

PIAVE
Dentonet®
Professional

Nuovi spazzolini professionali

- SENSITIVE
- MORBIDO ● MEDIO ● DURO
- ORTODONTICO



Italian Dental JOURNAL

attualità informazione cultura professione



GUARDA IL VIDEO!

Rizotomia e chirurgia ossea resettiva

Dott. Alberto Fonzar

A PAGINA 25 PUOI LEGGERE LE ISTRUZIONI CHE TI GUIDANO A VEDERE IL VIDEO SUL TUO SMARTPHONE



Dental School di Torino tra didattica e assistenza

Centro d'eccellenza nell'odontoiatria pubblica



Prof. STEFANO CAROSSA

I prodotti stampati di oggi per voi dentisti

DocCards®
IL nome dice tutto!

Trovate i vostri prodotti su ...
www.DocCards.com

DocCards® • Geppinger Str. 3 a • D-83404 Ainring
Tel.: +49 (0)8654 / 779 283 00800-36 222 737
dc-italia@DocCards.com

**INTERNATIONAL
38 EXPODENTAL**
THE ITALIAN RESPONSE TO YOUR BUSINESS PRIORITY

7-9 OTTOBRE 2010
Fiera di ROMA - Padiglioni 7-8-9-10

PER INFORMAZIONI
Promunidi srl - expodental@expodental.it
Tel. 02.7006121 - Fax 02.7006546

**3 EXPODENTAL
forum**

www.expodental.it



GRIFFIN EDITORE
www.griffineditore.it - info@griffineditore.it

51° Corso gratuito Fondazione Prof. Luigi Castagnola

Tradizione e innovazione in odontoiatria conservativa

15/16 ottobre 2010
Palacongressi di Rimini

27° Memorial Biaggi
Associazione Amici di Brugg per Assistenti ed Igienisti Dentali

segreteria organizzativa:
Ufficio Corsi Dental Trey - Tel. 0543 929129
iscrizione on line www.dental Trey.it



www.zerodonto.com

Il blog Zerodonto è stato fondato dal dottor Fabio Cozzolino insieme a un gruppo di odontoiatri napoletani nell'ottobre 2007. Nasce dall'idea di realizzare uno spazio virtuale in aggiornamento continuo in cui un gruppo di colleghi potesse condividere le proprie esperienze professionali e le proprie conoscenze con il resto della comunità odontoiatrica.

Il nome "Zerodonto" rispecchia il tono scherzoso e umile con il quale è nato il blog, tono che non ha mai smesso di animare il lavoro di questo gruppo di colleghi spinti da una grande passione per l'odontoiatria. Come si può leggere sul blog, "Ci siamo voluti chiamare zerodonti come segno di umiltà affinché questo blog sia un modo per crescere insieme senza mai avere la presunzione di insegnare".

Il sito, ad oggi, è molto consultato in ambito odontoiatrico e si propone come interessante spunto per il confronto tra colleghi.

Zerodonto non è solo professionalità e informazione, ma grazie alle vignette e ai video spiritosi offre anche la possibilità di un approccio "divertente" alle tematiche odontoiatriche e fa capire quanto il team degli specialisti, nonostante offra un alto livello di professionalità, non ami prendersi troppo sul serio.

Gli odontoiatri che lo hanno realizzato, pubblicando le loro ricerche e i loro lavori clinici, sono il dottor **Fabio Cozzolino**, che si interessa di parodontologia e implantologia, la dottoressa **Anna Mariniello**, che si occupa di ortodonzia e in particolare di ortodonzia invisibile fissa linguale senza attacchi, il dottor **Roberto Sorrentino**, che si interessa di protesi, il dottor **Giuseppe Cozzolino**, che si interessa di parodontologia, la dottoressa **Natascia Raciti**, che ha effettuato interessanti riassunti della letteratura, e da poco si sono aggiunti il dottor **Claudio Farnararo**, che si occupa prevalentemente di endodonzia e il dottor **Davide Apicella**, che si interessa di ortognatodonzia e cura nel blog la sezione di materiali dentari. Si tratta di un gruppo di colleghi, ma prima di tutto amici, animati dalla stessa passione per l'odontoiatria (nella foto in alto). Essi stessi riferiscono di reputarsi fortunati ad avere tra i loro hobby preferiti il proprio lavoro, ed è questo che rende possibile la realizzazione del blog e di tutta l'attività che c'è dietro.

