

MUCB 72/117 39

Dr. VINCENZO GALANTUOMO

TENTATIVO DI APICECTOMIA A CALDO IN DUE TEMPI

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA,"

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



24° AMBULANZA ODONTOIATRICA - P. M. IOBÀ
S. TEN. MED. GALANTUOMO DR. VINCENZO - DIRETTORE

TENTATIVO DI APICECTOMIA A CALDO IN DUE TEMPI

Sold. Cotugno Antonio del 487 O. C.

Anamnesi - Non ricorda malattie degne di nota, eccetto la malaria.

Oltre due mesi fa notò una fistola in corrispondenza della radice del $\underline{1}$ che compariva e scompariva. Il paziente non ricorda una causa infiammatoria o traumatica che abbia provocato l'afezione.

E. O. - All'ispezione esterna si nota una leggera tumefazione del labbro sup. a limiti sfumati, dolente alla palpazione, di consistenza duro-elastica. Il labbro nella sua porzione media appare infiltrato. Nulla di notevole al pavimento nasale.

All'esame del vestibolo, sulla regione degli incisivi medi sup., si nota una tumefazione con arrossamento della mucosa, specie in corrispondenza del $\underline{1}$ in rapporto alla radice del quale si nota una fistola, da cui fuoriesce pus giallo cremoso. Il margine gengivale appare anch'esso arrossato e tumefatto, ma con retrazione, per cui è scoperto il colletto ed una piccola porzione radicolare.

Specillando il tragitto fistoloso, si sente osso denudato e specillando sotto il margine gengivale, si nota scollamento profondo fin quasi all'apice radicolare. Il $\underline{1}$ è apparentemente sano.

All'esame della sensibilità termica, però, questa è diminuita rispetto agli altri, mentre l' $\underline{1}$ non dà alcuna reazione.

Dal lato palatino non si notano alterazioni di nessuna entità.

Il $\underline{1}$ è alquanto mobile nel senso antero-posteriore, di colorito più scuro dell'altro incisivo, indolore alla percussione laterale ed assiale.

E' facile la diagnosi di periodontite settica ascendente con necrosi pulpare discendente e consecutiva fistolizzazione del processo apicale.

Terapia - Ho voluto tentare una terapia conservativa del dente, benchè il processo infiammatorio che datava da più di due mesi, fosse in una fase di riacutizzazione.

Ho svuotato il canale del $\underline{1}$ senza reazione dolorosa e quello del $\underline{1}$ con modica reazione. Mentre per l'ultimo ho usato una terapia canalare normale per il $\underline{1}$ ho cercato di modificare il processo apicale con metodo prima incurrente, con medicazioni antiputrefattive del canale, raschiamento della radice e causticazioni del tragitto fistoloso e della parte gengivale scollata con soluzione di cloruro di zinco al 10 %.

Dapprima il processo si affievolì, poi ebbe ancora una riacutizzazione ed in seguito si stabilizzò con scarsa, ma persistente secrezione. Per una nuova riacutizzazione, decisi di trattare l'afezione apicale come un comune processo infiammatorio acuto, giungendo all'apicectomia in due tempi ed alla guarigione della ferita operatoria per seconda intenzione.

Previa disinfezione ed anestesia novocainica locale, praticai un taglio arcuato orizzontale sulla radice del $\underline{1}$ passando per la fistola. Scollata la fibromucosa, trovai una breccia ossea che fu allargata in modo da mettere bene in luce la porzione apicale, intorno alla quale notai una vasta zona di riassorbimento osseo, che medialmente aveva usurato il setto interincisivo scoprendo parte della radice del $\underline{1}$.

La cavità venne raschiata, lavata con soluzione fisiologica, toccata con bleu di metilene e zaffata con garza al vioformio.

Dopo due giorni la secrezione scomparve completamente. Fu rinnovato lo zaffo e dopo ancora due giorni procedetti all'amputazione radicolare ed all'otturazione del canale con amalgama d'argento.

I margini della ferita vennero riavvicinati suturando parzialmente con due punti di seta e lasciando un'apertura che funzionasse da drenaggio naturale ed attraverso la quale si potesse medicare la cavità e controllare il processo di riparazione.

Dopo quattro giorni vennero tolti i punti. La cavità appariva già ricolmata in parte da granulazioni. Continuai le medicazioni con bleu di metilene, facendo seguire al paziente la più scrupolosa igiene buccale e controllando ogni due giorni la ferita operatoria, che si chiuse completamente dopo ventotto giorni.

Il paziente non ha accusato alcun dolore o fastidio. Il dente amputato si è in parte fissato e se si eccettua lo scollamento gengivale e la colorazione più scura del dente, del resto già preesistenti, tutto è ritornato normale.

Ho voluto riferire questo caso, che se non presenta interesse etio-patogenetico, può averlo dal lato pratico come tentativo di apicectomia in due tempi quando esistano fatti infiammatori acuti o riacutizzati, specialmente se si considera che l'intervento è stato eseguito presso un'ambulanza odontoiatrica e con mezzi che si possono chiamare di fortuna.









