

Dr. S. Bardaro

LE PATOLOGIE PULPARI E LA DEVITALIZZAZIONE DEL DENTE IN MEDICINA BIOLOGICA

L'ENDODONZIA

La devitalizzazione dei denti, la cosiddetta terapia canalare, è una pratica nobile che costituisce la scienza dell'Endodonzia dal greco EM-DON (in, all'interno di) e HO DONTAS (un dente). Si tende ormai a considerare infatti l'endodonzia come una disciplina a se stante, in grado di fornire risultati altamente affidabili e prevedibili.

Non è neanche quasi più vista come punto d'incontro e base per la terapia conservativa, parodontale e protesica ma, secondo molti, come una vera e propria "specialità".

Si occupa della diagnosi e terapia delle lesioni che interessano la polpa dentale ed il periapice radicolare; ad essa è quindi affidato il compito di curare il dente ammalato per garantirne la funzione nel tempo.

Nella quasi totalità dei casi è possibile attuare la conservazione di elementi dentali che fino a pochi decenni or sono apparivano irrecuperabili e dovevano essere estratti. Il trattamento endodontico, eseguito nel rispetto scrupoloso dei principi che lo governano, è infatti coronato da successo in oltre il 95% dei casi, secondo Weine. Tale percentuale è la più favorevole che in ogni altro settore dell'odontoiatria. Viene a questo punto da domandarsi perché allora in medicina biologica è a tutt'oggi considerata così negativamente la presenza di pulpite e quindi la possibilità di dover devitalizzare un dente?

La risposta è per tutti pronta: perché in entrambi i casi si può avere una **patologia a distanza!**

Tutti noi sappiamo questo, oltre che a volte c'è una tale refrattarietà alla terapia per cui si deve ricorrere all'estrazione. Qui spesso però finiscono le nozioni che la stragrande maggioranza di noi ha sull'argomento.

È senz'altro vero che un problema di questo tipo va girato allo specialista, ma è altrettanto certo che una conoscenza limitata e frammentaria può dar luogo ad una generalizzata demonizzazione e, quindi, ad un atteggiamento fobico ed allarmistico tanto nel medico quanto di conseguenza nel paziente. I rischi derivanti da ciò sono la responsabilizzazione sistematica del dente e la metodicità nell'optare per la terapia chirurgico-estrattiva. È purtroppo in tal modo che si trascurano altre possibili etiologie o terapie più conservative.

Questa trattazione è rivolta quindi non solo ai dentisti ma anche ai colleghi non specialisti per cui, ove possibile, ci si asterrà dall'addentrarsi troppo nel linguaggio tecnico-operatorio odontoiatrico.

LA MALATTIA FOCALE

Per parlare delle "patologie a distanza" bisogna fare qualche cenno storico e dire che agli inizi del 1900 l'endodonzia era arrivata ad ottenere risultati sorprendenti per quell'epoca.

Nonostante i miglioramenti raggiunti (si ricorda la messa a punto di tecniche anestesologiche sicure ed efficaci nonché il perfezionamento delle apparecchiature radiografiche), nei primi decenni del 1900 il trattamento di elezione per le patologie della polpa restava però l'avulsione del dente; ciò era dovuto soprattutto alle teorie di Passler (1909) e Hunter (1910) - SEPSI ORALE, COME ORIGINE DI MALATTIE GENERALI e successivamente di Rosenow (1917), Billing (1918) e Botlyan (1920) che introdussero la tesi "dell'infezione focale" (Oral sepsis).

Questi autori, dimostrando la capacità degli streptococchi di diffondere attraverso il torrente circolatorio, sostenevano che le infiammazioni croniche del cavo orale potevano causare patologie infiammatorie in altri organi del corpo; venivano quindi considerati "Foci" i denti affetti da pulpapatie e quelli con lesioni periapicali.

Si praticava in tali casi l'estrazione quasi indiscriminata di questi denti e di quelli già devitalizzati, sia perché si aveva poca fiducia nella tecnica endodontica, sia perché si dava poca importanza alla conservazione del dente e, soprattutto, perché essendo quello l'orientamento dominante, si faceva diagnosi "A PRIORI".

La "teoria focale" nata in Inghilterra, prese ampiamente piede in America creando generazioni di edentuli e dando un eccezionale impulso allo studio della protesi dentale che, in quegli anni, fece notevolissimi passi avanti.

