

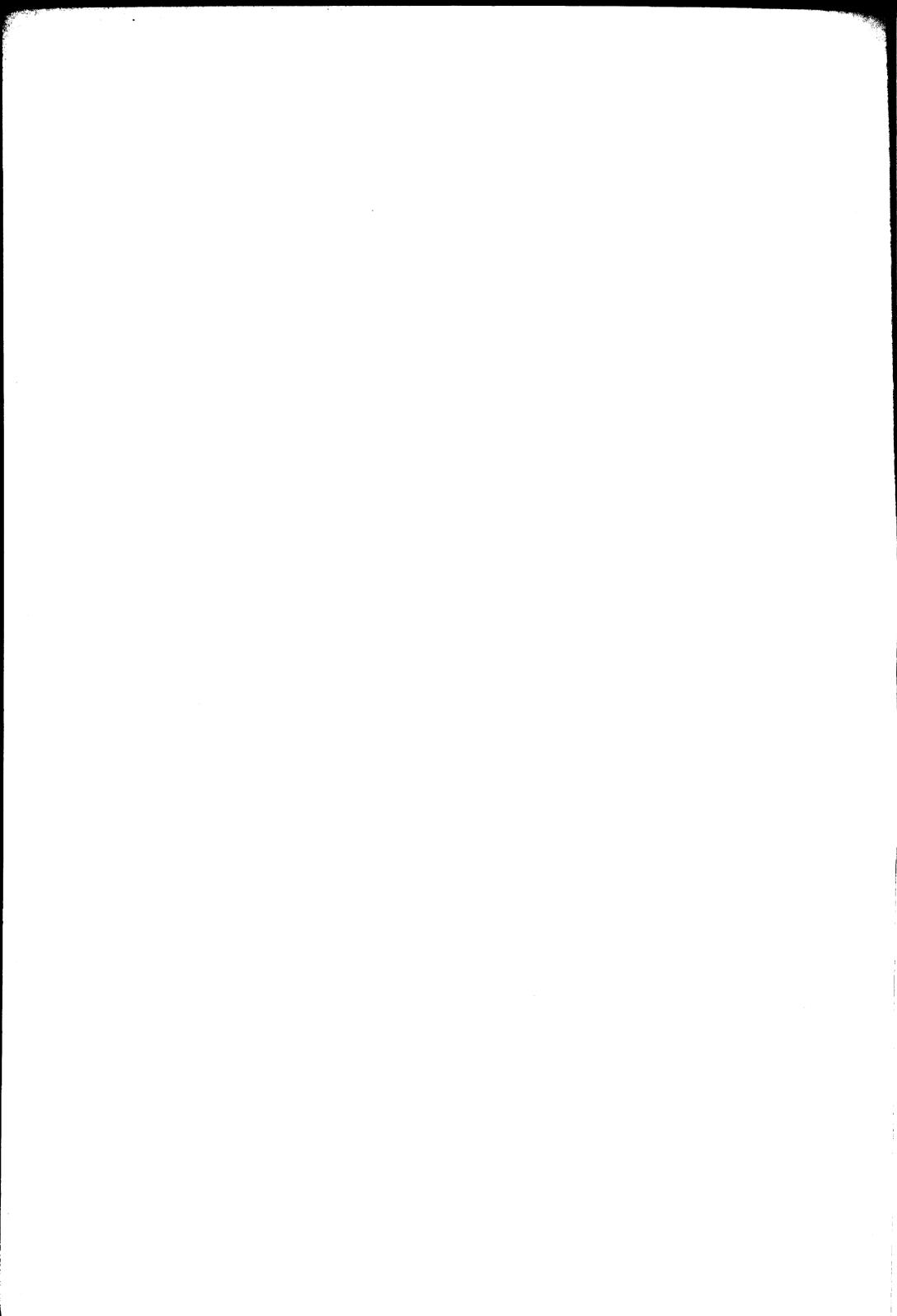
Mlx B72/

Dott. SINGIFREDO GAUDIOSI

LA TERAPIA DEI DENTI CON ASCESSO ACUTO

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA,"

1941-XIX
NUOVE GRAFICHE S. A. - ROMA
VIA ADDA 120-A



OSPEDALE SANATORIALE RAMAZZINI

DIRETTORE: F. BOCCHETTI

LA TERAPIA DEI DENTI CON ASCESSO ACUTO

DOTT. SINGIFREDO GAUDIOSI

Dirigente della Sezione Odontoiatrica

Il trattamento dei denti che presentano per la prima volta un ascesso acuto è più facile di quelli con ascessi acutizzati o che presentano ascessi cronici. La loro prognosi è migliore in quanto le reinfezioni e le ricadute sono molto più rare. I principi fondamentali della terapia vanno eseguiti con la massima diligenza sia in riguardo alla strumentazione da usare nei canali e sia in riguardo all'impiego dei medicinali o della ionizzazione.

