

Mar B72/33 33

Dott. RENATO CACIOPPO

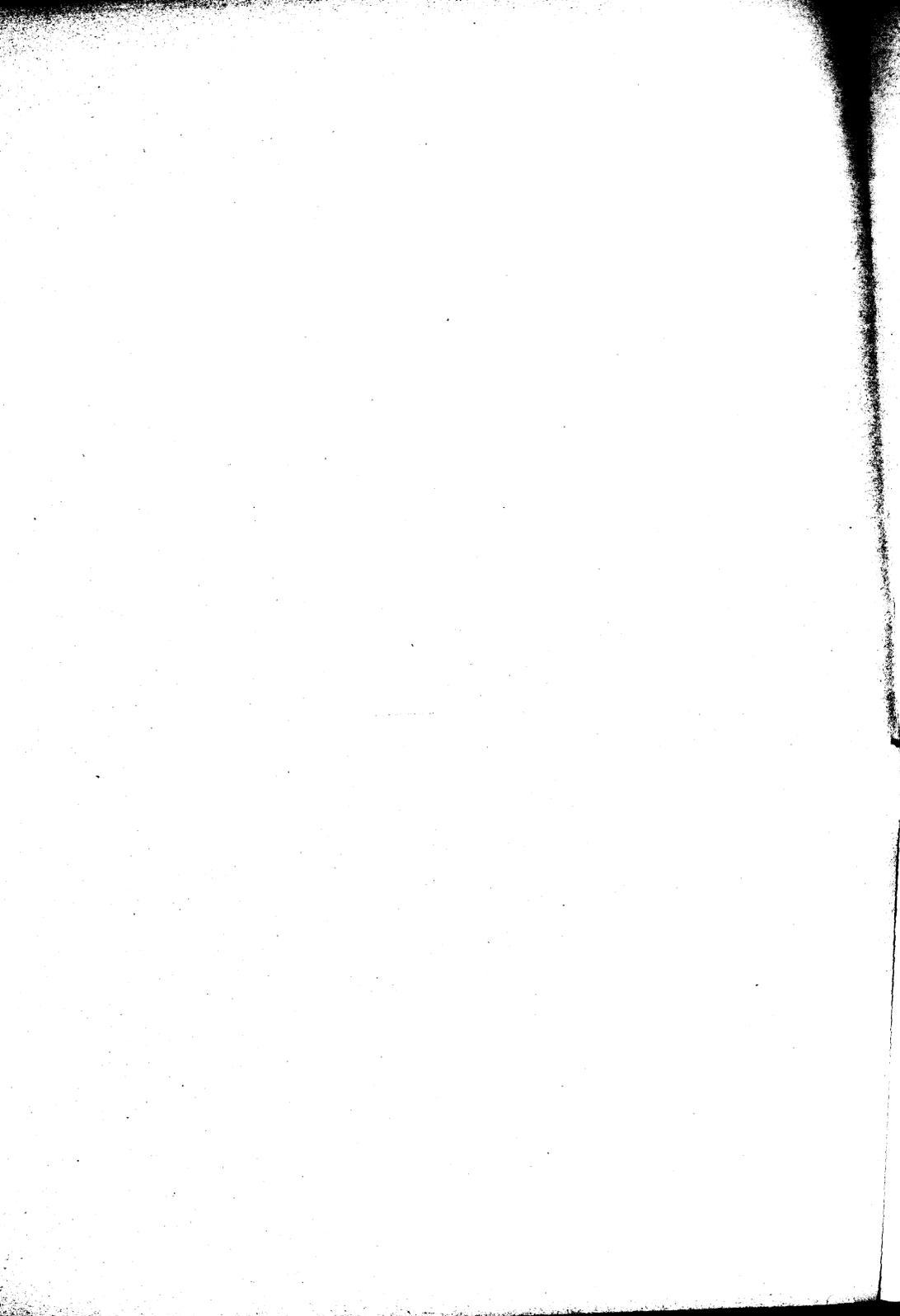
Sul trattamento dei canali con i metodi classici

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA,"



1941-XIX
NUOVE GRAFICHE S. A. - ROMA
VIA ADDA 129-A

↘



CLINICA ODONTOIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PALERMO
DIRETTORE INC.: PROF. ACHILLE RIBOLLA-NICODEMI

SUL TRATTAMENTO DEI CANALI CON I METODI CLASSICI

DOTT. RENATO CACIOPPO

Aiuto Vol. e Specialista

Nessuna terapia dà un numero così vasto di complicanze come la terapia canale, complicanze che vanno dalle apiciti alle periodontiti, dai granulomi alle cisti, dagli ascessi e dai flemmoni alle sinusiti ed osteomieliti. Questo argomento perciò è sempre della più alta attualità e merita pertanto di essere ampiamente discusso nel tentativo di stabilire una linea operativa di condotta che sia la più esatta e sicura onde le complicanze numerose, e talvolta gravi, siano, nel limite del possibile, evitate.

