

**Resoconto del 40° Corso  
gratuito della Fondazione  
Prof. Luigi Castagnola**

## **Chirurgia orale: accorgimenti per la pratica clinica**

Due giornate sulla chirurgia orale, o meglio, due giornate sulle basi della chirurgia. Si è discusso di anatomia, di tecniche elementari, di indicazioni a intervenire o meno. Certo, ci sono stati anche momenti dedicati alla tecnica chirurgica, ma la gran parte del corso è stata spesa a rifare il punto sulle fondamenta della chirurgia. Non interessava tanto mostrare tecniche innovative, quanto sviscerare e chiarire quei principi elementari che permettono di fare una buona chirurgia: un approccio simile a quello del chirurgo generale che più di mezzo secolo fa scrisse un manualetto dedicato ai giovani, intitolato “le piccole regole della chirurgia perfetta”. Parola d'ordine: lavorare bene, lavorare in sicurezza. Tutto questo non significa che le novità non ci fossero, anzi: basta ricordare i filmati di anatomia. Sì, la più statica delle discipline mediche presentata da Matteo Chiapasco con tecniche dinamiche.



*Dr. Roberto Barone*



*Dr. Matteo Chiapasco*

E non si trattava certo di un virtuosismo fine a se stesso: le simulazioni di incidenti operativi effettuate su cadavere sono state di fortissimo impatto e non saranno facili da dimenticare. Un disastro simulato davanti a milleottocento dentisti ha buone probabilità di evitare qualche situazione di imbarazzo nella pratica quotidiana. L'anatomia, già bagaglio obbligatorio per chi si laureava in medicina almeno trent'anni fa, poi ridotta a conoscenza librerica per carenza di cadaveri, viene ora riproposta all'odontoiatra in una forma sperimentale, molto più vicina alle esigenze di chi vuol davvero conoscere l'ambiente nel quale si trova ad operare. L'anatomia chirurgica rimane la base essenziale per applicare il primo imperativo ippocratico “primum non nocere”, ma non è certo l'unico fattore che condiziona l'accesso chirurgico. Ed ecco che la



*La sala riservata ai medici durante il corso*

lezione di anatomia si è perfettamente integrata nella discussione dei lembi di accesso e delle suture, come dire “taglia e cuci”. La scelta del lembo più appropriato per ciascuna situazione clinica non può essere ridotta ad una lista di ricette pratiche, che fatalmente risulterebbero prima o poi inadeguate per affrontare singole situazioni cliniche. Questo il motivo che ha indotto Roberto Barone e Carlo Clauser ad analizzare i criteri decisionali che portano alla scelta dei lembi di accesso, in ragione della posizione dell'obiettivo relativamente alle strutture da rispettare. Ne discende una serie di regole e anche di soluzioni standard, che però restano suscettibili di modifica in relazione a situazioni individuali, col risultato di eccezioni alle regole abituali, ma non ai principi fondamentali. Insomma, è importante sapere dove tagliare, ma è anco-

ra più importante capire bene perché si incide in un modo piuttosto che in un altro. Sicurezza, facilità operativa, esigenze estetiche, apertura della bocca, collaborazione del paziente, patologie concomitanti (come un ascesso) condizionano il disegno dei lembi di accesso producendo un'infinità di



*Dr. Carlo Clauser*

combinazioni diverse, anche se poi la stragrande maggioranza dei casi può essere affrontata seguendo facili regolette.

Argomenti più specifici sono stati affrontati come esempio di applicazione dei principi generali: Chiapasco ha illustrato il trattamento delle cisti dei mascellari (su cui ha scritto un libro con Barone e Clauser) dimostrando come anche i casi più gravi e complessi debbono essere trattati, magari in narcosi, ma sempre seguendo esattamente gli stessi criteri fondamentali che valgono per tutta la chirurgia. Infine Barone, ancora una volta dialogando con Clauser, ha presentato in modo del tutto nuovo il tema centrale della chirurgia orale: i denti del giudizio. Invece di descrivere pianamente la tecnica e le indicazioni, i due fiorentini hanno messo in discussione i comportamenti clinici incongrui di più frequente riscontro: il metodo razionale per affrontare gli ottavi è venuto fuori in contrasto con le sciocchezze che spesso fanno correre rischi inutili ai dentisti e ai loro pazienti. È vero che la “vis satrix naturae” conduce spesso a un lieto fine le avventure più strane e che molte guarigioni non avvengono “grazie” alla terapia, ma piuttosto “nonostante” la terapia, ma è altrettanto vero che, quando le cose vanno a finir male, tocca all’odontoiatra dimostrare di aver bene operato: e dunque è sempre importante applicare un metodo razionale, che sia basato sui dati della ricerca clinica e sulle conoscenze di biologia, costruito con l’aiuto della logica e convalidato da un’ampia esperienza.

La galleria dei pregiudizi è stata scomposta in tre serie: si parte quelli che fanno commettere errori prima dell’intervento, nel porre le indicazioni, nel pianificare e preparare l’intervento; poi quelli che determinano danni o rischi nel corso dell’intervento vero e proprio; infine quelli che si riescono a fare anche dopo che l’intervento si è concluso.

Per la prima serie è stato affrontato un tema abbastanza caldo, viste certe prese di posizione ufficia-

li: è giusto raccomandare di non estrarre denti del giudizio asintomatici al solo scopo di prevenire un affollamento anteriore, ma è del tutto ridicolo (e le risate in platea si sono sentite) raccomandare di non estrarre denti asintomatici “tout court” come se l’assenza di sintomi soggettivi fosse sinonimo di assenza di patologia o di rischio. Vecchio, ma sempre vivo, è il pregiudizio che non si possa estrarre in caso di ascesso, mentre nuovo, ma più pericoloso, è quello che si debba sempre richiedere una TC per operare, come se la TC fosse innocua e priva di artefatti. Meno pericoloso per il paziente, ma foriero di disagi duplicati, è il pregiudizio che si debba fare solo un’estrazione per seduta. Ma dove Barone si è scatenato, è stato sull’uso improprio degli antibiotici e in particolare della famigerata “copertura” antibiotica, per cui l’etichetta da piazzista è diventata la bandiera di una pratica del tutto sconsigliata.

La seconda serie di pregiudizi comprendeva l’anestesia, che deve essere anche tronculare; le linee di incisione, che devono essere effettuate in sicurezza, preservando l’integrità del nervo linguale e anche del buccinatorio; il trattamento parodontale del settimo, che non deve pregiudicare il riattacco e la conseguente guarigione spontanea; la sutura, che deve prevenire la formazione di ascessi e favorire l’igiene successiva.

L’ultima serie, relativa al periodo postoperatorio e alla gestione delle complicanze ha prodotto un’altra tirata sull’uso improprio degli antibiotici e dei gravi rischi che questo comporta.

Il botto finale è stato lo scontro frontale con approcci molto alternativi, che riescono sicuramente ad aumentare i costi dell’intervento a dismisura, senza che i presunti vantaggi abbiano uno straccio di prova.

L’interesse degli argomenti e del modo in cui sono stati affrontati è stato testimoniato da una platea inchiodata alle sedie fino alla fine.