Un folto gruppo di ricercatori (Hess, Walkoff, Herman, Palazzi, Marmasse, Lentulo, Coolidge ed altri ancora), approfondì gli studi biologici, batteriologici ed istologici della patologia pulpale. Le loro indagini cliniche e sperimentali gettarono le basi della moderna endodonzia volta ad ottenere la **guarigione anatomica** delle differenti patologie pulpari e la conservazione funzionale dei denti colpiti. Pertanto alla fine degli anni quaranta il dente devitalizzato non veniva più considerato in tutti i casi come responsabile di infezioni a distanza e di malattie sistemiche.

Comunque il concetto "Focus" dal processo puramente batterico dell'inizio secolo si evolveva tramite Slank che, introducendo la "tossicosi focale", vedeva l'azione di tossine batteriche e non.

Nel 1937 Berger ipotizzava l'induzione di reazioni allergiche iperergiche date dalle tossine batteriche (proteine eterologhe) e dagli endoallergeni prodotti dalla decomposizione tissutale in circoscritti focolai infiammatori cronici. Si arrivava così a parlare di "Allergia focale".

Il concetto di "Malattia focale" in medicina accademica è ancora basata su tali teorie.

In tutti i casi quindi è necessario un focolaio batterico attivo, confermato dall'esame istologico della lesione primaria che consiste in un infiltrato polimorfonucleato, nel caso acuto, e linfoplasma-cellulare nel caso cronico.

Tale focus primario è sito soprattutto nel sistema orodentale, tonsillare e, meno frequentemente, in altri distretti.

È in genere una flogosi cronica e pertanto silente come sintomatologia subiettiva. Le localizzazioni più frequenti della patologia a distanza sono a carico del rene, delle articolazioni e del cuore.

FOCUS IN BIOENERGETICA

La problematica delle affezioni da focolaio annovera anche altre teorie per esempio Ricker e Speransky hanno parlato di processo patologico neurale, coniato la definizione di "campo di perturbazione neurale".

Selye attribuisce importanza a fattori ormonali legati al sistema adenoipofisi-cortecia surrenale.

Secondo questa teoria gli effetti patologici di varie irritazioni locali o generali dipendono da tale sistema: gli ormoni adrenocorticali guiderebbero l'adattamento o la risposta difensiva dell'organismo.

Voll infine nell'ambito della sua elettropuntura mette in primo piano i rapporti energetici tra focolai ed organi.

Con la "pulizia del mesenchima" di Voll e le teorie di Pischinger il focolaio assume

precise connotazioni. Esso è un'area tissutale cronicamente alterata contenente materiale organico o inorganico non degradabile. Si trova sempre nel tessuto connettivo lasso e crea un blocco di natura energetica che, provocando una modificazione del livello energetico in organi a distanza, determina delle patologie.

La differenza è quindi soprattutto nel tipo di manifestazione primaria la quale, essendo una piccolissima quantità di materiale non riassorbibile accumulata nel connettivo lasso, allarga a dismisura le possibili fonti di manifestazioni focali a distanza.

Non è più necessaria perciò la presenza di un processo patologico evidente che, quindi, può non essere manifesto oggettivamente oltre che soggettivamente, risultando non visibile alla radiografia o ad altre indagini strumentali e di laboratorio tradizionali.

Dunque le sostanze nocive (batteri, virus, tossine, proteine patologiche ecc.) permangono nei tessuti ove si svolge la regolazione vegetativa basale.

Essi sono tra le cause che maggiormente danneggiano tale regolazione esplicando la loro azione nociva attraverso tutte le vie del vegetativo.

All'inizio l'organismo compensa queste perturbazioni impegnando però una parte delle sue funzioni difensive: si possono avere così effetti additivi con altre noxae perché l'organismo diventa più suscettibile alle affezioni.

A questo punto la reazione dell'organismo dipende dalla sua costituzione e dalla sua capacità di riequilibrio.

Si spiega così la diversità e la quantità dei sistemi attaccati (vascolare, connettivale, nervoso).

Queste azioni a distanza, comunque, rispettano sempre le regole dell'agopuntura e sono pertanto diretti nell'ambito di un sistema ciberneticamente secondo i principi delle relazioni dente-organo stabiliti da Voll.