La causa più comune degli ascessi acuti è data dai comuni piogeni che si riscontrano nel materiale infetto in via di decomposizione contenuto nella camera della polpa e nel lume dei canali, che non abbiano avuto alcuna cura o da residui settici nella zona canalare apicale che non potettero essere rimossi per anomalie radicolari o per tecnicismo incompleto.

Molte sono le droghe usate per sterilizzare i canali: si sono adoperati tutti gli antisettici dagli ipocloriti fino ai moderni sulfamidici (prontosil, cocladina).

Ma prima ancora di curare i canali, conviene trattare l'ascesso.

Nell'ascesso acuto, mi guida la mia esperienza, dove non è possibile praticare un drenaggio attraverso il canale e dove c'è fluttuazione, si faccia un'incisione con relativo drenaggio attraverso i tessuti molli. Si avrà un più rapido miglioramento dei sintomi ed una più rapida scomparsa del tumore cui consegue la guarigione e la riparazione del tessuto distrutto. In questi casi è giustificato quell'operatore che ricorre all'uso di sostanze chimiche per allargare e pulire i canali. Un medicinale a base di sodio, potassio o del gruppo cloro offre un valido contributo. Nel trattamento di questi casi si è trovato che anche la ionizzazione, o medicazione elettrolitica, ha valore. Sia come dicono alcuni, che agisca stimolando i tessuti periapicali mediante una iperemia sia per virtù dei medicinali che libera specialmente quando si adopera una soluzione di cloruro di sodio o di tintura di iodio, il fatto incontestabile è che in tal modo si facilita ed aiuta considerevolmente il trattamento di questi casi.

Io adopero la tintura di iodio per i denti posteriori e una soluzione all'1% di cloruro di sodio per i denti anteriori servendomi di una punta di platino per l'introduzione nel canale.

Questo per il principio che il iodio ed il cloro, essendo del gruppo degli alogeni ed elettricamente negativi, richiedono il polo negativo per respingersi e condursi in seno ai tessuti. I miei risultati clinici giustificano la mia fiducia nella efficienza di questo metodo.

Bisogna cercare di liberare questo campo dall'empirismo che lo infirma: io sono venuto a queste conclusioni:

1) Il migliore elettrolito è quello a base di zinco ed iodio secondo questa formula:

Ioduro di zinco	gr. 15
Cristalli di iodio	gr. 9
Acqua distillata	cc. 1

2) L'effetto antibatterico è sempre maggiore al polo positivo.

3) A scopi pratici si raccomanda per la suindicata soluzione un elettrodo di iridio-platino.

4) Il grado battericida varia direttamente con la quantità di elettricità.

5) una costante corrente elettrica, senza tenere conto della intensità e del tempo, dà un costante effetto battericida.

Un punto di sostanziale differenza nella terapia di un ascesso acuto o cronico è che nell'ascesso acuto nostro scopo è di raggiungere al più presto l'apice e praticare un drenaggio. Si lascerà aperto per 24 ore e per favorire la fuoriuscita del pus si può consigliare al paziente di praticare la suzione durante il giorno.

Nell'ascesso cronico invece non si tenterà mai di raggiungere subito l'apice essendo necessaria prima la sterilizzazione del contenuto della camera pulpare e del canale. Si giunge a ciò mediante medicazioni chiuse a base di tricesolfomalina o creosoto. Durante lo svuotamento e l'allargamento dei canali per allontanare i detriti e mantenere sterile il campo si può adoperare la soluzione di ipoclorito o di acido tricloro-acetico che

non dà cattivo odore. Un ragionevole numero di sedute deve ritenersi sufficiente per fare scomparire ogni odore, ottenere un vetrino negativo, insomma portare a guarigione il dente. Se non si ha successo, è indicata l'estrazione del dente o l'apicectomia a seconda dei casi.

Da tenere presente l'apicectomia per meglio completare la cura in casi di distruzione periapicale, come nel pericementoma, cisti, assorbimento necrotico dell'apice.

CASISTICA

Uomo di 45 anni. Presenta una cospicua tumefazione nella regione geniena sinistra, a limiti imprecisi con palpebre chiuse. Ha febbre a tipo suppurativo. In corrispondenza del fornice di detto dente v'è una tumefazione fluttuante. Viene incisa e fuoriesce grande quantità di pus. Si drena con garza iodofornica. Dopo sette giorni i sintomi acuti sono scomparsi.

Prima seduta - 25 gennaio 1938: apertura del canale, medicatura con soluzione di ipoclorito di calcio.

Seconda seduta 27 gennaio 1938: allargamento del canale fino all'apice, medicatura con creosoto.

Terza seduta: 31 gennaio 1938: ionizzazione, medicatura con tricresolfornalina.

