

# DIAGNOSI

APPROFONDIMENTO

CENNI E CONSIGLI CLINICI

UNA **DIAGNOSI CORRETTA E TEMPESTIVA** ORIENTA IL CLINICO NELLA SCELTA DEL **PIANO DI TRATTAMENTO** EVITANDO CURE PIÙ INVASIVE O NON NECESSARIE.

IL **DOLORE ODONTOGENO** È LA **SINTOMATOLOGIA PIÙ COMUNE DEL DISTRETTO ORO-FACCIALE** E PUÒ ESSERE SCATENATO DAL TESSUTO **PULPARE** O DAI TESSUTI **PERIRADICOLARI** (1, 2).

ANCHE SE L'ORIGINE DEI SINTOMI È IN ENTRAMBI I CASI INFIAMMATORIA, LA DIFFERENTE EMBRIOGENESI E LA DIVERSA FUNZIONE DEI TESSUTI CONDUCONO A UNA PERCEZIONE DIVERSA DELLA SINTOMATOLOGIA **DOLOROSA** (3). IL CORRETTO INTERVENTO TERAPEUTICO PUÒ TALVOLTA RAPPRESENTARE UNA SFIDA PER IL CLINICO IN VIRTÙ DELLA **COMPLESSA ED INTRICATA EZIOPATOGENESI** DEI RELATIVI DISTURBI ALGICI (2, 4).

LE FIBRE NERVOSE DELLA POLPA DENTALE, DELLA DENTINA, DELLA GENGIVA E DEL LEGAMENTO PARODONTALE SONO SPECIALIZZATE NEL GARANTIRE DIFFERENTI TIPI DI INFORMAZIONI SENSORIALI E AGISCONO COME NOCICETTORI SPECIALIZZATI NELLA PERCEZIONE DEL DOLORE ASSOCIATO A STIMOLI MECCANICI, TERMICI E CHIMICI.

LE **FIBRE MIELINICHE A**, SOPRATTUTTO LE **A-DELTA**, POSSIEDONO UNA BASSA SOGLIA DI ECCITABILITÀ, UNA **CONDUZIONE VELOCE** E SONO COINVOLTE NELLA TRASMISSIONE DEL **DOLORE ACUTO, BEN LOCALIZZABILE** E A INSORGENZA RAPIDA. LE **FIBRE AMIELINICHE C**, A **LENTA CONDUZIONE**, SONO INVECE **RESPONSABILI** DELLA PERCEZIONE DEL **DOLORE SORDO E DIFFUSO**.

A **LIVELLO PULPARE** SONO PRESENTI **FIBRE NERVOSE A-DELTA E A-BETA**, NELLA PORZIONE PIÙ CORONALE E PROSSIMA AI TUBULI **DENTINALI** E, IN MAGGIOR NUMERO, NEL TESSUTO PULPARE, LE **FIBRE NERVOSE C** (3, 5, 6).

A LIVELLO DEI **TESSUTI PERIRADICOLARI** L'INNERVAZIONE È GARANTITA DA **MECCANOCETTORI** E **NOCICETTORI**: TRA QUESTI I RECETTORI MECCANICI DI RUFFINI E LE FIBRE NOCICETTIVE ACUTE E POLIMODALI DEL TIPO A-DELTA E C.

L'ESTENSIONE DELLA FLOGOSI PULPARE AI TESSUTI PERIAPICALI ATTIVA RAPIDAMENTE I PROPIOCETTORI DEL LEGAMENTO PARODONTALE, RENDENDO FACILE L'IDENTIFICAZIONE DELL'ELEMENTO DENTALE CHE SI PRESENTA SENSIBILE AGLI STIMOLI PRESSORI (1, 3).