Pertanto con Pischinger il focus non agisce più solo per l'azione infettiva di batteri, virus o per le loro tossine e prodotti del

metabolismo proteico con azione allergizzante, ma soprattutto perché questi fattori disturbano la regolazione vegetativa di base all'interno del tessuto connettivo lasso.

Secondo Rost (1988) **ogni infiammazione locale persistente può avere un effetto focale.**

Quindi **ogni flogosi persistente della polpa può essere considerata focolaio che sia di origine batterica o no** (es.: carie, oppure surriscaldamento per maldestra pulizia dei denti o anche trauma occlusale), anche perché se la focalità è oggi potenziale, domani può divenire attiva. Rost aggiunge che parecchi insuccessi nel risanamento dei focolai sono dovuti ad una **mancata individuazione di una pulpite cronica**; quest'ultima può infatti derivare da tantissime cause e non esistono metodi diagnostici sicuri per accertarne la presenza.

Egli si avvale della statistica di Ketterl che, avendo sottoposto all'esame istologico 57 denti vitali sani estratti per altri motivi, rinveniva 27 polpe normali, 26 infiammate e 4 con aree necrotiche.

La sua convinzione è che **l'eliminazione di un focolaio dentale è possibile solo con l'estrazione.** Estrapolando si arriva quindi a dire che, non potendo essere certi della salute di alcuna polpa, dovremmo **estrarre tutti i denti.**

È possibile che a questo punto molti di noi sentano stridere dentro qualcosa, soprattutto pensando che esercitiamo medicina biologica primariamente per il rispetto che essa ha dell'uomo e di tutte le sue parti.

Credo si debba essere partigiani ma mai estremisti perché si arriverebbe ad agire in maniera opposta alle proprie convinzioni di partenza.

La questione è sì ampia e variegata ma, nel cercare di risolverla, non bisogna perdere il nesso con la realtà. Non dobbiamo essere certo noi, a causa di convinzioni altrui o di "tendenze" di pensiero, a fungere da strumenti per ricreare masse di edentuli come quasi un secolo fa.

Andiamo ad esaminare pertanto la problematica che ci si pone.

FOCUS ODONTOGENI

La **pulpite cronica** (ulcerosa, ipertrofica o granulomatosa interna), la **necrosi pulpale** (coagulativa o colliquativa) e la **gangrena pulpale** sono dei potenziali "Focus intradentali".

Non sono reperibili di per sé alla radiografia, diventando solo se e quando si è determinata una lesione ossea periapicale come conseguenza. Si trovano all'interno del sistema fondamentale di regolazione (peraltro la polpa dentaria rappresenta il sistema di regolazione allo stato puro).

Tale materiale organico ed inorganico non è più degradabile ed eliminabile e, quando il sistema difensivo non riesce più a contenerne l'azione, esso rompe la barriera tissutale locale creando disturbi alla regolazione vegetativa.

Costituisce un sovraccarico secondario e la sua azione è mirata, colpisce cioè un determinato distretto di competenza di quel dente secondo le relazioni dente-organo definite da Voll.

Stesse peculiarità sono presentate dal **granuloma apicale** e dalla **cisti radicolare**; questi sono conseguenza di patologie pulpari e fanno parte dei "Focus Endorali".

■ La terapia canalare ed il campo di disturbo dentale

Il comune denominatore delle patologie citate è che vanno affrontate e risolte con la "terapia canalare". Anche nei casi in cui si arrivi solo ad esporre la polpa dentaria qualunque ne sia il motivo, o ad avere una infezione della superficie della stessa, si deve ricorrere quasi sempre alla suddetta terapia, vista la scarsa efficacia di trattamenti più conservativi come "l'incappucciamento diretto" e la "pulpotomia" o, perlomeno, di tali terapie eseguite con metodiche tradizionali.

Prima di proseguire è bene introdurre il "Campo di Disturbo Dentale" (C.d.D.D.): questo è costituito da materiale estraneo presente nelle ossa mascellari, nel cavo orale e nel dente.

Non si trova nel sistema fondamentale di regolazione e può essere rappresentato da un qualsiasi materiale odontoiatrico tra cui soprattutto le amalgame e le leghe, ma anche dai non metalli come i materiali per obturazione dei canali e i prodotti tossici della denaturazione proteica derivanti da denti sottoposti a cure canalari.

Il C.d.D.D. crea un'alterazione o un vero e proprio blocco dell'informazione influenzando sulla coordinazione sistemica dell'organismo. Al contrario del focus esso non rispetta le regole dell'agopuntura ed agisce al di fuori del territorio di competenza del dente.