Quarta seduta - 2 febbraio 1938: lavaggio del canale con H₂O₂, medicatura con creosoto.

Quinta seduta - 12 febbraio 1938: otturazione del canale con coni di gutta e della cavità in silicato.

Giovinetta di 13 anni. Tumefazione al disopra del centrale d. nel fornice.

Prima seduta: incisione dell'ascesso ed apertura contemporanea del dente, medicato ed otturato in gutta da oltre tre mesi.

Seconda seduta: allargamento del canale, conizzazione, medicatura con tricresolfornalina.

Terza seduta: ionizzazione, lavaggio con H₂O₂, essiccamento del canale con aria calda; medicazione con creosoto.

Quarta seduta: chiusura del canale.

Signorina di 20 anni. Accusa dolore acuto in corrispondenza del mento e difficoltà nella masticazione. Ne sono causa gli incisivi inferiori di destra.

La devitalizzazione di questi denti è stata causata da occlusione traumatica.

Prima seduta: aperti i denti e medicati con tricresolfornalina.

Seconda seduta: due giorni dopo raggiungo l'apice.

Terza seduta: tre giorni dopo; ogni canale è stato ionizzato per tre volte e trattato con la soluzione ipocloritica.

Quarta seduta: 15 giorni dopo otturazione dei canali e radiografia.

Di questo caso è stata eseguita una radiografia di controllo sei anni dopo. Scomparsa ogni traccia dello stato patologico.

Dott. F., di 29 anni:

Febbraio 20 1938: aperto il dente; medicazioni con tricresolfornalina.

Febbraio 22 1938: raggiungo l'apice e dreno con dicloroamina.

Febbraio 26 1938: ionizzazione e medicazione con eugenolo.

Febbraio 28 1938: conizzazione; medicazioni creosoto. Marzo 3 1938: otturati i canali; radiografia.

Sacerdote di 30 anni. La radiografia mostra notevole lesione apicale ed assorbimento alveolare. L'incisivo centrale era il punto di origine dell'infezione. L'incisivo laterale venne interessato secondariamente

Quantunque la radiografia mostri l'incisivo centrale con una otturazione bene eseguita, aprendolo si è notata la presenza di residui pulpari in putrefazione.

Luglio 7 1938: polpa semivitale nel laterale; infiltrazione con procaina; asportata la polpa; canale deterso; medicazioni eugenolo.

Luglio 11 1938: cambiata la medicazione.

Luglio 14 1938: otturazione.

Luglio 18 1938: tricresolfornalina nell'incisivo centrale.

Luglio 21 1938: rimosso il contenuto del canale; pulito completamente; medicazione con creosoto.

Luglio 23 1938: ionizzato con soluzione salina.

Luglio 26 1938: canale otturato.

Giovinè di 18 anni. Oscesso acuto in corrispondenza dell'incisivo superiore di sinistra che durava da 48 ore; accentuata tumefazione del labbro, edema diffuso alla palpebra e raccolta purulenta sottoperiostale. L'ascesso venne inciso ed applicato un drenaggio. Dopo il trattamento la polpa putrescente venne rimossa ed il canale lasciato aperto per favorire lo svuotamento.

Settembre 20 1939: lavato bene con alcool e soluzione di acida tricloroacetico.

Settembre 23 1939: medicazione chiusa con tricresolfornalina.

Settembre 27 1939: ionizzato il canale.

Settembre 30 1939: medicazione di cloromina.

Novembre 3 1939: canale ionizzato.