NON SEMPRE IL QUADRO CLINICO È DI FACILE INTERPRETAZIONE E SOLO ATTRAVERSO UN **PERCORSO SPECIFICO E STRUTTURATO** È POSSIBILE GIUNGERE ALLA **DIAGNOSI** E QUINDI ALLA DEFINIZIONE DI UN **CORRETTO PIANO DI TRATTAMENTO**

**DOLORE PULPARE:** IL PROCESSO INFIAMMATORIO DETERMINATO DALLA NOXA PATOGENA PORTA AD UN **AUMENTO DELLA PRESSIONE A LIVELLO CAPILLARE E AD UNA AUMENTATA PERMEABILITÀ DEI VASI**. L'ECCESSIVO ACCUMULO DI FLUIDI CHE OLTREPASSA LE CAPACITÀ LOCALI DI DRENAGGIO ARTERO-VENOSO PORTA AD UN QUADRO DI IPEREMIA CHE ISTOLOGICAMENTE SI MANIFESTA CON DILATAZIONE DEI VASI E AUMENTATA PRESENZA DI ERITROCITI. IL PERDURARE DELLO STATO INFIAMMATORIO DEI TESSUTI PUÒ CONDURRE A NECROSI CON LA SUSSEGUENTE FORMAZIONE DI MICROASCESSI DA PARTE DEGLI ENZIMI LISOSOMIALI LIBERATI DAI LEUCOCITI.

IL **DOLORE PULPARE** PUÒ ASSUMERE COSÌ CARATTERISTICHE **DIVERSE** A SECONDA DELLE **CONDIZIONI ISTO-PATOLOGICHE DEL COMPLESSO PULPO-DENTINALE** (1, 3).

IL SINTOMO PRINCIPALE DELLE PATOLOGIA PULPARE È L'**IPERALGESIA EVOCATA DAGLI STIMOLI TERMICI** (IPERSENSIBILITÀ, PULPITE REVERSIBILE) **CON ATTIVAZIONE**, NELLE FASI INIZIALI, **DELLE FIBRE A-DELTA** ECCITATE DAI MEDIATORI CHIMICI DELL'INFIAMMAZIONE.

CON L'AGGRAVARSI DELLA SOFFERENZA TISSUTALE E LA CONSEGUENTE IPOSSIA, L'**ATTIVAZIONE DELLE FIBRE C**, TENDE A DIVENIRE DOMINANTE SU QUELLA DELLE FIBRE A-DELTA ED IL DOLORE DIVENTA **SPONTANEO, SORDO E DIFFUSO** RENDENDO PIÙ DIFFICILE IL RICONOSCIMENTO DELL'ELEMENTO DENTALE (PULPITE IRREVERSIBILE).

**SINTOMATOLOGIA:** DOLORE DIFFICILMENTE LOCALIZZABILE, DIFFUSO, IRRADIATO (ORECCHIO, TESTA, SENO MASCELLARE, OCCHIO) SPONTANEO O PROVOCATO, **PULSANTE**. TEST DELLA PERCUSSIONE LEGGERMENTE POSITIVO IN ALCUNI CASI. DOLORE ESACERBATO DA STIMOLI TERMICI E DA CLINOSTATISMO. LA DURATA DEGLI STIMOLI NOCICETTIVI E LA SPONTANEITÀ DELLA SINTOMATOLOGIA SONO DIRIMENTI NELLA DISTINZIONE TRA PULPITE ACUTA REVERSIBILE E IRREVERSIBILE IL CUI CONFINE RISULTA SPESSO DIFFICILE DA DIAGNOSTICARE (1, 3).

**DOLORE PERIAPICALE:** L'ESTENSIONE DELLA FLOGOSI PULPARE AI TESSUTI PERIAPICALI ATTIVA I **PROPIOCETTORI DEL LEGAMENTO PARODONTALE**, RENDENDO FACILE L'IDENTIFICAZIONE DELL'ELEMENTO DENTALE IN CAUSA.