Disturba i sistemi cibernetici e di regolazione agendo sul sistema vegetativo, endocrino, circolatorio e determinando quindi patologie a carico degli organi dipendenti.

Rappresenta un sovraccarico primitivo, ossia se non viene eliminato è impossibile la riuscita di qualsiasi altra terapia; **non è possibile curare un focus odontogeno se prima non si elimina un C.d.D.D.**

Quindi curando un focus potenziale o attivo in modo conservativo, cioè con la terapia canalare evitando l'estrazione, potremmo creare un problema addirittura più grave.

Questa considerazione ci potrebbe riportare a credere che forse l'unica vera soluzione è proprio l'estrazione.

Sono invece convinto che, anche con le peggiori prospettive, non sia mai questa la soluzione di prima scelta. Noi medici biologici abbiamo delle potenzialità enormi in termini di conoscenze, farmaci e metodiche e dobbiamo, coordinando e sinergizzando i nostri sforzi, riuscire a creare delle possibilità di affrancatura da tali patologie senza dover indicare l'estrazione come unica soluzione.

La nostra azione deve essere diretta verso l'eliminazione del fattore perturbante o verso la creazione di un meccanismo di compenso a questo; si deve fare comunque sempre attenzione a non indurre, noi stessi ulteriori danni per eccesso di disinvoltura o per utilizzo negligente di strumenti e metodiche a nostra disposizione.

TRATTAMENTO

■ Esposizione della polpa e pulpite superficiale

Nei casi in cui ci si trovi di fronte all'esposizione della polpa dentaria o ad una iniziale flogosi superficiale della stessa, in odontoiatria si attuano le terapie denominate "Incappucciamento diretto" e "Pulpotomia". Sappiamo bene quale alta percentuale di insuccessi esse ci riservano pur usando tutti gli accorgimenti necessari, tanto che la maggioranza di tali denti deve essere devitalizzata.

Con grande soddisfazione posso dire che da quando utilizzo la praeclara "Arnica Compositum" ed il "Pulpa Dentis Compositum" della Heel come **principali** medicinali in queste terapie, la mia casistica annovera un forte incremento di successi.

I componenti di tali farmaci appaiono, a chi conosce la medicina naturale ed i trattamenti in questione, quanto di più appropriato per ottenere un'azione antiflogistica, antisettica e rigenerante della polpa, nonché un forte stimolo alla formazione di dentina terziaria di ottima qualità.

Tali farmaci si possono usare inserendoli come medicamento nell'incappucciamento stesso e/o iniettandoli omeomeso terapeuticamente in ambito loco-regionale utilizzando anche punti di agopuntura.

Anche l'utilizzo del Soft-Laser rappresenta una risorsa preziosa in tali terapie associandola o no al trattamento farmacologico.

Capiamo bene come in questo modo si possano evitare un enorme numero di terapie canalari oltre ad ottenere delle "Vere" guarigioni pulpari; infatti il trattamento eseguito con farmaci naturali porta ad un drenaggio e ad una rigenerazione pulpare per cui, oltre al cessare della sintomatologia e alla guarigione macroscopica, vi sarà l'assenza quasi certa di materiale depositato in ambito pulpare che potrebbe costituire un focus potenziale.

■ Pulpite, necrosi pulpare, gangrena pulpare

Quando si arriva ad avere una flogosi conclamata della polpa dentaria dobbiamo distinguere se essa è acuta o cronica; nel caso dell'acuta (Sierosa o purulenta) la presenza del corteo sintomatologico soggettivo ci indica che le difese locali non sono state superate, anzi si è in una fase simpaticotonica ossia di reazione adrenergica (Commutazione vegetativa di Hoff).

In tali casi possiamo essere certi di non trovarci davanti un focus e si può agire pulpectomizzando ed eseguendo poi la terapia canalare con le modalità che vedremo. In tali casi ciò che si deve cercare a tutti i costi di evitare, sono i devitalizzanti chimici applicati sulla polpa ed i farmaci "antibiotici" ed "antiinfiammatori" somministrati per via generale.

I devitalizzanti possono depositarsi ed intossicare loro stessi oltre a dar luogo alla formazione di altre molecole, estremamente tossiche, a causa della degradazione proteica.