Grazie poi all'apporto di illustri colleghi, come ad esempio nella sezione endodonzia il professor Berutti, il professor Cantatore, il dottor Castellucci, il dottor Buchanan, il dottor Giardino e il dottor Uccelli, il blog ha avuto un'ottima visibilità anche al di fuori della comunità scientifica nazionale. Recentemente, pertanto, sulla spinta di richieste da parte di colleghi non italiani, è stata aperta anche la versione in inglese del blog (<http://en.zerodonto.com>), in modo da permetterle la massima fruibilità anche a livello internazionale.

Odontoiatria in blog Zerodonto: Implantologia, Ortodonzia Invisibile, Endodonzia, Protesi e altro

Questo blog nasce dalla voglia di comunicare e divulgare idee e conoscenze in campo odontoiatrico. Gli odontoiatri che lo hanno realizzato illustrano i propri lavori clinici e ricerche ma sono presenti anche lavori di altri autori. Vengono trattati tutti i temi dell'odontoiatria come l'ortodonzia invisibile, l'implantologia, l'endodonzia, la protesi, l'igiene, l'allergologia, la parodontologia, la conservativa. Il desiderio è quello di crescere insieme senza mai avere la presunzione di insegnare.

LAVORO ORIGINALE

Apicectomia: lo stato dell'arte in endodonzia chirurgica

Dott. Arnaldo Castellucci
Dott. Matteo Papaleoni

Per endodonzia chirurgica si intende quella branca dell'odontoiatria che si occupa della diagnosi e del trattamento delle lesioni di origine endodontica che non rispondono alla terapia endodontica convenzionale o che non possono essere trattate con essa.

Scopo dell'endodonzia chirurgica pertanto è quello di ottenere la detersione, sagomatura e otturazione tridimensionale della porzione apicale del sistema dei canali radicolari non trattabili attraverso la cavità d'accesso, ma raggiungibili solo attraverso un lembo chirurgico. Per questo motivo si preferisce utilizzare il termine endodonzia chirurgica anziché chirurgia endodontica, in quanto l'intervento deve essere programmato ed eseguito come un intervento di endodonzia fatto attraverso un accesso chirurgico, e non solo come un intervento di chirurgia fatto per motivi endodontici.

Una volta confermata la diagnosi di insuccesso endodontico, è necessario comprendere quali sono state le cause che hanno portato all'insuccesso stesso per valutare successivamente se esiste la possibilità di correggere il fallimento con un ritrattamento ortograde. Solo nel caso in cui questa possibilità non esista, o meglio, solo dopo che i tentativi di risolvere la terapia per via non chirurgica siano falliti, solo allora siamo autorizzati a intervenire per via chirurgica. L'endodonzia chirurgica, in altre parole, non è il sostituto di un'endodonzia approssimativa e non deve essere una scappatoia per lasciare non "ritrattata" una terapia endodontica ortograde inadeguata.

In accordo con quanto affermato da Nygaard-Ostby e Schilder, l'endodonzia chirurgica deve essere riservata a quei casi nei quali la preparazione e l'otturazione dei canali radicolari appaiono impossibili fin dall'inizio o quando i tentativi di ritrattamento non chirurgico siano falliti. Anche in questi casi, tuttavia, gli autori raccomandano di riempire con le metodiche tradizionali la maggior parte possibile di canale prima di procedere all'intervento chirurgico.

Al giorno d'oggi le tecniche e gli strumenti per ritrattare clinicamente gli insuccessi endodontici si sono affinati talmente tanto che i casi che sicuramente presentano l'indicazione alla chirurgia e che non possono essere ritrattati per via ortograde sono sempre più scarsi dal punto di vista numerico. Spesso un'elevata esperienza in endodonzia chirurgica nasconde l'incapacità da parte dell'operatore di eseguire una corretta detersione, sagomatura e otturazione tridimensionale del sistema dei canali radicolari per via non chirurgica.

Infine, anche dopo che è stata accertata l'indicazione alla chirurgia, in accordo con Weine e Gerstein, è consigliabile rimuovere il più possibile la precedente otturazione canalare inadeguata e sostituirla con guttaperca ben compattata: si possono così riempire canali laterali, canali addizionali precedentemente dimenticati e talvolta l'intervento chirurgico può rendersi non più necessario.

Nei casi tuttavia in cui rimane l'indicazione alla chirurgia, è oggi possibile ottenere il successo della nostra terapia in una percentuale di casi notevolmente maggiore rispetto a quello che si poteva ottenere fino a pochi anni fa, e questo grazie ai progressi tecnologici recentemente avvenuti nel campo dell'endodonzia chirurgica.



