

Mon B72/145. 22

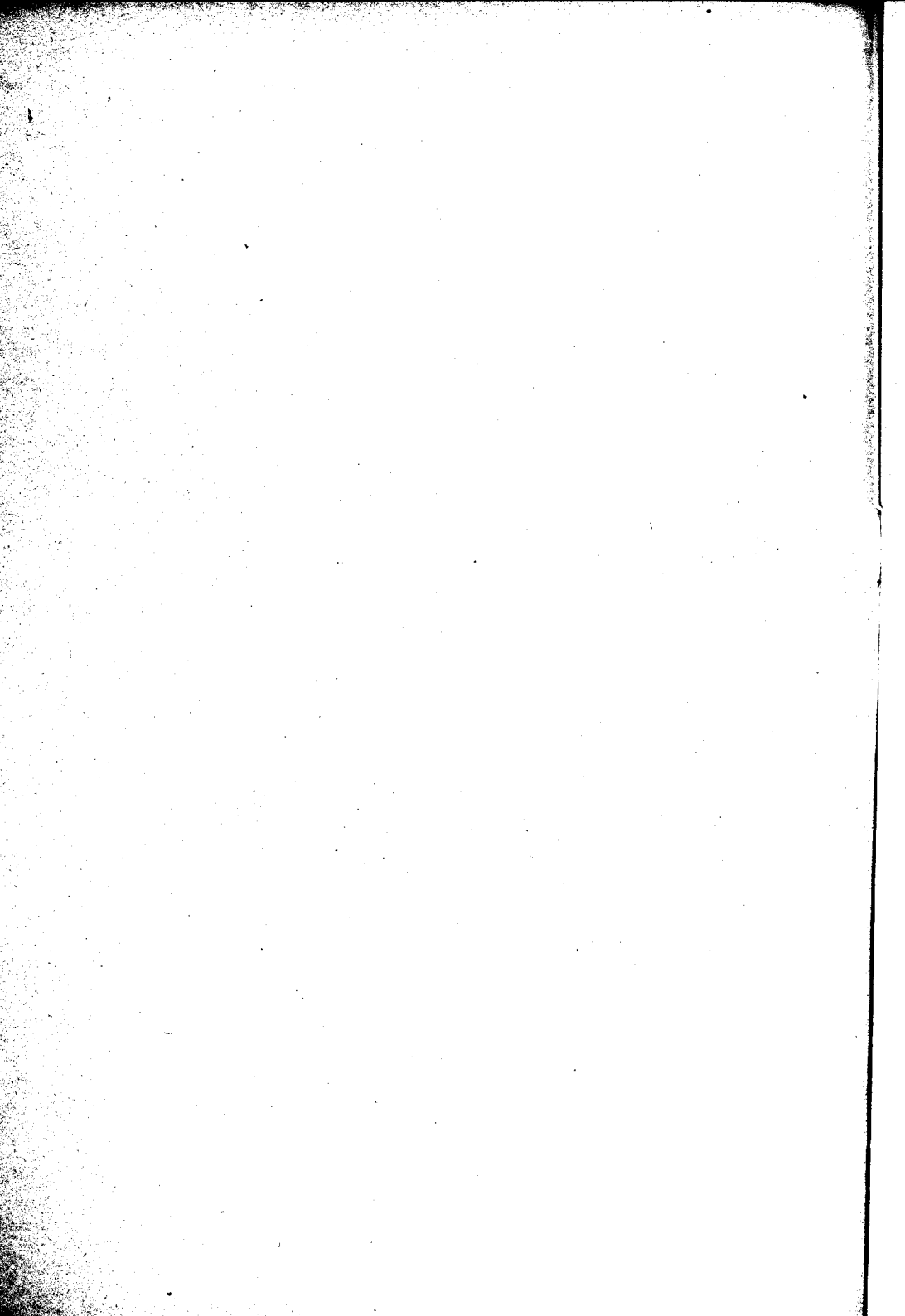
Prof. BRAJO FUSO

UN MIO METODO DI TERAPIA NEL TRATTAMENTO DELLE CISTI RADICOLARI DEI MASCELLARI

Estratto dalla Rivista "LA STOMATOLOGIA ITALIANA,"



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



R. CLINICA ODONTOIATRICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI PERUGIA

DIRETTA DAL PROF. SIRO TAVIANI

UN MIO METODO DI TERAPIA NEL TRATTAMENTO DELLE CISTI RADICOLARI DEI MASCELLARI

Prof. BRAJO FUSO

Molto si è scritto specie in questi ultimi anni, intorno alle cisti radicolari, sulla loro patogenesi, sulla struttura, e sulla cura.