L'antibiotico in tali casi è perfettamente inutile perché, in primo luogo essendoci una reazione acuta, il sistema difensivo è perfettamente attivo; in secondo luogo, diffondendo per via ematica, non raggiunge il sito di flogosi a causa della zona di ipossiemia da compressione circostante; terzo perché genera un aumento di tossine batteriche che il nostro sistema difensivo elimina con difficoltà essendo già al massimo della sua attività (stratificazione spaziale di Ricker). Sono proprio tali tossine che formano peptidi selvaggi ed autoanticorpi che oltretutto rimangono depositati nel tessuto connettivo lasso a causa del passaggio SOL-GEL dato dall'antibiotico stesso.

Agendo in tal modo potremmo quindi essere proprio noi a creare un focus. Il farmaco antiinfiammatorio andrebbe evitato perché non fa altro che abbassare la nostra capacità di reazione e quindi spostare una pulpita da acuta a cronica. Nel controllo del dolore ho avuto buoni risultati iniettando nella

zona peridontaria un cocktail di 2 injeel: "Chamomilla" e "Mercurius vivus" perché agiscono su un tipo di dolore con le caratteristiche tipiche della pulpita acuta. Il problema è comunque relativo perché in quei casi l'unica terapia, anche analgesica, è aprire il dente.

Nella pulpita cronica, nella necrosi e nella gangrena pulpare dobbiamo sempre agire come se fossimo di già dinanzi ad un focus.

In tali casi diventa indispensabile la metodica di elettroagopuntura di Voll che per l'odontoiatra è, a mio avviso, insostituibile.

Ci permette infatti, se usata con perizia, la diagnosi di un focus odontogeno e quindi di conseguenza anche di una pulpita cronica che a volte è molto difficile reperire.

Se all'esame di E.A.V. testiamo il nosodo "Chronische pulpitis" D3 e con un massimo di 3 fiale riusciamo ad equilibrare, possiamo dire di non essere di fronte ad un focus o perlomeno di poterlo controllare. In tali casi è d'obbligo la terapia medica mentre si decide a seconda del caso se intraprendere o no quella chirurgica.

Se il dente è integro (pulpite non da carie) si può optare per il solo trattamento farmacologico attuando comunque un riesame periodico del paziente. Anche nel caso in cui si riequilibra con 1 fiala di "Gangrenose pulpa" D3 potremo fare solo terapia farmacologica evitando, se possibile, di intervenire.

Nel caso in cui si testassero più fiale di tali nosodi si dovrà obbligatoriamente pulpectomizzare. È indispensabile a questo punto una completa e dettagliata anamnesi del paziente, uno scrupoloso esame obiettivo orale e generale, nonché un approfondito esame di E.A.V.

Utilissima è la collaborazione con il collega che esercita medicina generale per poter ottenere ciò che ritengo essere la carta vincente in tali pratiche, ossia il maggior riequilibrio generale possibile del paziente e, quindi, l'innalzamento della sua capacità di regolazione. Agire in questo modo equivale ad avere, durante le manovre terapeutiche, quella stessa sicurezza che in medicina accademica si pensa di poter ottenere con la copertura antibiotica.

Solo dopo aver assolto a ciò si può intraprendere la terapia canalare che deve essere portata avanti in modo scrupoloso e metodico secondo i dettami dell'odierna endodonzia. Mi riferisco solo alla fase meccanica del trattamento peraltro riconosciuta come fondamentale rispetto all'alesatura chimica ed all'uso locale di farmaci con effetto antiflogistico ed antibatterico. Unici presidi da utilizzare sono l'insostituibile ipoclorito di sodio (NaOCl) come irrigante canalare e l'idrossido $\text{Ca}(\text{OH})_2$ o l'ossido di calcio CaO come medicazione intermedia e per il trattamento dei canali laterali.

Il problema dei canali laterali è gravoso e di per sé può costituire un motivo d'insuccesso della terapia canalare ed una persistenza del campo di disturbo dentale.

Bisogna anche dire che la presenza dei canali laterali è la regola e non l'eccezione.

Può venirci in aiuto l'azione dell'ossido di calcio (soprattutto il tipo con molecola pesante utilizzato nella terapia ocalessica) che non tossico ed irritante è senz'altro molto utile nell'eliminare i residui pulpari necrotici. Associata a tale medicazione stiamo valutando l'efficacia di iniezioni a livello del terzo apicale di "Lymphomiosot" associato al nosodo testato oltre ad applicazioni di Soft-Laser nella stessa zona. Stiamo inoltre valutando lo stesso trattamento estendendo però iniezioni e applicazioni del laser anche alla zona retromolare o del 9° odontone.