IL **FATTORE EZIOLOGICO PRINCIPALE** È RAPPRESENTATO DALL'**AZIONE IRRITATIVA DEI MICRORGANISMI** CHE HANNO RAGGIUNTO E COLONIZZATO LO SPAZIO ENDODONTICO CON CONSEGUENTE VASODILATAZIONE, ACCUMULO DI ERITROCITI E SUCCESSIVO STRAVASO DI PLASMA CON COMPRESSIONE DELLE TERMINAZIONI NERVOSE E AFFLUSSO DI LEUCOCITI POLIMORFONUCLEATI. LA CRONICIZZAZIONE DEL PROCESSO VEDE L'AUMENTO DI LINFOCITI, MACROFAGI E PLASMACELLE E LA PROLIFERAZIONE DI VASI E FIBRE COME PROCESSO DIFENSIVO DELL'OSPITE (7, 8).

UNA **CARATTERISTICA PREDOMINANTE DELLA FLOGOSI PERIAPICALE È LA SENSIBILITÀ ALLA PERCUSSIONE** DELL'ELEMENTO DENTALE. L'INFIAMMAZIONE PERIAPICALE PUÒ ESSERE ASSOCIATA A OSTEOLISI NON SEMPRE VISIBILE RADIOGRAFICAMENTE. TALVOLTA LA PERIODONTITE APICALE È SEGUITA DALLA FORMAZIONE DI UN TRAGITTO FISTOLOSO CHE CONSENTE IL DRENAGGIO DELL'ESSUDATO (1).

**SINTOMATOLOGIA:** DOLORE **LOCALIZZABILE**, TALVOLTA SPONTANEO E PULSANTE, ATTENUATO DAL FREDDO. **TEST DELLA PERCUSSIONE E/O PALPAZIONE E/O MASTICAZIONE POSITIVI**. EDEMA TISSUTALE, SENSAZIONE DI DENTE ESTRUSO ACCOMPAGNATA DA DOLORE DURANTE LA MASTICAZIONE. ALL'ESAME RADIOGRAFICO GENERALMENTE SI PRESENTA ALLARGAMENTO DELLO SPAZIO OCCUPATO DAL LEGAMENTO PARODONTALE O EVIDENTE RADIOTRASPARENZA APICALE (1, 3).

**SINDROME DEL DENTE INCRINATO:** QUADRO DI FRATTURA **INCOMPLETA** DI UNA PORZIONE, SMALTO-DENTINALE, IN UN DENTE VITALE.

SI PUÒ ASSOCIARE A SINTOMI INDISTINTI E SFUMATI. L'INCRINATURA NON HA MAI EVIDENZA RADIOGRAFICA.

SI PRESENTA CON **DOLORE DURANTE LA MASTICAZIONE, SENSIBILITÀ AL CALDO, AL FREDDO E TALVOLTA AI CIBI DOLCI.** IL DOLORE PUÒ ESSERE **NON LOCALIZZATO.** I **SINTOMI** RIFERITI DAL PAZIENTE SPESSO **NON** POSSONO ESSERE **SUPPORTATI DA SEGNI OBIETTIVI E RADIOGRAFICI.** **TRANSILLUMINAZIONE, INGRANDIMENTI E BITE TEST** POSSONO FACILITARE LA DIAGNOSI (1, 7).

**DOLORE DA FRATTURA DENTALE:** ELEMENTI DENTARI CON GRANDI RESTAURI, LESIONI CARIOSE ESTESE E/O SOTTOPOSTI A CARICHI MASTICATORI ECCESSIVI SONO SPESSO SOGGETTI A FRATTURA. ANCHE I DANNI DA TRAUMA RAPPRESENTANO PER IL CLINICO UN PROBLEMA COMPLESSO SIA DAL PUNTO DI VISTA DIAGNOSTICO CHE DEL TRATTAMENTO IMMEDIATO E DIFFERITO.

NEL **DENTE VITALE** IL DOLORE È PRODOTTO DAI **MECCANISMI IDRODINAMICI O DALL'INFIAMMAZIONE PULPARE** PER INFILTRAZIONE DI MICRORGANISMI ATTRAVERSO LA RIMA DI FRATTURA.