Fig. 1. Il microscopio operatorio è ormai da anni lo strumento indispensabile senza il quale non è possibile eseguire questo tipo di interventi che richiedono una precisione assoluta. Gary Carr di San Diego, che ha rivoluzionato l'endodonzia chirurgica alla fine degli anni '80 con l'introduzione delle punte da ultrasuoni, ha insegnato l'utilizzo del microscopio operatorio. Affermava: "Il dentista che non ha capito la differenza che c'è tra più e meno mezzo millimetro, è bene che cambi mestiere!".

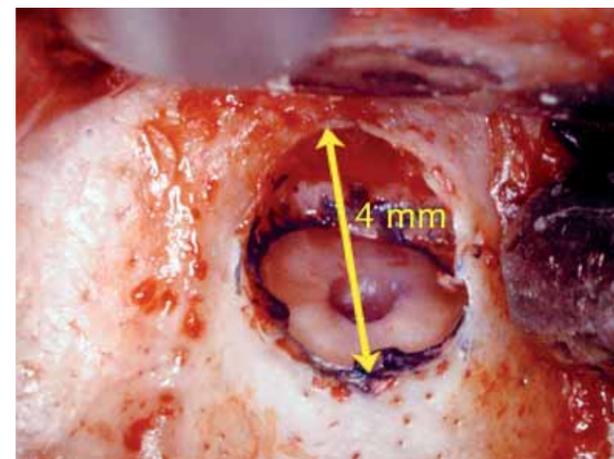


Fig. 2. La breccia ossea deve essere sufficientemente ampia da consentire l'introduzione delle punte da ultrasuoni, ben diversa quindi dalle breccie ossee che si usavano anni fa, molto più ampie e mutilanti, per consentire l'introduzione del manipolo e della fresa.

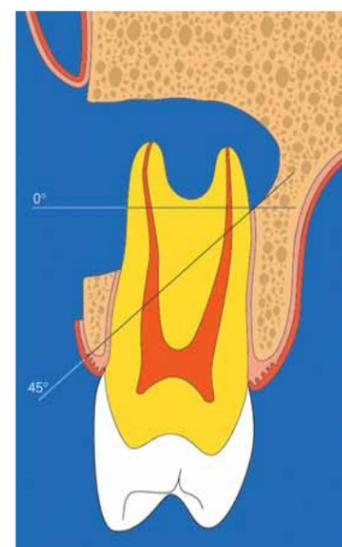


Fig. 3. La resezione apicale viene eseguita con un taglio della radice quasi a 90°, ben diversa dal "bisello" a 45° che veniva usato una volta per poter avere il canale radicolare rivolto verso l'operatore, che con la fresa e il manipolo diritto eseguiva la cavità per l'otturazione retrograda. Tale amputazione richiedeva tra l'altro una notevole asportazione di struttura radicolare vestibolare, nel caso fosse stato necessario raggiungere l'eventuale radice palatina.



Fig. 4. La punta da ultrasuoni va posizionata inattiva e deve essere attivata solo successivamente. Con essa si prepara una cavità di I classe, in asse con il canale radicolare, detersa su 360° e in particolare sulla superficie vestibolare, zona che era impossibile da detergere e preparare con l'utilizzo delle frese.

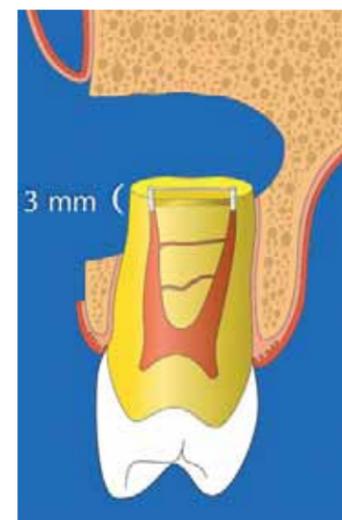


Fig. 5. La preparazione della cavità retrograda eseguita con l'utilizzo delle punte da ultrasuoni deve essere profonda almeno tre millimetri ed essere in asse con il canale. Considerando il fatto che con l'apicectomia si asportano in genere i tre millimetri apicali della radice, quelli cioè che contengono il maggior numero di canali laterali e accessori, in pratica con l'intervento vengono trattati sei millimetri di endodonto.

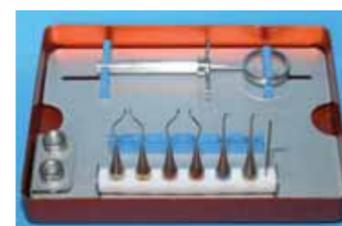


Fig. 6. Il Micro Apical Placement (MAP) System è oggi considerato lo strumento di elezione per poter posizionare il materiale da otturazione retrograda nella cavità preparata.