Tale area, definita anche "Pompa linfatica centrale", sembra particolarmente importante nel trattamento dei focolai cefalici (Gleditsh).

Altro grande problema delle devitalizzazioni sono i materiali usati per la sigillatura dei canali.

Naturalmente in tali casi è imperativo testare il materiale con l'E.A.V. (soprattutto), o con altre metodiche, prima di utilizzarlo.

Casser nell'87 rilevava l'esistenza di oltre 200 materiali e medicamenti diversi per la preparazione e chiusura dei canali radicolari. Sicuramente a tutt'oggi ne esistono molti di più e di più tollerati, quindi tale problema può essere facilmente arginato.

Anche se ritengo poco utile elencare i materiali più o meno tollerati, penso sia interessante riportare che il famigerato "Endomethasone", al contrario di quanto si possa presumere, è spesso ben accetto; per nulla lo è invece l'"Eugenolo" che rappresenta uno dei tossici maggiori per la sua capacità di irritare fortemente i plessi vegetativi.

Pertanto quando si deve usare l'endomethasone lo si può impastare con l'olio di vasellina in luogo dell'eugenolo (È superfluo dire che l'olio va prima testato).

■ Denti devitalizzati in precedenza

Il dente devitalizzato può creare un campo di disturbo dentale a causa dei materiali usati, dei tossici derivanti dalla denaturazione proteica o di per sé nel complesso.

Abbiamo già parlato delle caratteristiche di un campo di disturbo dentale e sappiamo che può essere più dannoso e complesso da trattare dello stesso focus.

Può creare dei blocchi energetici ed informazionali in cui è fondamentale l'E.A.V per ottenere una precisa diagnosi.

Si misurano soprattutto i plessi (che costituiscono il vegetativo) ed il meridiano endocrino perché informano sulla capacità di regolazione dell'organismo.

Testando una **fiala di nosodo del dente devitalizzato** ("Wurzelbehandelter Zahn") in D3 possiamo essere di fronte ad un C.d.D.D.; in tal caso ci sono tre livelli d'intervento da attuare: il primo è la revisione della terapia canalare, il secondo l'apicectomia e, solo in ultimo luogo, si può pensare alla estrazione.

Penso non sia mai eccessivo ripetere che va sempre prima elevata al massimo ottenibile la capacità di riequilibrio del paziente.

La revisione della terapia canalare va eseguita come di regola e con tutti gli accorgimenti citati testando sempre il paziente per valutare gli effetti della terapia. Tale ritrattamento, nel caso risultasse inefficace, è sempre una preparazione per la chirurgia.

Con l'apicectomia infatti si cerca di eliminare i canali laterali ma, se non avessimo

prima fatto il ritrattamento usando materiali tollerati e rimuovendo quelli tossici, faremmo un lavoro inutile. È pacifico che non va usata l'amalgama d'argento per chiudere l'orificio canalare, come non si devono usare i cementi Eugenati per otturazioni retrograde che peraltro oggi vanno per la maggiore. Il modo migliore per sigillare l'apice è la modellazione a caldo di una guttaperca testata che avremo applicato nel ritrattamento. Ovviamente ciò sarà possibile se si troverà una guttaperca compatibile (di solito quella bianca); dovremo altrimenti escogitare qualche altra soluzione pensando che è certamente **preferibile avere un non perfetto sigillo che un campo di disturbo dentale.**

Se si riesce a localizzare la posizione dei canali laterali si può provare ad asportare una sola radice o a separare un poliradicolato nel caso detti canali siano a livello della forcazione.

In ogni caso, quando si fa chirurgia, ed intendendo soprattutto nell'estrazione, si deve, oltre ad equilibrare preventivamente il paziente, proteggere i distretti sui quali il dente agisce. Ciò si attua con una terapia farmacologica messa a punto con l'esame di E.A.V. Intervendendo senza adottare tali misure si potrebbe avere una fissazione della patologia all'organo.

È sempre necessario infine, un trattamento post-intervento ed una riottimizzazione del paziente prima d'intervenire di nuovo.

Problema di non facile soluzione è rappresentato anche dai prodotti tossici derivanti dalla degradazione proteica nei denti devitalizzati.

