

# APICECTOMIA: LO STATO DELL'ARTE IN ENDODONZIA CHIRURGICA

Dr. Arnaldo Castellucci



Dr. Matteo Papaleoni

## Introduzione

Per Endodonzia Chirurgica s'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 la terapia endodontica convenzionale.

Lo scopo dell'Endodonzia Chirurgica pertanto è quello di ottenere la detersione, sagomatura ed otturazione tridimensionale della porzione apicale del sistema dei canali radicolari non trattabili attraverso la cavità d'accesso, ma raggiungibili solo attraverso un lembo chirurgico (Fig. 1 a,b,c,d).









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 che è stata fatta la diagnosi di insuccesso endodontico, è necessario capire 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 ad 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 (Fig. 2 a,b,c,d).







In accordo con quanto affermato da Nygaard-Ostby e Schilder,<sup>10</sup> 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. Spesso un'elevata esperienza in Endodonzia Chirurgica nasconde l'incapacità da parte dell'operatore di eseguire una corretta detersione, sagomatura ed 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,<sup>19</sup> è consigliabile rimuovere il più possibile la precedente otturazione canalare inadeguata e sostituirla con gutta-perca ben compattata: si possono così riempire canali laterali, canali aggiuntivi precedentemente dimenticati e talvolta l'intervento chirurgico può rendersi non più necessario (Fig. 3 a,b,c).







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.

Negli ultimi 10-15 anni due importanti fenomeni hanno completamente rivoluzionato l'Endodonzia Chirurgica: la preparazione con gli ultrasuoni della cavità retrograda e l'utilizzo del microscopio operatorio.