In Italia non sono mancati al riguardo dei buoni lavori (FASOLI, ROTELLI, DE VECCHIS, TAVIANI, GAUDIOSI, GOIA), i quali hanno messo a punto molte nozioni e tecniche.

Io intendo con il presente contributo riferire il risultato delle mie osservazioni e dare talune norme per l'espletamento razionale dei vari metodi di cura, in riguardo alle istrumentazioni ed otturazioni appropriate che formano i principi cardinali dell'intervento, limitando per ora le mie considerazioni ai canali otturabili ed a quelli non otturabili e prescindendo dalla tecnica della mummificazione e della così detta terapia biologica che è ancora sub iudice.

Dato, però, che non si può curare un organo del corpo umano senza che si conosca perfettamente la configurazione, almeno macroscopica, dell'organo stesso, è opportuno accennare all'anatomia della camera pulpare e dei canali radicolari.

E' acquisizione comune che nella parte centrale del dente esiste una cavità, e già nel 1563 EUSTACHI, descrivendo l'interno dei denti, accennava alla camera della polpa ed ai canali delle radici, contenenti «vasi e nervi formanti quasi una sola catena».

MUHLREITER, anatomico tedesco, nel suo trattato pubblicato nel 1870, è stato tra quelli che meglio hanno studiato l'argomento.

Nel 1890 G. V. BLACK, nella 1ª edizione del suo trattato «Descriptive Anatomy of Human Teeth», pubblicato a Filadelfia, approfondiva le nozioni apprese dagli studiosi precedenti, ma anche egli seguiva il meto-

do di sezionare longitudinalmente il dente e di descriverne ciò che riusciva a vedere. Tale sistema è chiaro che portava ad osservazioni piuttosto imprecise, ed è merito di PREISWERK di avere per primo deviato dai sentieri da tutti battuti; questo A., infatti, dopo avere creato una breccia comunicante con la polpa del dente estratto, faceva agire su essa polpa delle sostanze chimiche che la corrodevano e che, in seguito, ne facilitavano la rimozione. Entro la cavità detersa ed asciutta faceva colare del metallo che, solidificandosi, riproduceva la cavità intradentale.

Ciò rappresentava un passo avanti nel campo di tali indagini, ma invero non poteva considerarsi un metodo preciso, dato che il metallo non riproduceva i canali più sottili ed i «foramina».

FISCHER (1907) usava la celluloido al posto del metallo, ma gli stampi, seppure più perfetti, si dimostravano fratturabilissimi quando bisognava aprire il dente per estrarne il contenuto.

I risultati migliori li ottenne HESS nel 1917, zeppando entro la camera della polpa del caucciù e poi vulcanizzando; gli stampi si ricavavano dopo decalcificazione del dente.

In seguito W. CLYDE DAVIS, dopo aver iniettati con liquidi opachi camera polpare e canali radicolari, li osservò servendosi della transilluminazione e ne descrisse la configurazione interna.

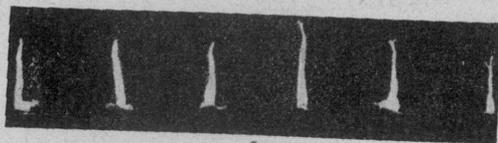


FIG. 1.

Le figure riportate nel presente lavoro sono tratte dalla già citata memoria di HESS (Anatomy of Root Canals of Permanent Dentition), ed ancora oggi possono essere considerate come assai dimostrative.

Nella fig. 4 mostra l'immagine ricavata dagli incisivi centrali superiori. L'interno del canale radicolare sempre cieco ed unico.

Gli incisivi laterali superiori (fig. 2) hanno il lume del canale radicolare simile a quello degli incisivi centrali superiori, ma più scattile.



Fig. 2.

L'angolo dei canali dei canini superiori sempre unico, ma varia assai come forma, direzione, ampiezza e lunghezza (fig. 3).



Fig. 3.

Le premolares caniniformi (primo premolare superiore) si distinguono per i due canali radicolari, hanno dimensioni molto variabili e, come si vede, è anche da notare che i due canali dello stesso dente sono nella quasi totalità dei casi, di dimensioni variabili tra loro.



Fig. 4.

Radei, anche mostrano quasi tutte le immagini riferentisi ai secondi premolari superiori (fig. 5); anche in tali denti si hanno dimensioni e canali assai variabili da soggetto a soggetto.



