

| | | | |
|--|--|--|--------------|
|  Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord | MODULO ESPLICATIVO – CONSENSO INFORMATO ESTRAZIONE DEI TERZI MOLARI | ALL85_IOqual001_ORG | Pag 1 di 2 |
| | | Verifica Dr E Berselli - RAQ | Rev 1 |
| | | Approvazione Dr M Battistoni – Dir SOS Odontostomatologia | Del 21.11.16 |

Gent Sig/ra

Il trattamento del terzo molare è strettamente collegato all'anamnesi e in particolare ai disturbi riferiti dal paziente, alla sua età, alla valutazione di test diagnostici e ad un attento esame obiettivo.

L'età del paziente è un parametro di particolare importanza in quanto condiziona l'incidenza delle complicanze immediate e tardive, soprattutto dopo i trenta anni di età.

Dal momento che è possibile che danni ai tessuti duri e molli, anche irreversibili e seri, s'istaurino e possano progredire fino a stadi avanzati in modo del tutto asintomatico, è talora indicato effettuare dei controlli radiografici, ricordando in ogni caso, che si tratta di una tecnica diagnostica invasiva. Questi controlli dovrebbero essere tali da fornire delle chiare indicazioni sulle strutture adiacenti, sulla forma e dimensioni del dente e sulle strutture ad esso associate. Pertanto, la modalità di diagnosi radiologica più accettata è quella dell'ortopantomografia, tenendo ben presente che altre immagini radiologiche possono non fornire informazioni adeguate o complete sulla posizione del dente e quindi utili per decidere la tecnica chirurgica.

Indicazioni

Le caratteristiche radiologiche significative da valutare per l'estrazione del terzo molare sono:

- l'inclinazione del dente;
- l'ampiezza del follicolo;
- la profondità d'inclusione;
- la vicinanza ad altri denti;
- la distanza tra il margine anteriore della branca ascendente della mandibola e l'aspetto distale del secondo molare.

In particolare, la distanza misurata tra questi ultimi due punti di repere in un ortopantomografia, indica lo spazio disponibile per l'eruzione: se questo è uguale o maggiore dell'ampiezza della corona di un terzo molare in corso di sviluppo all'età di tredici anni ci sono 70% di probabilità che tale dente possa erompere in arcata. Per contro, quando il rapporto tra questi due punti è inferiore ad uno, la probabilità che questo resti incluso è dell'83%.

L'ortopantomografia permette anche di valutare il rischio del danno al nervo alveolare inferiore, in caso di estrazione dei terzi molari inferiori; un'immagine di deviazione del canale alveolare inferiore, una perdita della lamina dura del canale, un'ombreggiatura delle radici e, in misura minore, un restringimento del canale mandibolare sono indicatori significativi di elevate possibilità di causare danno al nervo alveolare inferiore.

Nel caso di terzi molari superiori, l'ortopantomografia dà informazioni complete sui rapporti del dente con i seni paranasali, oltre ad indicare correttamente il grado d'inclusione.

I terzi molari mandibolari e mascellari sono i denti che più comunemente rimangono inclusi.

Il trattamento dei terzi molari può includere l'asportazione, l'esposizione chirurgica del dente, l'osservazione a lungo termine del dente incluso.

La decisione clinica nel trattamento del terzo molare in giovane età dipende dalle possibilità di prevedere il corso naturale di questo elemento dentale.

Le controindicazioni alla chirurgia generalmente coinvolgono condizioni particolarmente compromesse del paziente, le età estreme e la elevata probabilità di danni alle strutture adiacenti.

| | | | |
|---|---|--|--------------|
|  Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord | MODULO ESPLICATIVO – CONSENSO INFORMATO ESTRAZIONE DEI TERZI MOLARI | ALL85_IOqual001_ORG | Pag 2 di 2 |
| | | Verifica Dr E Berselli - RAQ | Rev 1 |
| | | Approvazione Dr M Battistoni – Dir SOS Odontostomatologia | Del 21.11.16 |

La decisione di lasciare ” in situ” un terzo molare incluso dovrebbe essere basata su valide evidenze ed aspettative; in tali casi il paziente dovrebbe essere sempre avvisato della necessità di un'osservazione clinica ed eventualmente radiologica a lungo termine ed informato dei rischi connessi alla conservazione del dente incluso.

Nel caso ci sia l'indicazione all'estrazione dell'incluso, l'intervento dovrebbe essere effettuato in giovane età (entro la terza decade della vita), piuttosto che in età più avanzate, quando aumenta il rischio di danni parodontali residui a carico del secondo molare, di infezioni purulente e di complicazioni intra- e post-operatorie.

Rischi e complicanze

Gli interventi chirurgici sul cavo orale sono da considerarsi a tutti gli effetti procedure chirurgiche e come tali comportano la possibilità di complicanze: non sono da considerarsi tra queste l'edema della parte interessata, un lieve dolore, un leggero sanguinamento.

Se viceversa compaiono febbre, dolore importante e secrezioni purulente della ferita chirurgica è consigliabile contattare il chirurgo orale.

Tra le complicanze più rilevanti sono da considerare danni di tipo neurologico a carico del nervo alveolare inferiore, del nervo mentoniero e del nervo linguale che possono provocare parestesie, anestesia, insensibilità, formicolii, dolore, tutti sintomi di tipo transitorio o, con incidenza più bassa, di tipo permanente.

Altre complicanze possibili possono essere quelle a carico del seno mascellare quali le comunicazioni e le fistole oro – antrali.