

Diagnosi e terapie delle complicanze

Quali sono quelle più frequenti e come si manifestano? Una volta diagnosticate, poi, come vanno trattate? Ecco le risposte di tre noti specialisti, un endodontista, un implantologo e un protesista, ai quali abbiamo anche chiesto come ridurre i rischi di complicanze e come affrontarle sul piano della comunicazione con il paziente.

■ Graziano Pintus

Se errare è umano e perseverare è diabolico, allora prevenire le complicanze è quantomeno necessario, almeno in odontoiatria. Innanzitutto, perché le complicanze sono un disagio per il paziente, poi perché, se mal gestite, rappresentano la porta d'accesso al contenzioso medico-legale. Abbiamo chiesto a tre noti specialisti come prevenire, ma anche come gestire le complicanze più comuni. Ecco i loro consigli e le loro indicazioni.

Le tre complicanze più frequenti in endodonzia

Prima fra tutte è la rottura dello strumento all'interno di un canale. "Se non si prendono le giuste precauzioni, può accadere a chiunque", esordisce Arnaldo Castellucci, medico chirurgo, specializzato in Odontostomatologia, che dal 1980, dopo aver frequentato i corsi della Boston University School of Graduate Dentistry sotto la guida di Herbert Schilder, si è dedicato alla sola endodonzia clinica e chirurgica. "Lo strumento rotante", spiega, "va impiegato con cautela e sostituito frequentemente per evitare che si rompa". Se dovesse accadere, avverte Castellucci, è necessario innanzitutto avvisare il paziente e poi, se ci si sente in grado, seguire una delle due possibili soluzioni. "Con l'ausilio del microscopio si può tentare di rimuovere il frammento per via ortograde, quando questo è visibile e quindi aggredibile all'interno del canale", suggerisce Castel-

lucci, "altrimenti si può tentare di bypassarlo con gli strumenti manuali in maniera da portare i disinfettanti e i materiali da otturazione canalare al di là del frammento metallico che in questo caso rimarrà all'interno della radice senza causare alcun danno o alcun problema". In altre parole, nel caso di questo spiacevole incidente che, come già detto, può capitare a chiunque eserciti l'endodonzia, il problema può essere risolto non solo rimuovendo il frammento metallico, ma anche semplicemente andando a prendersi cura della parte di canale radicolare apicale al frammento stesso.

La seconda complicanza, banale ma frequente, riguarda i canali dimenticati, o non completamente disinfettati e quindi preparati in maniera non corretta. Questi possono causare dolore al paziente e "in questo caso è sufficiente eseguire nuovamente le procedure in modo corretto per veder cessare ogni fastidio", prosegue Castellucci. "Questa tipica complicanza", spiega, "la troviamo nella cura del primo molare superiore, che ha tre radici ma ben quattro canali. Il cosiddetto 4° canale è piuttosto nascosto e se non si crede alla sua esistenza (oltre il 93%) e non si sa dove si nasconde, non lo si cerca, non lo si trova e poi sorgono i problemi che richiedono il reintervento o ritrattamento clinico o talvolta chirurgico".

Per quanto riguarda la terza complicanza, per fortuna poca frequente, il dottor Castellucci muove una critica al sistema

di formazione italiano. "Cercare un canale senza l'utilizzo di strumenti ingrandenti può portare a eseguire una perforazione della radice del dente", precisa l'esperto di endodonzia. "Oggi, per fortuna", conclude, "abbiamo il microscopio operatorio che aiuta a evitare di commettere questi errori e abbiamo materiali biocompatibili che consentono di riparare con successo questi danni iatrogeni. Al di sopra di tali materiali ricresce il legamento parodontale e l'osso, garantendo un successo sicuro anche a lungo termine".

Strumenti e formazione

L'attenzione del dentista e l'uso di strumenti adeguati sono gli elementi fondamentali per evitare le complicanze, sottolinea Arnaldo Castellucci che ricorda come negli Stati Uniti, a partire dagli anni '90, sia diventato obbligatorio l'insegnamento dell'utilizzo del microscopio nelle Scuole di Specializzazione di Endodonzia.

"Ormai da anni, infatti", afferma Castellucci, "questa specialità si insegna e si pratica con questo mezzo ingrandente. Purtroppo non si può dire altrettanto per l'Italia, dove il microscopio non è così diffuso e soprattutto mancano le scuole di Specializzazione post laurea in Odontoiatria, scuole invece esistenti da anni in quasi tutti gli altri Paesi del mondo".

