

## ***Sbiancamento, di elementi trattati endodonticamente (agenti ossidanti)***

1. Il riassorbimento radicolare esterno infiammatorio (cervicale) è un' evenienza rara ma temibile in odontoiatria. E' stata associata a tutta una serie di fattori tra cui i più frequenti (G.S. Heithersay 1999, analisi su 257 casi di riassorbimento) sono: i traumi (15.1%), l'ortodonzia (24.1), la chirurgia (5.1%), detartrasi e levigatura radicolare (1.6%), gli sbiancamenti con perossido di H al 30% e/o calore (3,9%), qualsiasi situazione che aumenti, o mantenga elevata la permeabilità dentinale cervicale, le parafunzioni (2.4%), difetti di mineralizzazione, difetti di formazione a livello della giunzione smalto-cemento, (dentina nuda, non ricoperta da smalto o cemento) sono presenti nel 10% circa, di tutta la popolazione.
2. La somma di questi fattori aumenta il rischio di riassorbimenti.
3. Informare correttamente il paziente.
4. Sbiancare solo elementi con trattamento endodontico corretto, (eseguito da almeno 20-30gg.) e con pareti radicolari di sufficiente spessore, senza incrinature visibili. **(Il rischio è che materiale sbiancante fuoriesca, entri in contatto con i tessuti parodontali e possa innescare il meccanismo del riassorbimento radicolare esterno).** Attenzione quindi agli elementi traumatizzati e con alle spalle ripetuti sbiancamenti, attenzione anche agli elementi che abbiano perso la vitalità prima che il paziente compisse i 25 anni (diametro tubuli).
5. E' sconsigliabile la somma di manovre odontoiatriche che aumentino il rischio di riassorbimenti, entro l'arco minimo di tempo di 6-12 mesi. (esempio sbiancamento + chirurgia + ortodonzia)
6. Proteggere prima dell'isolamento, i tessuti molli in prossimità dell'elemento da trattare e per alcuni centimetri attorno, con della vaselina in crema o dell'Orabase. Anche gli occhi del paziente andranno protetti con telini o occhiali.
7. Isolare molto accuratamente con la diga, idealmente un dente per volta, usare fori piccoli, ricalzare correttamente il foglio di gomma, attenzione ad eventuali micro-lacerazioni della diga.
8. Non impiegare anestetici, è utile che il paziente ci avvisi nel caso avvertisse dolore durante il trattamento (possibile contatto tra i tessuti parodontali e l'agente sbiancante).
9. Eliminare tutto il materiale da restauro possibile: otturazioni o medicazioni che impediscano il contatto dello sbiancante, con la superficie vestibolare (interna) della camera pulpale, la cavità deve comunque poter contenere in sicurezza lo sbiancante tra una seduta e l'altra, quindi la corona può dover essere ricostruita provvisoriamente.
10. Decidere se necessita una barriera cervicale (obliterare i tubuli dell'area cervicale, con RMGIC o tecniche adesive) per ridurre la permeabilità di questa zona sopracrestale, senza esagerare e collocando in modo preciso il materiale.
11. Determinare la lunghezza di lavoro: 2 - 3 mm oltre il margine gengivale, cui bisogna aggiungere lo spazio per il tappo in cemento ossifosfato, che serve a separare il materiale da sbiancamento dalla cura endodontica (circa 1mm).
12. Aggiungere lo strato di cemento ossifosfato, attendere almeno otto minuti, togliere gli eccessi e ripulire.
13. Pulire la cavità finita, anche con l'impiego di una sabbiatrice intraorale.
14. Lavare accuratamente e asciugare.
15. Mordenzare con acido ortofosforico liquido al 37%, al max. per un minuto l'interno della cavità. **Solo se lo ritenete indispensabile ad esempio in denti "anziani" con dentina sclerotica, altrimenti ridurre il tempo o non mordenzare (il rischio è quello di aumentare troppo la permeabilità dentinale).**
16. Lavare abbondantemente e asciugare.

