



Casi complessi affrontati in un'ottica interdisciplinare

L. Biscaro

Libero professionista, Rovigo

ATTI - XIV CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA DI PARODONTOLOGIA (SidP) 2006

È argomento molto comune la discussione sui vari aspetti diagnostici e terapeutici dei casi complessi, ma manca una definizione condivisa di “caso complesso”. Mentre un caso semplice è definito dalla possibilità di fare diagnosi in prima visita, un caso complesso è caratterizzato dalla necessità di ricorrere ad un piano di trattamento preliminare per fare la diagnosi. Obiettivo del piano di trattamento preliminare è la raccolta di tutti gli elementi utili alla diagnosi senza fare nulla di irreversibile, che cioè obblighi il dentista a proseguire con la terapia anche se il paziente non si rivelasse adatto o non possa proseguire, per motivi economici per esempio, con il piano di trattamento necessario. Il piano di trattamento preliminare si compone sempre di un esame radiografico completo endorale, di una fase di riabilitazione igienica orale, variamente organizzata sulla base delle caratteristiche cliniche e logistiche del paziente, di impronte delle arcate dentarie per poter disporre di modelli di studio montati in articolatore e di una visita di rivalutazione; a ciò si possono aggiungere estrazioni, trattamenti endodontici d'urgenza, altri esami radiografici, utilizzo di bite in pazienti disfunzionali o altre terapie volte a risolvere particolari situazioni di emergenza. Nel corso della visita di rivalutazione viene presentata la diagnosi al paziente con la proposta terapeutica o le proposte terapeutiche, nel caso in cui siano possibili delle alternative, accompagnate dal relativo preventivo. Se il preventivo verrà accettato il relativo piano di trattamento verrà trasformato in un piano di cura, caratterizzato da una ben precisa sequenza di appuntamenti nel corso dei quali verrà data realizzazione pratica al piano di trattamento proposto. La sequenza delle terapie deve essere organizzata secondo criteri rispondenti a necessità biologiche ed ergonomiche, ed in genere è organizzata come segue:

- chirurgia orale,

- trattamenti endodontici e ricostruttivi,
- ortodontia,
- implantologia,
- preparazione preliminare dei monconi con applicazione dei primi provvisori,
- applicazione dei secondi provvisori, se necessari,
- chirurgia implantare e riapertura degli impianti,
- rivalutazione,
- fasi della terapia protesica definitiva.

Tale sequenza può subire modifiche, in particolare in relazione al rapporto fra la fase implantare, ortodontica e chirurgico-parodontale e deve essere attentamente valutata in base alle caratteristiche del caso.

Nell'ambito dei casi complessi con prevalenti problemi parodontali verranno analizzati essenzialmente due aspetti: la valutazione dei denti posteriori con problemi interradicolarari e gli aspetti gestionali dell'edentulo potenziale il cui piano di trattamento preveda la riabilitazione dell'intera arcata (o delle due arcate) con impianti osteointegrati.

Per quanto riguarda la valutazione dei denti posteriori pluriradicolarati con coinvolgimento delle forcazioni, differenti alternative terapeutiche sono potenzialmente disponibili: trattamento conservativo, rigenerativo, resettivo o estrattivo con l'eventuale inserimento di impianti. Molti studi hanno dimostrato che i denti pluriradicolarati con problemi interradicolarari rispondono in maniera significativamente peggiore al trattamento conservativo dei monoradicolarati o dei molari non forcati, e rispetto a tali denti la loro perdita nel tempo è significativamente maggiore. La caratteristica fondamentale della terapia rigenerativa nei molari forcati è, viceversa, l'elevata variabilità ed imprevedibilità che ne limita l'indicazione a casi molto selezionati di forcazioni di secondo grado di molari inferiori. Studi relativi alla terapia con resezione o separazione radicolare (RSR) o alla terapia implantare nei settori posteriori mostrano elevate e sostanzialmente simili percentuali di successo (superiori al 90%). La presenza di un difetto interradicolare in un molare pone quindi sempre problemi terapeutici relativi all'opportunità o meno di fare terapia, all'opportunità o meno di utilizzarlo come pilastro protesico o di estrarlo ed eventualmente sostituirlo con impianti. Tenendo conto che nel momento in cui si deve prendere una decisione terapeutica in relazione a molari con problemi alle forcazioni non esiste alcuna evidenza scientifica che una modalità terapeutica sia superiore alle altre, viene enfatizzato il concetto che la presenza delle indicazioni anatomiche ad una terapia è una condizione necessaria ma non sufficiente per il suo utilizzo nella pratica clinica: la scelta terapeutica dovrebbe privilegiare la terapia il cui rapporto costo beneficio sia superiore rispetto alle eventuali alternative. Non si possono avere atteggiamenti preconcepiuti nei confronti delle potenziali terapie disponibili ed ogni valutazione deve essere fatta in relazione alle caratteristiche individuali del caso in esame, in particolare alla necessità o meno di fare protesi, o alla necessità o meno di fare protesi come conseguenza della

terapia adottata per trattare i molari interessati. La possibilità di sostituire i molari con problemi interradicolari con impianti osteointegrati va, però, sempre considerata con molta cautela in considerazione delle limitazioni anatomiche che la terapia implantare può presentare nei settori posteriori delle arcate dentarie, in particolare dell'arcata superiore.

L'evoluzione terminale della malattia parodontale pone particolari problemi gestionali nel caso in cui il piano di trattamento preveda una riabilitazione totale su impianti. La riabilitazione totale con impianti osteointegrati è in grado di assicurare a questi pazienti drastici miglioramenti della qualità della vita al termine della terapia, ma troppo spesso si osservano piani di trattamento che non tengono assolutamente conto della necessità di garantire al paziente un'adeguata qualità della vita durante la terapia. Ciò deriva dal fatto che molti dentisti, ed in particolare gli implantologi, considerano i casi implantari come casi essenzialmente chirurgici nei quali obiettivo fondamentale della terapia è l'inserimento degli impianti e la loro osteointegrazione, a prescindere dal percorso che deve essere seguito per raggiungere tale obiettivo che interessa invece direttamente la qualità della vita del paziente. Se anche il mantenimento di un'elevata qualità della vita durante la terapia deve diventare uno degli obiettivi del nostro trattamento, non è più sufficiente disporre della tecnica chirurgica più adeguata all'inserimento degli impianti: bisogna disporre di una strategia terapeutica globale che possa coniugare la possibilità di risolvere le problematiche chirurgiche con una *GESTIONE CONFORTEVOLE DELLA TERAPIA*. Tale obiettivo può essere raggiunto fondamentalmente grazie a:

- riduzione del numero globale delle sedute,
- concentrazione delle fasi chirurgiche,
- possibilità di mantenere la protesi durante tutta la terapia.

Nell'arcata inferiore il problema è sostanzialmente risolto per la possibilità di applicare routinariamente la procedura di carico immediato, mentre i dati relativi al carico immediato nell'arcata superiore non ne suggeriscono il suo utilizzo routinario anche in presenza di condizioni anatomiche favorevoli. Se quindi, nell'arcata superiore, esistono denti residui strategicamente distribuiti per poter supportare un provvisorio fisso di transizione, questi dovrebbero essere sempre utilizzati per gestire la fase chirurgica implantare, limitando la procedura di carico immediato a quelle situazioni in cui non esista altra alternativa per garantire al paziente una gestione confortevole della terapia.