Se per le Scuole di Specializzazione in Endodonzia in Italia bisognerà aspettare ancora chissà quanto, per ridurre i danni da complicanze qualcosa si può fare già subito.

"Purtroppo, le complicanze possono accadere a tutti", ammette Castellucci, "la cosa ideale quando succedono questi incidenti di percorso è, come dicevo, avvisare innanzitutto il paziente. Se poi non si è in grado di risolvere da soli il problema o se non si hanno i mezzi, come ad esempio primo tra tutti il microscopio operatorio, in tali casi è meglio ammettere i propri limiti e affidare il paziente ai colleghi specialisti".

Anche in questo caso, le accortezze per accogliere il paziente riferito o giunto spontaneamente non sono mai abbastanza. "Personalmente, con i pazienti che arrivano nel mio studio per risolvere una complicanza, cerco sempre di smorzare i to-

ni”, spiega Castellucci, “in altre parole, non butto mai benzina sul fuoco criticando i miei colleghi, anche perché, per fortuna, sono rari i casi in cui il paziente che viene da me con una complicanza non ne sia stato precedentemente informato”.

Ai giovani, Castellucci suggerisce di aggiornarsi di continuo. “Io sono laureato in medicina, perché ai miei tempi non esisteva la facoltà di Odontoiatria”, prosegue, “ma ho la Specializzazione in Odontostomatologia che mi ha fatto diventare “dentista generico”, dopodiché mi sono rimboccato le maniche e ho seguito numerosi corsi sia in Italia sia negli Stati Uniti in particolare, dove ho potuto approfondire la “Specialità” che mi appassionava, cioè l’Endodonzia. Credo sia importante l’aggiornamento professionale e seguire i Corsi Master che organizzano molte Università italiane, corsi post laurea teorico-pratici a mio avviso molto validi e utili alla professione, che consiglio non solo ai neolaureati ma anche a chi è già nella professione da tempo. Tra l’altro, ho il piacere e soprattutto l’onore di essere ormai da anni invitato a tenere lezioni nell’ambito di questi Master in alcune delle più prestigiose Università Italiane, come Torino, Napoli, Firenze e più recentemente Catanzaro e Cagliari. Nel campo dell’Endodonzia si sono avute negli ultimi anni delle vere e proprie rivoluzioni tecnologiche e scientifiche. Oggi si parla di “rigenerazione” pulpare, di cellule staminali, oltre ad avere strumenti rotanti in nichel titanio che sagomano i canali radicolari per noi e che hanno enormemente semplificato la vita, rendendo anche l’“Endodonzia complessa” alla portata di tutti. Abbiamo sempre qualcosa da imparare e se un giorno pensiamo ormai di sapere tutto, bene, quel giorno in realtà saremo... finiti!”.

Un protocollo per contenere i rischi in implantologia

È uno strumento diagnostico computerizzato, il protocollo Longevity, quello a cui fa riferimento Tiziano Testori, implantologo di fama internazionale, Responsabile del Reparto di Implantologia e Riabilitazione Orale presso la Clinica Odontoiatrica Dott.



Arnaldo Castellucci



Tiziano Testori

(Direttore Prof. R. L. Weinstein), I.R.C.C.S. Istituto Ortopedico Galeazzi, Università degli Studi di Milano.

“Il miglior modo per gestire le complicanze”, spiega, “è ridurre l’incidenza. Come? Attraverso lo strumento che oggi gli implantologi hanno a disposizione, il protocollo Longevity, che consente di indivi-

duare i pazienti a rischio di fallimento implantare. Il protocollo è nato con l’obiettivo di fornire al clinico uno strumento basato sull’evidenza scientifica, perché troppo spesso la valutazione dei casi è lasciata alla sensibilità diagnostica e all’esperienza dei vari clinici e questo comporta una scarsa omogeneità di analisi”.

Il protocollo ideato da Tiziano Testori e da Carlo Clauser, Matteo Deflorian, Francesco Zuffetti, Fabio Galli, Matteo Capelli, Andrea Parenti, Luca Fumagalli, Antonio Cerutti, Massimo Del Fabbro con la coordinazione del Prof. Roberto L. Weinstein è un protocollo diagnostico orientato all’individuazione e alla quantificazione dei fattori di rischio che, in alcune circostanze, possono preannunciare complicanze o fallimenti.