Parliamo di Tioetere e Mercaptano che vanno ricercati testando i punti che informano sui plessi poiché sono dei tossici.

Generano C.d.D.D. in quanto sono dei corpi estranei; si può tentare una terapia farmacologica disintossicante nel caso necessiti una sola fiala D6 del tossico per riequilibrare. Detta evenienza non è purtroppo molto frequente quindi, più spesso, si è costretti ad intervenire chirurgicamente.

La presenza di tali tossici dipende principalmente dalla presenza di canali laterali per

cui si procede secondo i tre livelli d'intervento già detti:

- 1 - Revisione terapia canalare;
- 2 - Apicectomia;
- 3 - Estrazione.

Altro potente tossico è l'eugenolo che va ricercato usando la fiala di Caryophyllus. E' buona norma pertanto astenersi sempre dall'usare eugenolo da solo o in associazione ad altri materiali.

È necessario a volte ricercare tossici che non sono nei materiali presenti nel dente; anche autorevoli colleghi, infatti, usano di norma l'eugenolo e la pasta iodoformica come medicazioni intermedie che vengono poi rimosse.

La pasta iodoformica, per esempio, è spinta con tutta tranquillità oltre apice perché, a loro avviso, non crea alcun problema visto che viene poi "riassorbita" dall'organismo.

CONCLUSIONI

Lo scopo è stato quello di rendere organiche le nozioni e le esperienze accumulate sull'argomento per poter creare non tanto un protocollo d'intervento, quanto una maggior chiarezza d'orientamento nel trovarsi ad affrontare tali disturbi così complessi.

Si è cercato, una volta chiarite le caratteristiche salienti del problema, di indurre ad una linea di condotta basata su un atteggiamento mentale che, lungi dall'indifferenza o dall'allarmismo, marci sul sentiero della risoluzione più conservativa e naturale.

Per noi è ormai impossibile ignorare la questione alla stregua dei colleghi allopati che non conoscono, o non riconoscono tali motivi come fonte di infinite patologie; né possiamo adottare "pseudosoluzioni" basate null'altro che sulla estrazione di tutti i denti sospetti.

Ognuno di noi con il proprio lavoro quotidiano, se scevro da pregiudizi e timori, può fornire un contributo che, scambiato e potenziato con gli altri, può condurci a chiarire gli infiniti aspetti ancora oscuri della problematica.

Lavorare in questo modo sarà senz'altro difficoltoso nonché più impegnativo e dispendioso ma) sicuramente, ci sentiremo ripagati dal sorriso "integro" di un paziente "guarito". □

Bibliografia

1. Cruse W. P., Bellizzi R. A historic review of endodontics, 1689-1963. *J. of Endodontics*, 3, 495, 1980.
2. Castellucci A. Evoluzione della terapia endodontica. *Bollettino Isinago*, 8; 3; 1988.
3. Luebke R.G. Evolution of root canal therapy. *J.A.D.A.*, 2, 8, 1975.
4. Weine F. S. Terapia endodontica. Scienza e tecnica Dent. ED. INT. Milano, 1982.
5. Cohen S., Burns R. C. Clinica e terapia delle pulpopatie. Piccin, Padova, 1985.
6. Riitano F; Nuovi orientamenti in endodonzia. Farmitalia Carlo Erba Ed., Milano, 1983.
7. H. H. Reckeweg; Materia medica omeopatica. Guna Editore, 1990.
8. H. H. Reckeweg; Omotossicologia prospettiva per una sintesi della medicina. Guna Editore, 1988.
9. "Focolai della bocca, dei denti e delle mascelle. Risanamento e terapia accompagnamento". Prof. A. ROST, RIV. IT. OMOT. Gennaio/marzo 1988 - Guna Editore.
10. "Focolai e campi di disturbo" Dr. Ernest Peter Kollmer. RIV. IT. OMOT. Ottobre/Dicembre 1984 - Guna Editore.
11. Argomenti di Omotossicologia. Dr. Ivo Bianchi - Guna Editore.
12. Odontoiatria Olistica. Marco Battistoni - Guna Editore.
13. R. Voll, I. Ruf: Nosodi e terapia d'accompagnamento in EAV Staufen - Pharma, 1988.
14. Compendium Staufen - Pharma, 1986.
15. Materia medica Omotossicologica. Dr. Ivo Bianchi - Guna Editore.