Sarebbe quindi superfluo ripassare in rassegna i vari metodi operativi e dilungarsi in trattazioni che tutti conoscono. Ricorderò solo che è necessaria la morte della polpa dentale perchè una ciste si produca; che non si potranno avere cisti in denti a polpa vivente nè in denti affetti da pulpite o periodontite marginale: è necessario perchè una ciste si formi che la necrosi totale della polpa determini una infiammazione totale del periodonto.

Le cisti radicolari sono esclusivamente di origine dentale. Anche se alcuni autori hanno riscontrato lo sviluppo di cisti dopo l'estrazione di un dente, deve pensarsi che il sacco cistico era esistente e che dopo l'estrazione, questo è rimasto dentro il mascellare ed ha continuato a svilupparsi.

Se non si è osservato interessamento dell'osso al momento dell'estrazione del dente, questo deve mettersi in relazione con il lento e progressivo accrescimento che hanno le cisti. Accrescimento che si ha sempre nella direzione della minor resistenza ossea.

Le cisti sono, come tutti conoscono, rivestite internamente da epitelio di eguale struttura dell'epitelio boccale; quindi per la formazione di una ciste è indispensabile la presenza di epitelio nel periodonto e questo è possibile quando permangono i residui epiteliali di MALASSEZ.

Le cisti radicolari piccole o grandi che siano vanno sempre trattate con metodi esclusivamente chirurgici.

Tutti gli altri metodi sono da sconsigliarsi, poichè oltre a non corrispondere, danno luogo a recidive.

La tecnica per l'operazione delle cisti sia del mascellare superiore che della mandibola

deve essere possibilmente fatta sempre per via endorale.

Sono da escludersi le incisioni sulla parete palatina mentre invece il trattamento operatorio deve essere eseguito nella parete vestibolare e questo per evitare le non infrequenti forti emorragie, per gli avvallamenti e le irregolarità nel palato, causa a volte di alterazioni del timbro della voce; le incisioni della parete palatina danno una guarigione ritardata.

Nel trattamento delle cisti radicolari si deve curare di mettere l'epitelio di rivestimento della cisti, che, come si è detto, ha gli stessi caratteri di quelli della mucosa della bocca, a perfetto contatto con quello della cavità orale.

Con questo si viene ad ottenere una unione dei due epiteli che se nel primo momento formano avvallamenti anche evidenti, gradatamente formano una piccola cavità accessoria della cavità orale.

L'operazione si esegue mantenendo il paziente in posizione seduta. Prima di questa si fa eseguire una forte disinfezione della bocca con soluzioni disinfettanti poi dopo aver toccata localmente la parte malata con soluzioni di tintura di iodio e cloroformio, si procede all'anestesia locale sotto forma di anestesia tronculare con soluzioni di novocaina ed adrenalina al 4% aggredendo il nervo mascellare appena uscito dal cranio nella fossa pterigo-palatina, e il nervo palatino anteriore, il nervo infraorbitale, il nervo naso-palatino, e i nervi dentali posteriori superiori quando si tratta di una ciste del mascellare superiore che interessi la regione fornita da uno di questi nervi.

Nell'operazione delle cisti radicolari dò poca importanza alla conservazione o meno del dente che generalmente è ridotto in pessime condizioni quindi quando intervengo sulla ciste, la sorte del dente è già decisa.

Faccio in ogni modo eseguire radiografie della zona che mi interessa per vedere la estensione della ciste e per vedere quali sono i denti interessati. Dopo la conferma radiografica, se questa corrisponde per sede e natura con la diagnosi fatta, procedo senz'altro all'estrazione del dente dando esito attraverso l'alveolo al liquido che è contenuto nella ciste stessa.