“Abbiamo innanzitutto compiuto una revisione della letteratura per identificare i fattori di rischio riconosciuti dalla comunità scientifica”, spiega Testori, “poi abbiamo classificato i dati ricavati dalla revisione in base alla forza dell’evidenza scientifica (secondo la classificazione del CEBM, il Center for Evidence Based Medicine di Oxford), infine costruito una matrice di calcolo, pensata in relazione alla situazione clinica, al piano di trattamento ipotizzato e ai fattori di rischio individuati, che ha consentito la realizzazione del software Longevity”.

Le valutazioni contemplate nel protocollo sono state divise in tre macro aree che comprendono il rischio generale (stato di salute sistemica del paziente), il rischio dento-parodontale e il rischio implantare specifico.

“Il protocollo è stato validato da uno studio prospettico”, fa sapere Testori, “pertanto oggi possiamo affermare con ragionevole certezza l’esistenza di una corrispondenza tra fallimenti implantari e classificazione del rischio elevato”.

Lo strumento offre molteplici vantaggi. “Il clinico lo può usare durante la formulazione della diagnosi e del piano di trattamento”, spiega Testori, “in modo da evitare di sottoporre i propri pazienti a rischi evitabili. Il ricercatore se ne può avvantaggiare perché fornisce un ampio database di informazioni”. Anche le associazioni di ca-

tegoria e le assicurazioni sanitarie, fa notare Testori, potrebbero avere interesse ad adottarlo per ridurre il rischio di contenziosi medico-legali, ma non solo. “Longevity può essere utile anche all’industria implantare”, afferma Testori, “nella razionalizzazione delle sostituzioni di impianti falliti, mentre al paziente può essere proposto come strumento motivazionale alla correzione di abitudini di vita dannosi”.

Certo, a rigor del vero e mantenendo un approccio scientifico, ammette Testori, è bene sottolineare anche i limiti del software. “Nella costruzione della matrice di calcolo”, spiega, “è stato inevitabile compiere un’approssimazione dei dati. Inoltre il programma non tiene conto della interazione dei diversi fattori di rischio, perché, non esistendo dati in letteratura che ne permettessero una valutazione attendibile, non abbiamo potuto inserire nel programma quest’altra variabile. Infine, è bene ricordare che potrebbe esistere una disomogeneità tra il paziente valutato con il protocollo Longevity e la popolazione esaminata negli studi scientifici impiegati per la realizzazione della matrice di calcolo”. Limiti che tuttavia, lascia intendere Testori, proprio perché esplicitati, non inficiano il valore predittivo del protocollo che intende sostituire alla soggettività del clinico, l’oggettività dei da-

ti basati sull’evidenza scientifica, l’unica bussola che dovrebbe orientare il clinico.

Protesi, la forza del provvisorio

La terapia protesica rappresenta la fase conclusiva del percorso riabilitativo del paziente. “Il restauro protesico nella maggior parte dei casi, infatti”, spiega Davide Cortellini, odontoiatra, Socio Attivo e Consigliere dell’Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica (AIOP), formatosi in Italia, ma anche in Svizzera, sotto la guida del professor N.P. Lang, dove ha conseguito il titolo di “Doctor Medicinae Dentium” presso l’Università di Berna, “viene a completare una serie di terapie volte a ricostruire un pilastro naturale, partendo dalla conservativa, dall’endodonzia, dall’imprescindibile trattamento parodontale, e in alcuni casi coinvolgendo anche la terapia ortodontica; se il pilastro naturale è assente o irrecuperabile la terapia protesica è preceduta dalla terapia implantare eventualmente associata a tecniche rigenerative. È inevitabile quindi che qualsiasi problematica, rischio o complicanza che possa interessare le fasi terapeutiche preparatorie alla protesi si ripercuoterà inevitabilmente su questa, comportando in molti casi anche un fallimento protesico come conseguenza”.



Davide Cortellini

A volte l’odontoiatra, sottolinea Cortellini, è costretto a rimettere mano a un lavoro protesico per una complicanza endodontica non trattabile senza la rimozione della corona, per una frattura di un moncone ricostruito in modo non adeguato, per un approfondimento delle lesioni parodontali, per una perimplantite e via dicendo.

