

Consenso Informato per la procedura chirurgica di Coronectomia

La Coronectomia è una procedura chirurgica che prevede la rimozione della corona del dente del giudizio, il consumo tramite frese della struttura radicolare fino ad avere 2-3 mm di osso nativo che circonda il frammento dentale residuo. Questo frammento rimane all'interno dell'alveolo originario.

La Coronectomia è un'opzione terapeutica consigliabile quando all'esame radiografico tomografico computerizzato risulti un contatto diretto fra radici del dente incluso e nervo mandibolare. In questo caso, specie in pazienti di età superiore ai 40 anni, l'estrazione completa dell'elemento dentario presenta un rischio maggiore di lesione del nervo alveolare inferiore con conseguente perdita della sensibilità nella zona corrispondente all'emi -labbro inferiore destro o sinistro; talora la perdita di sensibilità può interessare anche la parte laterale della lingua.

Si consiglia di controllare radiograficamente il frammento radicolare residuo a 3, 6 e 12 mesi dalla procedura chirurgica. Dopo il primo anno il controllo radiografico è semestrale per i 4 anni successivi.

Questi controlli radiografici hanno lo scopo di controllare l'eventuale migrazione a cui va incontro la radice lasciata nell'alveolo. La migrazione determina un allontanamento del frammento radicolare dal nervo mandibolare di modo che la successiva estrazione dello stesso, se sintomatico, è a bassissimo rischio di danno neurologico.

Il re-intervento non è però un'opzione sempre necessaria perché dopo i primi 6 mesi prevalgono i processi di apposizione ossea al di sopra della radice residua. L'apposizione ossea determina generalmente un blocco della migrazione radicolare con inglobamento del frammento nella compagine ossea.

I denti sottoposti a Coronectomia non devono presentare carie penetrante perché la polpa dentaria, che generalmente determina la formazione di un tappo di cemento nella zona della sezione dentale, se è contaminata da batteri può non essere in grado di determinare questa guarigione.

Dopo Coronectomia il dolore raggiunge il suo picco massimo nei primi 2-3 giorni così come l'edema nella zona operata. Il dolore viene efficacemente sedato da antidolorifici quali il brufen 600 ed è generalmente inferiore a quello determinato da un'estrazione completa mentre l'edema post-operatorio si risolve spontaneamente dopo 3-4 giorni. La procedura chirurgica va comunque effettuata in profilassi antibiotica e terapia antibiotica post-operatoria.

Ad oggi sono presenti in letteratura mondiale circa 20 studi che documentano l'affidabilità della Coronectomia come opzione terapeutica nei casi a rischio di danno neurologico del nervo alveolare inferiore.

La pubblicazione più recente è frutto del lavoro di ricerca clinica compiuto nel Reparto di Chirurgia Orale dell'Università degli Studi di Bologna, diretto dal prof. Claudio Marchetti.

Elenco degli studi pubblicati

1. Leung YY, Cheung LK. Safety of coronectomy versus excision of wisdom teeth: a randomized controlled trial. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009; 108: 821–827.
2. Renton T, Hankinsb M, Sproatec C, McGurkc M. A randomised controlled clinical trial to compare the incidence of injury to the inferior alveolar nerve as a result of coronectomy and removal of mandibular third molars. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2005; 43: 7–12.
3. Hatano Y, Kurita K, Kuroiwa Y, Yuasa H, Arijii E. Clinical evaluations of coronectomy (intentional partial odontectomy) for mandibular third molars using dental computed tomography: a case-control study. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67: 806– 1814.
4. Cilasun U, Yildirim T, Guzeldemir E, Pektas ZO. Coronectomy in patients with high risk of inferior alveolar nerve injury diagnosed by computed tomography. *J Oral Maxillofac Surg* 2011 Jun;69(6):1557-61. Epub 2011 Feb 1.
5. Zola MB. Avoiding anaesthesia by root retention. *J Oral Maxillofac Surg* 1992; 50: 419–421.
6. Pogrel MA, Lee JS, Muff DF. Coronectomy: a technique to protect the inferior alveolar nerve. *J Oral Maxillofac Surg* 2004; 62: 1447–1452
7. Dolanmaz D, Yildirim G, Isik K, Kucuk K, Ozturk A. A preferable technique for protecting the inferior alveolar nerve: coronectomy. *J Oral Maxillofac Surg* 2009; 67: 1234–1238.
8. O’Riordan BC. Coronectomy (intentional partial odontectomy of lower third molars). *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2004; 98: 274–280.
9. O’Riordan B. Uneasy lies the head that wears a crown. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1997; 35: 209–212.
10. K. Knutsson, L. Lysell, M. Rohlin, Postoperative status after partial removal of the mandibular third molar, *Swed Dent J*, 13 (1989), p. 15
11. M.A. Pogrel . Partial odontectomy. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*, 19 (2007), p. 85
12. L.A. Assael. Coronectomy: A time to ponder or a time to act? *J Oral Maxillofac Surg*, 62 (2004), p. 1445
13. Freedman GL: Intentional partial odontectomy: Review of cases. *J Oral Maxillofac Surg* 55:524, 1997
14. R.K. Gongloff. Vital root retention. A 5-year experience. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 15 (1986), p. 33
15. Ecuyer J, Debieu J., Surgical deductions, *Actual Odontostomatol (Paris)*. 1984 Dec;38(148):695-702
16. Alantar A., Rosin Chausson MH, Retention of third molar roots to prevent damage to the inferior alveolar nerve. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1995 Aug;80(2):126.
17. Monaco G De Sanctis G , Gatto MR, Corinaldesi G, Marchetti C. Coronectomy: A Protocol for third molar in close relationship with the inferior alveolar nerve, 2012 (*in press*)