Fig. 5.

Nella fig. 6 mostra l'immagine ricavata dal tema del 1.° premolare superiore, il cui lume del canale radicolare è sempre unico, ma più diverso, come per forma, direzione, stabile, distingue, può essere, in parte, differentemente dal primo premolare superiore.



Fig. 6.

La figura 7 riguarda l'interno di alcuni incisivi centrali e laterali inferiori; notare la forma, sempre a testa immagine di tale tavola ovescena, vistuale lo sdoppiamento centrale del canale, ed anche l'ampiezza del quinto stampo che è dato pensare sia stato ricavato dal dente di un individuo assai giovane.



Fig. 7.

A molto inosservazione indurrebbe l'osservazione dei modelli ricavati dai canini inferiori (fig. 8), dato superiore, ciò per la diversità delle dimensioni e per il fatto che tali denti hanno un abito nei stampi di Hess — la particolarità di presentare due tonni apicali nella quasi totalità dei casi.

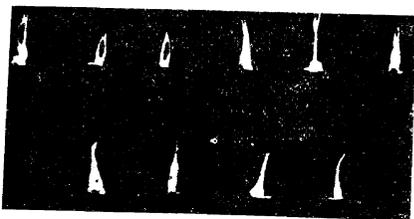


Fig. 8.

Il primo bisopulato mandibolare (parte inferiore della testa fig. 8), mostra canali unici, ma in questi, neppure uno è ben co-

strarre la polpa, allargare il canale ed otturarlo insieme alla cavità pulpare. Non è consigliabile, salvo rarissimi casi eccezionali, che alla prima seduta si otturi il canale, per il fatto che l'anestesia rende difficile la manifestazione dei sintomi subiettivi che tanto ci aiutano nel determinare se si sia raggiunto l'apice o no.

Sarebbe in tal modo difficile combattere eventuali sintomi sfavorevoli che man mano si vanno presentando.

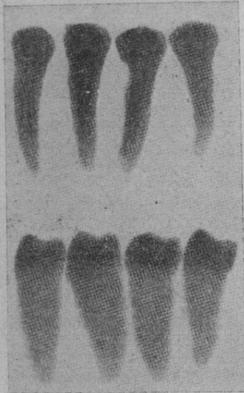


FIG. 11.

Secondi premolari inferiori prima della cura canalare.

E poi bisogna pensare che sarebbe un lavoro troppo improbo, sia per il paziente che per l'operatore, eseguire tutto in una sola seduta. Una volta raggiunto l'apice e completato l'allargamento del canale si passa al controllo radiografico. Se si ottiene un risultato soddisfacente si esegue senz'altro l'otturazione.

Le punte di carta, adoperate per l'asciugamento dei canali, possono servirci da guida per determinarne la lunghezza. Nel caso che il forame apicale sia leggermente più largo dell'ordinario, allora l'estremo della punta di carta apparirà rosa. Questa parte verrà tagliata, e, dopo uno o due tentativi, si può conoscere la lunghezza del canale.

Queste punte e la radiografia, che lo stomatodiatra deve avere sempre sotto gli occhi, daranno un'idea eccellente del cono di guttaperca da scegliere.

Per la *otturazione dei canali* vi sono numerosi metodi, ma il seguente, seppure non può dirsi del tutto infallibile, sembra che dia i migliori risultati: dopo aver lavato il canale con alcool puro ed asciugatolo con aria calda e punte di carta, una piccola quantità di cloro-perca verrà delicatamente introdotta nel canale mediante un otturatore sottile,

fino a raggiungere, ma non ad oltrepassare, l'apice. Lo scopo di tali manovre è il seguente: evitare il soprariempimento del canale.

Fatto questo si introduce il cono di guttaperca, facendolo strisciare lungo la parete e comprimendolo poi delicatamente; se rimane un poco di spazio all'imbocco, esso verrà riempito con un pezzetto di cono.

Per evitare che il materiale suddetto si attacchi agli strumenti che si adoperano, si intingano questi in alcool puro.

Tale metodo è da preferire perchè mette nella condizione di potere evitare l'eccessivo riempimento del canale.

Nel caso che questo non si sia potuto evitare, allora non vi saranno da temere postumi indesiderabili: semprechè si sia seguita una tecnica scrupolosamente asettica.

Un altro metodo che rimonta al RHEIN è il seguente:

Si inietta dentro il canale un poco di cloroformio, fino a riempirlo, e si sceglie un cono di guttaperca di dimensione lievemente maggiore del canale. Il cono verrà introdotto nel canale con un movimento di va e vieni per permettere che si dissolva nel cloroformio, venendosi così a formare cloro-perca, la quale verrà ad otturare i molteplici canalicoli dentali.