“La protesi”, aggiunge Cortellini, “rappre-

Come evitare le complicanze nell’elevazione del seno mascellare

È quanto suggeriscono le raccomandazioni cliniche formulate nell’ambito della Consensus Conference (da T. Testori, M. Capelli, F. Galli, F. Zuffetti, A. Parenti, M. Deflorian, L. Fumagalli, R.L. Weinstein, C. Maiorana, D. Di Stefano, P. Valentini, S. Wallace, A.B. Gianni, M. Chiapasco, R. Vinci, L. Pignataro, M. Mantovani, S. Torretta, C. Pipolo, G. Felisati, G. Padoan, P. Castelnuovo, R. Mattina, L. Drago) sulle complicanze post-operatorie dell’elevazione del seno mascellare. Di seguito le indicazioni elaborate nel 2011, ma ancora attuali:

- Raccolta dell’anamnesi e valutazione delle eventuali terapie farmacologiche assunte dal paziente.
- Adeguata selezione del caso clinico con seno sano e ventilato.
- Risoluzione preventiva delle eventuali patologie endodontiche e parodontali a livello orale.
- Adeguata profilassi antibiotica.
- Contenimento degli indici di placca (FMPS) e di sanguinamento (FMBS) con valori non superiori al 15%.
- Rimuovere le eventuali corone provvisorie e detergere i monconi con soluzione antisettica (derivati iodati o clorexidina) rimuovendo tutto il cemento dal solco gengivale e dal moncone protesico.
- Disinfezione della cute con antisettici cutanei (derivati iodati o clorexidina) e sciacqui con clorexidina a livello del cavo orale.
- Allestimento di un campo sterile con mantenimento della catena di sterilità.
- Mantenimento delle linee di incisione distanti dall’antrostomia e dall’eventuale membrana.
- Prevenzione dalla contaminazione dell’innesto e delle membrane.
- Controllo intra e postoperatorio dell’emostasi.
- Evitare il surriscaldamento dell’osso.
- Mantenimento della sterilità dello strumentario (consigliato un set per l’elevazione del seno diverso dal set chirurgico per l’allestimento del lembo).
- Abbondanti lavaggi del campo operatorio con soluzione fisiologica.
- Contenimento dei tempi operatori.
- Sciacqui con clorexidina nel periodo postoperatorio.
- Adeguata terapia postoperatoria.
- Monitoraggio del paziente: settimanalmente durante il primo mese e mensilmente nei successivi tre mesi.

senta anche la fase più costosa nell'ambito delle varie terapie odontoiatriche, sia per il nostro studio sia per il paziente. Poiché in molti casi una complicanza protesica si traduce in un rifacimento, è opportuno cercare di prevenirla il più possibile".

Cosa può fare dunque l'odontoiatra per ridurre le complicanze protesiche?

"Il protesista ha a disposizione un valido strumento per ridurre le complicanze protesiche, il provvisorio che", spiega Cortellini, "possiamo definire "il paracadute del protesista". È un test tridimensionale e reale del nostro progetto protesico e delle terapie che hanno portato alla ristrutturazione e alla preparazione dei pilastri".

Il "provvisorio parla" e l'odontoiatra dovrebbe essere in grado di cogliere tutte le possibili problematiche prima di finalizzare il caso. "La fase provvisoria", spiega Cortellini, "permette di effettuare con calma tutte le valutazioni estetiche, funzionali, di comfort, di mantenimento dell'igiene domiciliare, di eventuali sintomi a carico degli elementi vitali, e di valutare la qualità dei pilastri anche con l'ausilio dell'esame radiografico. Nei casi complessi, là dove andremo a riabilitare la bocca del paziente, possiamo utilizzare anche 2 o 3 serie di provvisori per essere certi di raggiungere una situazione finale stabile, accettata dal paziente sia a livello funzionale che estetico. Questa possibilità rappresenta una grande garanzia per il protesista, che deve essere sfruttata pienamente".