17. Applicare alcool puro per un minuto e asciugare, **non usare più acqua fino alla fine del lavoro.**
18. Questa parte della procedura (dal punto 19 al 23), è da considerare la più lunga impiegabile (15 + 15 minuti), per casi difficili, in denti decolorati da molto tempo e con probabile scarsa permeabilità dentinale, in tutti gli altri casi ridurre i tempi e le concentrazioni di perossido di H.
19. Mettere all'interno della cavità, perossido di H a 130 Vol. (meglio a 10 Volumi o inferiore) per circa un minuto, iniziare ad apportare calore (il riscaldamento dovrà essere eseguito senza toccare con strumenti caldi il dente, si resta sospesi nella cavità, in aggiunta è conveniente utilizzare una o più lampade per polimerizzare (luce e calore).
20. Asciugare con aria l'eventuale perossido ancora presente, preparare un impasto denso di perborato di Na e perossido di H a 130 Vol. (meglio a 10 Volumi o inferiore) con cui si riempirà la cavità d'accesso e si ricoprirà anche tutta la superficie del dente. Riscaldare (portatore di calore e/o lampade) e rinnovare il materiale via via che si consuma, per max. 15 minuti.
21. Lavare con una siringa di perossido di H. a 130 Vol. (meglio a 10 Volumi o inferiore) e asciugare.
22. Applicare Endoperox (Ogna) in pasta, con cui si riempirà la cavità d'accesso e si ricoprirà tutta la superficie del dente come in precedenza con l'altro impasto. Riscaldare (portatore di calore e/o lampade) e rinnovare il materiale quando si consuma, per altri 15 minuti al massimo.
23. Lavare con alcool puro in siringa e asciugare.
24. Preparare un ultimo impasto, denso, di perborato di Na e perossido di H a 10 Vol. (anche minore, fino ad acqua pura), con cui si riempirà la cavità d'accesso ed anche la parte interna della superficie vestibolare, il materiale andrà ben compattato e asciugato con cotone, si dovrà aver cura di lasciare lo spazio per mettere al di sopra un piccolo strato di cotone e il materiale da medicazione (IRM) che non contenga argento o pigmenti colorati. I margini cavitari andranno ben ripuliti, con cottoni inumiditi in alcool, la medicazione dovrà chiudere perfettamente.
25. Verificare il risultato dopo circa dieci giorni, (si deve ottenere uno sbiancamento in eccesso del 20 - 30% al massimo) se è OK rimuovere lo sbiancante e mettere un impasto d'idrossido di Ca. in polvere con acqua, al di sopra il solito cotone e si può chiudere anche solamente con del Cavit, altrimenti rivalutare dopo altri 10 giorni e così via fino ad due mesi, momento in cui eventualmente, si deciderà di ripetere il trattamento ed i controlli fino al risultato desiderato.
26. Il paziente dovrà avvisarci: se ha **disturbi di qualsiasi tipo, (rimuovere immediatamente lo sbiancante se questi sintomi non ascrivibili ad altre motivazioni), o se cade il restauro provvisorio**, che dovrà essere prontamente sostituito.
27. Non restaurare definitivamente il dente, prima di 40-50 giorni dalla rimozione dello sbiancante (risultato non ancora stabile, e necessità di neutralizzare le molecole ossidanti).
28. Avvisare il paziente del rischio di recidive, e garantirsi in linea di massima la possibilità del reintervento.
29. Verificare la comparsa di eventuali riassorbimenti radicolari con Rx e sondaggi ogni sei mesi per i primi due anni, e ogni 12 mesi per altri 10 anni.

**PS. Per ridurre al minimo il rischio di riassorbimenti radicolari dovuti allo sbiancamento, (evento in ogni caso possibile in elementi sottoposti ad un trauma di qualche natura) si potrà eliminare l'uso dello strumento riscaldato e/o sostituire il perossido di H. a 130 volumi, con quello a 10 o al limite con acqua, (non sono descritti casi di riassorbimento con l'uso di perborato + H<sub>2</sub>O) logicamente avremo un minor effetto sbiancante, per unità di tempo, e una maggior tendenza alla recidiva.**

*Adamo Monari*