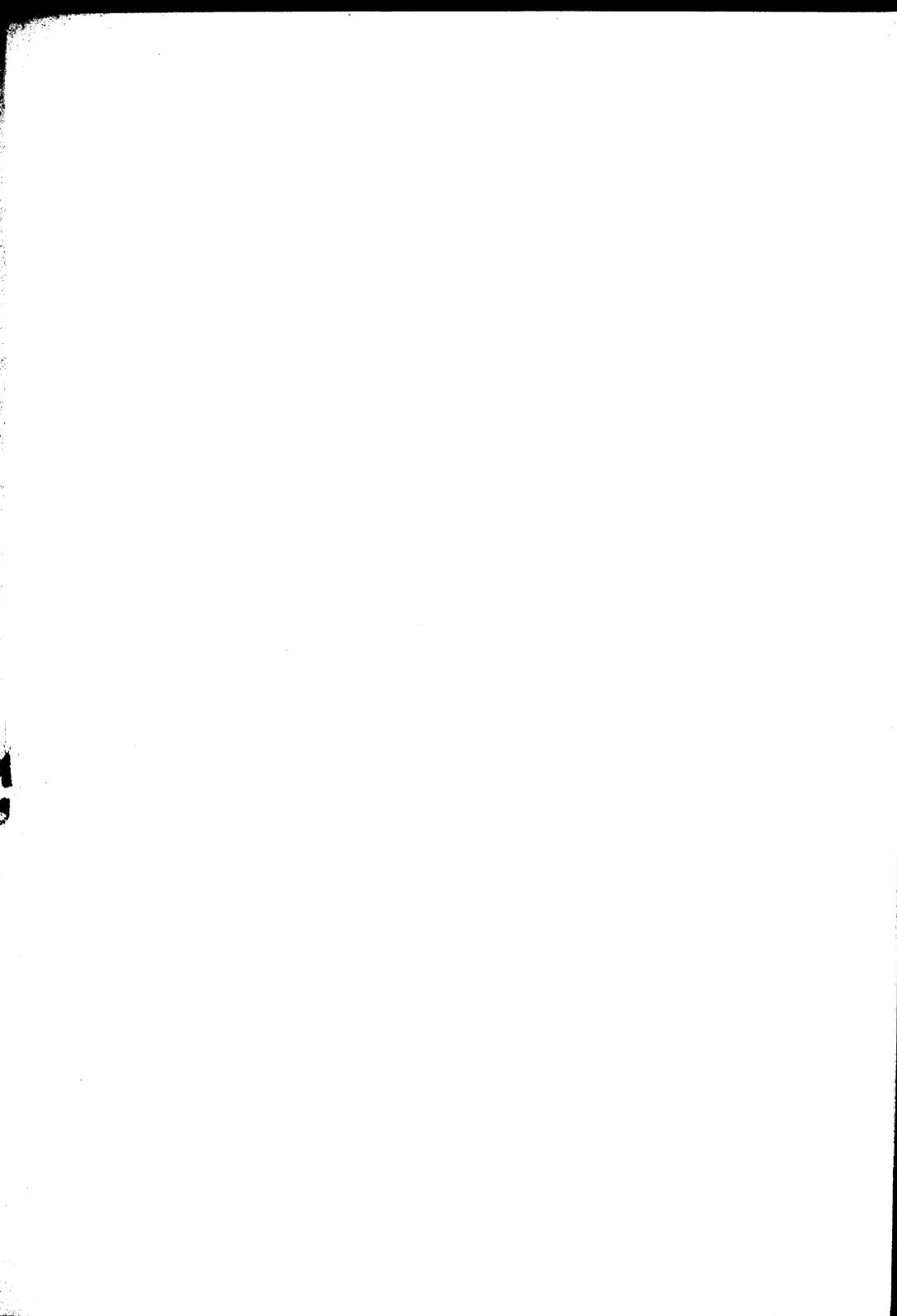
Novembre 9 1939: canale otturato; radiografia.

Signorina R. A., anni 26. Secondo premolare sup. di sinistra coperto da una capsula. Il canale era otturato con del cotone. Presentava notevole turgore. La gengiva veniva incisa. Il dente fu aperto il 16 ottobre 1939 e fu ionizzato per due volte in diverse sedute. Il canale è stato otturato nel novembre 17 1939.

Medico di anni 34. Voleva che gli curassi il primo premolare destro a qualsiasi costo. Era notevolmente distrutto ed infetto. Il dente venne aperto, trattato, ionizzato ed otturato. Dopo cinque anni conserva ancora il suo dente e senza alcun fastidio.

Signorina anni 16. Gli incisivi centrale e laterale destro sembravano essere coinvolti in una cisti infetta. I denti in un primo tempo furono condannati all'estrazione. All'esame della polpa si riscontrò che l'incisivo laterale era vitale, mentre quello centrale era non vitale. Allora ritenni che causa del processo fosse proprio l'incisivo centrale. Nel 21 aprile del 1940 apro l'incisivo centrale ed ottengo una abbondante fuoriuscita di pus. Lasciai il dente aperto per un certo tempo e solo dopo 16 sedute mi fu possibile ottenere che il canale si presentasse asciutto. Ottenuto questo eseguii l'abituale sterilizzazione ed otturo il canale. L'ultima radiografia fatta nel febbraio del 1941, mostra la scomparsa di quella che sembrava area cistica. È interessante notare che l'incisivo laterale, che a tutta prima sembrò coinvolto, mantiene ancora la sua vitalità e mostra un completo ristabilimento dell'apice radicolare. L'incisivo centrale presentò l'apice corroso ed una apicectomia; diede un risultato finale soddisfacente.

Ho voluto riferire questa casistica per mostrare che i denti con ascessi acuti sono facilmente trattabili e curabili. Certo i soli medicamenti non sono sufficienti; occorre la dilatazione dei canali fino all'apice per evitare ricadute. Ma il lavoro è degno che sia compiuto specialmente per i denti anteriori la cui fisiologia ed estetica sono altamente importanti.



343115

1000