Nelle riabilitazioni protesiche complesse, infatti, fa notare il protesista, alle complicanze più comuni possono aggiungersi problemi legati agli aspetti funzionali ed estetici. "Ad esempio", spiega Cortellini, "una posizione mandibolare non corretta determinata protesicamente e uno schema oclusale errato, potrebbero generare importanti problemi di discomfort, tensioni muscolari, dolori articolari, cefalee ecc. Oppure il paziente potrebbe contestare il risultato estetico ottenuto con il lavoro finale. Queste complicanze di tipo funzionale-estetico potrebbero portare, in alcune circostanze, alla necessità di rimettere mano al lavoro con costi elevatissimi per lo

SCREENING E VALUTAZIONE OSTEO-METABOLICA

Sono gli altri due aspetti determinanti nella scelta dei pazienti candidati alla chirurgia implantare. "Lo IOMS (Implant osteo-metabolic screening)", spiega Tiziano Testori, "è un algoritmo decisionale messo a punto con il Dottor Gregorio Guabello, specialista in Medicina Interna e in Endocrinologia e Malattie del Metabolismo, che ha la finalità di intercettare i pazienti "problematici" che necessitano di una valutazione specialistica osteo-metabolica (OMA). La valutazione osteo-metabolica preimplantare a opera di uno specialista del metabolismo minerale e osseo (reumatologo, endocrinologo, internista, ortopedico, geriatra) consente altresì di portare il paziente alla chirurgia implantare/orale nelle migliori condizioni clinico-farmacologiche, di diminuire la percentuale di fallimento implantare e di acquisire una maggiore tutela in ambito medico-legale".

studio. In questi casi oltre a un'attenta valutazione delle aspettative, della personalità del paziente, o di pre-esistenti problematiche funzionali, l'utilizzo della fase provvisoria sarà di grande aiuto per non trovarsi a fronteggiare complicanze del genere dopo la consegna del definitivo".

La raccomandazione di Davide Cortellini riguarda la natura di questa branca dell'odontoiatria. "In protesi", conclude, "la gestione delle complicanze risulta estremamente complessa e costosa, poiché spesso si rende necessario un rifacimento ed è quindi opportuno prevenire le complicanze con tutti gli strumenti che abbiamo a disposizione. Oltre a effettuare rigorosamente tutte le varie fasi cliniche e tecniche, è fondamentale redigere un piano di trattamento corretto che rappresenta sempre e comunque l'elemento chiave per ottenere il successo a lungo termine, sia nei casi complessi che nella piccola protesi. La valutazione dei rischi legati ai vari aspetti della riabilitazione può ulteriormente aiutare il clinico e l'odontotecnico a identificare quei fattori potenzialmente pericolosi per l'insorgenza di complicanze e modificare il progetto di conseguenza".

Come valutare preventivamente i rischi in protesi

Per tutelarsi dagli insuccessi, prima di intraprendere una riabilitazione complessa, è necessario compiere un'attenta valutazione dei rischi connessi alla terapia protesica. "Personalmente", fa sapere Davide Cortellini, "utilizzo dei target diagrams (sistemi visivi per la valutazione di situazioni complesse multidimensionali) che ho appreso all'Università di Berna dove ho svolto il mio dottorato con i Prof. Tonetti e Lang. Loro hanno avuto l'idea di applicare questo diagramma (il tipico grafico a "ragno") per valutare i fattori di rischio parodontali, quali il fumo, lo stress, la presenza di patologie sistemiche, gli indici di placca e sanguinamento, il numero dei denti persi per parodontite, la presenza di sondaggi superiori ai 5 mm e ricavare così una stima del rischio di progressione della malattia parodontale per quello specifico paziente".

Cortellini ha applicato lo stesso grafico per altre valutazioni che ritiene fondamentali nelle riabilitazioni protesiche quali il rischio biomeccanico, estetico e psicologico-comportamentale.

"Se vogliamo elencarne alcuni", spiega il socio attivo di Aiop, "il rischio biomeccanico include la presenza di parafunzioni, il rapporto corona radice sfavorevole, il grado di compromissione strutturale dei pilastri, la corporatura del paziente ecc. Il rischio estetico è legato alla presenza di discromie importanti, a deficit dei tessuti molli, a una linea del sorriso alta, all'età e alle aspettative del paziente, al tipo di parodonto ecc.

A mio avviso, una valutazione imprescindibile è quella di tipo psicologico-comportamentale, che dovrebbe essere effettuata durante la fase di preparazione iniziale, volta a valutare la capacità di comprensione, il carattere, la fiducia nel dentista, il comportamento e ancora una volta l'obiettività delle aspettative. Da questa importante analisi si potrà decidere se proseguire nella riabilitazione e quale livello di rischio generale ci accolliamo trattando quel determinato paziente".