

Utilizzo della chirurgia piezoelettrica nell'avulsione di elementi dentari inclusi: case report

Use of piezoelectric surgery in impacted teeth extractions: a case report

A.L. Rossi*, L. Tagliatesta, G. Tommasato, A. Flora, L. Seriola, V. Capilupi

Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze della Salute, Clinica Odontoiatrica, Unità di Chirurgia Orale

Ricevuto il
23 luglio 2013
Accettato il
11 novembre 2014

*Autore di riferimento
Alessandro Luigi Rossi
alessandroluigirossi@gmail.com

RIASSUNTO

OBIETTIVI. Scopo di questo lavoro è mostrare una possibilità terapeutica nell'avulsione di elementi dentari ritenuti, che sembra ridurre i potenziali rischi di lesioni a strutture neurovascolari.

MATERIALI E METODI. Viene descritta l'avulsione di un primo molare inferiore sinistro mediante accesso laterale con "sportello osseo" eseguito con strumenti piezoelettrici.

RISULTATI E CONCLUSIONI. La chirurgia piezoelettrica riduce i rischi di lesioni dei tessuti molli, mentre l'accesso all'elemento incluso mediante "osteotomia a sportello" consente di eseguire in maniera sicura le fasi più indaginoso dell'avulsione.

PAROLE CHIAVE

- ▶ Chirurgia piezoelettrica
- ▶ Dente incluso
- ▶ Osteotomia a sportello
- ▶ Lesioni nervose
- ▶ Nervo alveolare inferiore

ABSTRACT

OBJECTIVES. The aim of this case report is to show a possible therapeutic approach to deep impacted teeth extractions. This technique seems to reduce potential soft tissue and nerve injuries.

MATERIALS AND METHODS. The authors present the surgical extraction of a deep impacted lower first molar with lateral approach and by means of the bone lid technique implemented with piezoelectric ultrasonic instrumentation.

RESULTS AND CONCLUSIONS. Piezoelectric surgery reduces the risk of soft tissue injuries; moreover, the use of the new bone lid technique allows for a safer control the most difficult surgical phases.

KEY WORDS

- ▶ Piezoelectric surgery
- ▶ Impacted teeth
- ▶ Bone lid technique
- ▶ Nerve injuries
- ▶ Inferior alveolar nerve

1. INTRODUZIONE

La presenza di elementi dentari in inclusione è un evento frequente. La letteratura descrive un'incidenza media del 20% nelle popolazioni sviluppate [1,2] con una leggera prevalenza nel sesso femminile. L'eziologia di tale condizione è multifattoriale: il processo eruttivo di ogni singolo elemento dentario è una complessa serie di eventi controllati geneticamente. A partire dalle gemme dentarie, il lento processo formativo di ogni dente culmina con l'eruzione dello stesso in arcata.

Gli ottavi inferiori sono gli elementi che più frequentemente presentano disodontias e inclusione e che costituiscono una delle maggiori problematiche in chirurgia orale: Chrcanovic et al. [3] e Clauser et al. [4] riportano una frequenza del 20-30% con prevalenza nel sesso femminile. Il gold standard in assenza di spazio per la corretta eruzione di tali elementi è l'estrazione [5]. L'avulsione di un elemento dentario può, tuttavia, risultare molto complessa e indaginosa in relazione a una particolare anatomia radicolare, al rapporto con i denti attigui e alla vicinanza con strutture nobili quali vasi, nervi, logge.

L'approccio estrattivo, in questi casi, dovrà essere pianificato attentamente con l'ausilio di indagini radiografiche di primo ed, eventualmente, di secondo livello e con la scelta di una tecnica chirurgica efficace. Viene mostrato un caso clinico esemplificativo di estrazione di un molare inferiore in profonda inclusione mediante l'utilizzo della tecnica "a sportello" (bone lid technique) eseguita con strumento piezoelettrico.

2. MATERIALI E METODI

2.1 DESCRIZIONE DEL CASO

Un giovane paziente quattordicenne si è presentato alla nostra attenzione inviato dal proprio ortodontista a causa della mancata eruzione di entrambi i molari inferiori (anno 2009). All'esame obiettivo l'area mandibolare sinistra risultava edentula (fig. 1). L'ortopantomografia (OPT) ha evidenziato la presenza del 36 in profonda inclusione (fig. 2). Essendo impossibile localizzare le strutture nobili passanti nella zona, è stata richiesta una tomografia computerizzata (TC) con programma dentale. L'esame radiografico ha permesso di evidenziare sia il profondo grado di inclu-

sione sia i rapporti di estrema vicinanza tra nervo alveolare inferiore e radici del primo molare incluso (figg. 3-5).

Dopo aver spiegato al paziente la complessità dell'intervento chirurgico, si è deciso di eseguirlo in regime di ricovero e anestesia generale. Il paziente ha iniziato la profilassi antisettica (sciacqui con clorexidina allo 0,12%) a partire da 3 giorni prima dell'intervento.

Prima dell'intervento chirurgico la procedura clinica, le normali conseguenze postoperatorie e le possibili complicanze sono state descritte al piccolo paziente minorenne e ai suoi genitori, i quali hanno firmato il consenso informato al trattamento.

2.2 TRATTAMENTO

Il paziente è stato operato in anestesia generale con intubazione naso-tracheale. La profilassi antibiotica (2 g di amoxicillina + acido clavulanico) è stata somministrata per via endovenosa.

Previa infiltrazione anestetica tronculare e plessica dei nervi alveolare inferiore, buccale e linguale è stato allestito un lembo trapezoidale a tutto spessore (fig. 6). Il dispositivo piezoelettrico è stato usato per



Fig. 1 Immagine clinica preoperatoria



Fig. 2 OPT che mostra l'elemento 36 in profonda inclusione ossea

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3129842>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3129842>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)