Poco dopo il cloroformio evaporerà e rimarrà nel canale la guttaperca solida che sarà condensata con otturatori da canali.

L'unico inconveniente è dato dalla possibilità di spingere oltre l'apice del cloroformio,

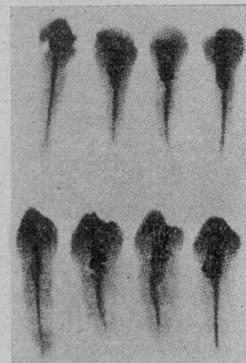


FIG. 12.

Secondi premolari inferiori con cura canalare (coni di gutta fino all'apice).

mio, il che finirà col causare una forte reazione periapicale.

Per i denti privi della polpa si affaccia un quesito: quali dei denti privi di polpa sono da salvare?

E' da considerare anzitutto la polpa vitale esposta: questo stato di cose può avvenire:

- 1) Quando la carie ha esposto uno dei cornetti pulpari.
- 2) Per eccessiva asportazione di dentina nella preparazione della cavità.
- 3) Quando la polpa è ricoperta solo da dentina rammollita e la cui asportazione è indispensabile.
- 4) Per frattura dovuta ad un trauma (per es.: un pugno, una caduta, ecc.).
- 5) Per abrasione ed erosione.

Questo gruppo di denti è il più favorevole per la terapia dei canali. La polpa viene estratta in ambiente asettico ed il canale perfettamente otturato.

Come può il materiale settico, ammettendo che ne sia rimasto dentro il canale, penetrare nei tessuti circostanti?

O attraverso la corona del dente, ipotesi da scartare se il dente è otturato, o attraverso la dentina radicolare e il cemento.

BODECKER, dopo una completa analisi concluse: « Lo studio accurato del cemento in sezioni di tessuto normale e decalcificato ci ha mostrato che il primo strato di esso, adiacente alla dentina, è apparentemente islo e non contiene i corpuscoli del cemento ».

Per verificare questa asserzione tentativi sono stati fatti per forzare dell'aria dal canale radicolare ai tessuti circostanti attraverso la dentina ed il cemento. Questo, tuttora, non è stato possibile. Neanche materiale colorante è riuscito ad attraversare questi tessuti: tali risultati hanno spinto HOPEWELL-SMITH ed altri ad affermare che il primo strato del cemento chiude ermeticamente la superficie della dentina radicolare, rendendo impossibile il passaggio di materiale settico dal canale radicolare ai tessuti circostanti.

I denti privi di polpa, che presentano i caratteri sottoelencati, non debbono essere presi in considerazione per la loro otturazione:

- 1) Denti con radici che abbiano curva-

ture tali da impedire una completa pulizia del canale.

- 2) Denti, comunque ostruiti, che precludono ogni via ad una completa sterilizzazione ed otturazione.
- 3) Denti piorroici con considerevole interessamento del ligamento periodontale e distruzione del processo alveolare.
- 4) Denti coinvolti da cisti di dimensioni considerevoli.
- 5) Granulomi estesi.
- 6) Denti con apice necrotico ed il cemento pieno di pus.
- 7) Denti con canali aventi false strade.
- 8) Denti il cui apice radicolare pesca nell'antro.

Gli altri denti, invece, in cui si può più o meno agevolmente raggiungere il lume ed esplorare l'interno dei canali radicolari, vanno curati con tutta tranquillità; se la tecnica precedente l'otturazione è stata scrupolosamente esatta non vi potrà essere dubbio nella brillante riuscita della cura dentaria.

AUTORIASSUNTO

L.A. espone il tecnicismo per pulire, drenare ed otturare i canali fino alla zona del delta apicale, ed oltre a dettagliare l'uso dei diversi strumenti riferisce anche sui mezzi chimici e sulle misure antisettiche per i diversi casi.

BIBLIOGRAFIA

- PERNA A.: *Trattato pratico di odontoiatria.*
 DE VECCHIS B.: *Manuale di odontoiatria.*
 BLACH: *Operative Dentistry.*
 BRETTA: *Clinica odontoiatrica.*
 WEIGLE: *Wurzel - Kanales - Weiterer für Hand - und Maschinenbetrieb.* « Deut. Zahn. Woch. », n. 36, 1941.
 GRETH: *Zahnärztlich - Konservative Therapie und Prophylaxe bei Verdacht auf Fokulinjektion.* « Deut. Zahn. Woch. », n. 5, 1941.

343927