Indi eseguo un ampio taglio diretto dall'alto verso il basso in modo da arrivare sul bordo alveolare.

Con tale taglio la mucosa viene divisa in basso in due parti.

Con un distacca periostio, e se la mucosa è molto aderente, anche usando il bisturi o le forbici, cerco di isolare la mucosa sovrastante la ciste anche a volte un po' più ampiamente in modo che la ciste risulti completamente denudata. Fatto questo, con appositi uncini sollevo i lembi mucosi mantenendoli divaricati. Indi con una punta da trapano aggredisco decisamente la parete esterna della osteoperiosteia della ciste e la fenestro con una sgorbia o con una forcice o con uno scalpello.

Aperta ampiamente la parete della ciste, questa appare, anzi presenta il suo interno generalmente di forma rotondeggiante o ovoidale.

Le pareti ci appaiono lisce e lucenti. Indi con lo scalpello si porta via tutta la parete esterna dell'alveolo del dente ammalato facendo una cavità unica con la ciste.

Detersa la cavità ed asciugata tocco a varie riprese il fondo di questa con garza imbevuta di ipoclorito.

Fatto ciò, passo all'ultimo tempo dell'operazione che consiste nel ripiegare i due lembi mucosi di destra e di sinistra contro il fondo della ciste.

Questi due lembi vengono trattenuti contro il fondo da un tampone di garza iodiformica la quale può essere mantenuta in bocca dai sei ai sette giorni. E' preferibile tale garza od altre del tipo sempre medicato poichè queste resistono maggiormente alla putrefazione. Non appena si ha la certezza che il lembo mucoso si è ben saldato con il sottostante si rimuove il tampone.

Raramente il processo di guarigione subisce arresti o residuano disturbi. Dopo un periodo più o meno lungo che può andare dai 4 agli 8 mesi le grandi cavità cistiche si obliterano sino a ridursi a piccole nicchie.

Tale atto operativo viene adottato nelle piccole cisti dei mascellari tanto chiuse che aperte, tenendo presente che in quelle a decorso infiammatorio si può praticare l'abbattimento della parete dei bordi mucosi in un secondo tempo quando cioè la flogosi è scomparsa. Sono escluse da tale trattamento le cisti molto voluminose le quali occupano l'antra d'Imoro e beneficiano oggi in sommo grado dei metodi di cura che sono chiamati rinologici.

Le operazioni sopradescritte sono state praticate in sedici pazienti che avevano cisti radicolari in prevalenza nel mascellare superiore; solo due interessavano il mascellare inferiore.

Sono state osservate più nelle donne che negli uomini: nove nelle donne e sette negli uomini. L'età colpita è dai venticinque ai quaranta anni.

Con il metodo operatorio illustrato e descritto, essendo stata l'apertura praticata con un taglio diretto dall'alto verso il basso ed essendo stata messa in diretta comunicazione la cavità cistica con il bordo alveolare, si riduce più rapidamente, ed anche la cavità viene più facilmente deteresa dai residui alimentari che possono essere trattenuti dopo averne tolto il tampone.

Tali residui defluiscono facilmente essendo il canale aperto verso il basso. Come i residui anche i liquidi si trattengono difficilmente in modo che anche se dovesse esserci suppurazione della ciste il pus scenderebbe facilmente in basso.

L'apertura diretta dall'alto verso il basso porta nella cicatrizzazione la cavità ad un livello tale che l'osso si appiana in modo da lasciar residuare un leggero solco.

CONCLUSIONI

L'argomento sul quale ho riferito è stato tratteggiato nelle sue grandi linee. Credo di essere stato compreso nel trattamento eseguito e che questo possa fissare l'odierno trattamento cruento delle cisti radicolari, grandi e piccole chiuse o aperte.

La tecnica operatoria permette di intervenire sulle cisti radicolari per via endorale in una forma più rapida e più accessibile.

Tali operazioni possono essere eseguite ambulatoriamente e con una grande facilità.