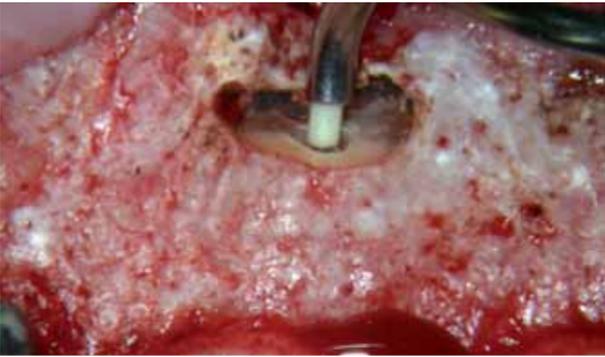


Fig. 7. L'ago scelto del MAP System viene prima provato per controllare il suo adattamento alla cavità preparata. L'ago deve poter entrare leggermente al suo interno e il pistone che deposita il materiale, essendo più lungo dell'ago, agisce anche da plugger, iniziando la compattazione del materiale stesso.



Fig. 8. L'ago del MAP System ha appena depositato l'MTA all'interno della cavità retrograda, senza che sia avvenuto il minimo spargimento di materiale nei tessuti circostanti. La tecnica può essere eseguita con il massimo di precisione, grazie all'ingrandimento garantito dal microscopio e alla microstrumentazione che ad esso si accompagna.

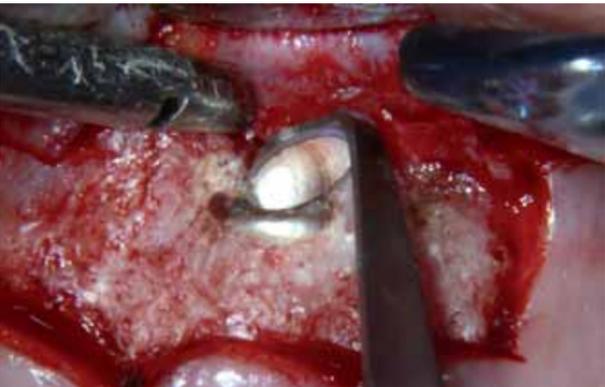


Fig. 9. Con il microspecchietto si controlla l'otturazione appena eseguita. L'uso del microspecchietto rappresenta l'unico momento in cui, durante l'intervento di endodonzia chirurgica, si lavora in visione indiretta.



Fig. 10. La sutura consigliata oggi è in poliestere rivestito da teflon, materiale che non trattiene placca batterica. Il calibro più utilizzato è 6/0, ma talvolta può rendersi necessario anche la sutura di calibro 7/0, praticamente invisibile a occhio nudo. In questa immagine si vede la sutura 6/0 appena eseguita.



Fig. 11. Questa foto relativa al caso della figura precedente e scattata dopo 6 mesi dall'intervento, mostra la perfetta guarigione senza il benché minimo esito cicatriziale. L'incisione "paramarginale" era stata fatta in gengiva aderente incidendo i tessuti con il bisturi a 90° (senza fare cioè un'incisione bisellata come era raccomandato una volta) e la sutura era stata rimossa dopo 24 ore.



Figg. 12 e 13. Radiografie pre-operatoria e controllo dopo due anni. Nel corso del ritrattamento ortogrado il molare aveva mostrato di avere i due canali della radice mesio-vestibolare completamente insondabili. Data la presenza della lesione e dei sintomi, è stato deciso l'intervento di endodonzia chirurgica. Il controllo a distanza di tempo mostra la completa guarigione.

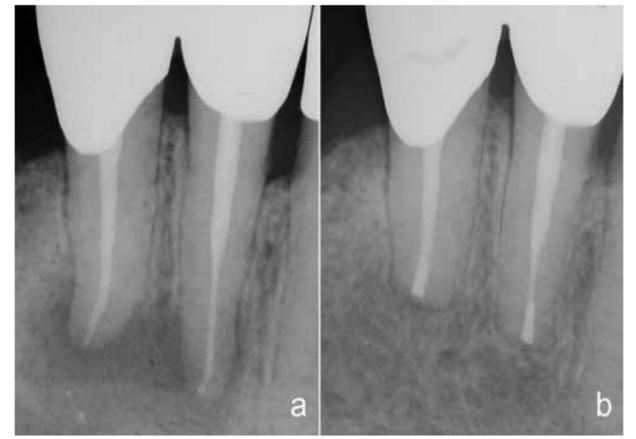


Fig. 14a e 14b. Radiografia pre-operatoria e controllo a due anni dei due premolari inferiori di destra. Si notino le dimensioni delle otturazioni retrograde, perfettamente in asse con il canale, profonde circa tre millimetri e rispettose delle dimensioni originali del canale.

