo una forma a cono, adatta a ricevere il materiale d'otturazione.
- Lavaggi con ipoclorito di sodio (potente antisettico), per ottenere un ambiente il più possibile asettico.
- Riempimento permanente dei canali con guttaperca, materiale plastico e modellabile con il calore, associato a cemento canalare (Fig. 4).



- Otturazione provvisoria
- Controllo radiografico di fine cura
- Ricostruzione del dente a scopi protesici.

Farà male?

Durante il trattamento il dolore è completamente assente, grazie all'anestesia locale. Un indolenzimento, che può essere soggettivamente più o meno lieve, è quasi sempre presente nei due o tre giorni successivi alla cura endodontica: si può ovviare con un qualsiasi analgesico.

In rarissimi casi, in radici particolarmente infette, a causa della mobilitazione ed al passaggio di batteri oltre apice può svilupparsi un ascesso, ovviamente doloroso; l'insorgenza di queste complicanze non pregiudica però il successo della terapia iniziata. In questi casi è necessario il drenaggio dei canali: questo si può ovviamente ottenere ritornando pochi minuti in studio.

Cosa si ottiene con il trattamento endodontico?

Il recupero dell'elemento dentario e la possibilità del suo reinserimento (con il restauro protesico) nell'arcata dentale.

La percentuale di successo di un trattamento endodontico corretto è, in condizioni normali, elevata.

La percentuale diminuisce nei casi di ritrattamento, quando cioè la cura canalare è già stata effettuata in precedenza ma in maniera inadeguata (cure corte, errori di strumentazione, presenza di varianti anatomiche etc.).

In questi casi si può comunque intervenire chirurgicamente con l'apicectomia ed otturazione retrograda in modo da aumentare le possibilità di successo.