NEL **DENTE NON VITALE** IL DOLORE PROVIENE DALL'**IRRITAZIONE DEL LEGAMENTO PARODONTALE.**

GLI ESAMI RADIOGRAFICI GENERALMENTE NON FORNISCONO INFORMAZIONI DIRIMENTI IN UNO STADIO PRECOCE. IN CASO DI INTERESSAMENTO RADICOLARE SI PUÒ RILEVARE UN SONDAGGIO PARODONTALE PUNTIFORME.

LA SINTOMATOLOGIA DELL'ELEMENTO FRATTURATO È **ACUTA**, DI BREVE DURATA SE NON COMPLICATA, **LOCALIZZATA, SPESSO PRESENTE DURANTE LA MASTICAZIONE** (1).

## **ANAMNESI**

### **DOMANDE SPECIFICHE SU:**

- SEDE
- ALGIA RIFERIBILE CON PRECISIONE AD UN ELEMENTO O IRRADIATA
- ACCENTUAZIONE CON CIBI CALDI O FREDDI O ALLA MASTICAZIONE
- DURATA DELLA SINTOMATOLOGIA (CONTINUA O INTERMITTENTE)

## **ESAME CLINICO**

### **OBIETTIVITÀ:**

- TESSUTI MOLLI
- SUPERFICI DENTALI

### **PROVE SEMEIOLOGICHE:**

- TERMICHE
- ELETTRICHE

## **ESAME RADIOGRAFICO**

## **DIAGNOSI E PROGNOSI**

**ANAMNESI MEDICA:** RACCOLTA DELLA **STORIA MEDICA COMPLETA** CHE CONSENTE DI INQUADRARE IL PAZIENTE NELLA SUA INTEREZZA PER VALUTARNE LE EVENTUALI **PATOLOGIE DI ORDINE GENERALE.**

- **COMPILAZIONE DI UN QUESTIONARIO DA PARTE DEL PAZIENTE**

**ANAMNESI ODONTOIATRICA:** ASCOLTARE LA DESCRIZIONE DELLA SINTOMATOLOGIA, DA PARTE DEL PAZIENTE.

EVENTUALE FORMULAZIONE DI DOMANDE CHIARE E PRECISE:

- + TEMPO TRASCORSO DALL'ULTIMO CONTROLLO ODONTOIATRICO
- + TEMPO DI INSORGENZA DEL DISTURBO
- + DOLORE: SPONTANEO O PROVOCATO
- + LOCALIZZAZIONE: DOLORE LOCALIZZATO O IRRADIATO
- + TIPOLOGIA DI DOLORE: ACUTO, SORDO, PULSANTE, CONTINUO O INTERMITTENTE
- + FREQUENZA DEL DOLORE
- + INDAGARE LA RELAZIONE CON IL CLINOSTATISMO
- + INDAGARE I I FATTORI SCATENANTI: VARIAZIONI TERMICHE, CIBI DOLCI, MASTICAZIONE
- + INDAGARE EFFETTO DI EVENTUALI FARMACI ASSUNTI (1).

### **ESAME CLINICO EXTRA- E INTRA-ORALE**

- VALUTARE TUMEFAZIONI, ASIMMETRIE FACCIALI, OCCLUSIONE E PALPAZIONE DELLE STAZIONI LINFONODALI
- ESAME INTRA-ORALE TESSUTI MOLLI (LESIONI, GONFIORE, IGIENE, FISTOLE, SONDAGGI PARODONTALI ETC)
- ESAME INTRA-ORALE TESSUTI DURI (CARIE, FRATTURE, RESTAURI, ABRASIONI, INCLINAZIONI ANOMALE, ALTERAZIONI COLORI ETC)



**TEST DI SENSIBILITÀ AL FREDDO:** LO STIMOLO AGISCE ATTRAVERSO **ATTIVAZIONE DELLE FIBRE A:** IN UN **DENTE SANO** LA **SENSAZIONE DOLOROSA È INTENSA, DI RAPIDA INSORGENZA E DI BREVE DURATA.**

RISPOSTE PATOLOGICHE:

- **RISPOSTA DOLOROSA PIÙ RAPIDA ED INTENSA** RISPETTO AGLI ELEMENTI DENTALI SANI: **IPERSENSIBILITÀ DENTINALE E FLOGOSI PULPARI INIZIALI;**
- **RISPOSTA DOLOROSA RAPIDA ED INTENSA CHE NON CESSA CON LA RIMOZIONE DELLO STIMOLO:** TIPICA DELLE **PULPITI ACUTE INIZIALI** IN CUI SI ATTIVANO SIA LE **FIBRE A** CHE LE **FIBRE C** A CONDUZIONE LENTA PER AUMENTO DELLA PRESSIONE INTRATISSUTALE;
- **NESSUNA RISPOSTA O ATTENUAZIONE DEL DOLORE** TIPICA DELLE **PULPITI IRREVERSIBILI** IN STATO AVANZATO. LE FIBRE NERVOSE A SONO ANDATE DISTRUTTE ED IL FREDDO, ATTRAVERSO LA VASOCOSTRIZIONE RIESCE AD ALLEVIARE LA SINTOMATOLOGIA DOLOROSA (1, 3).

**TEST DI SENSIBILITÀ AL CALDO** LE RISPOSTE AL CALORE SONO ESSENZIALMENTE DUE:

- **RISPOSTA DOLOROSA** CHE INSORGE E CHE SI ATTENUA LENTAMENTE; TIPICA DEI **DENTI NORMALI O CON PULPITE REVERSIBILE**
- **RISPOSTA DOLOROSA INTENSA** A RAPIDA INSORGENZA ED A **LENTA ATTENUAZIONE:** TIPICA DELLE **PULPITI IRREVERSIBILI** CARATTERIZZATE DA ATTIVAZIONE DELLE **FIBRE C** (1, 3).

**TEST ELETTRICO** UTILE PER OTTENERE INFORMAZIONI SULLA VITALITÀ DEL TESSUTO PULPARE; RISPONDONO LE **FIBRE A** CHE TENDONO A SCOMPARIRE PROGRESSIVAMENTE NELLE FASI AVANZATE DELLE PULPITI IRREVERSIBILI. ATTENDIBILITÀ CONTROVERSA (1, 3).

**TEST DELLA PERCUSSIONE:** UTILE PER RILEVARE LA PRESENZA DI UNO STATO INFIAMMATORIO DEL LEGAMENTO PARODONTALE, PUÒ ANCHE DARE INDICAZIONI SULLO STATO DI SALUTE DELLA POLPA DENTALE.

**TEST DELLA PALPAZIONE:** LA LEGGERA PRESSIONE SULLA ZONA PERIRADICOLARE SOSPETTA (VESTIBOLARE, PALATALE O LINGUALE), PERMETTE DI VERIFICARE LA SINTOMATOLOGIA DOLOROSA, SEGNO PATOGNOMONICO DI UNA PERIODONTITE APICALE O DI UN ASCESSO IN FASE ACUTA.

**TEST DELL'ANESTESIA:** UTILE IN CASO DI DOLORE DIFFUSO NON BEN DEFINIBILE IN UN QUADRANTE DELLA BOCCA, SPESSO RIFERITO ANCHE ALL'OMOLOGO LATO ANTAGONISTA. EFFETTUANDO UN'ANESTESIA SELETTIVA PUÒ ESSERE POSSIBILE LOCALIZZARE IL DENTE RESPONSABILE.

**CAVITY TEST:** È UN ESAME DA RISERVARE A TUTTI I CASI IN CUI LE ALTRE PROVE NON CONFERMINO L'IPOTESI DIAGNOSTICA. ESECUZIONE DI PICCOLA CAVITÀ, SENZA ANESTESIA, PER VALUTARE LA VITALITÀ DELL'ELEMENTO OGGETTO DEL DUBBIO DIAGNOSTICO. PUÒ RISULTARE UTILE IN CASO DI MANUFATTI PROTESICI CHE NON CONSENTANO UNA VALUTAZIONE DIRETTA DELLO STATO PULPARE.

**BITE TEST:** ESAME CHE CONSENTE DI VALUTARE SE LA FORZA MASTICATORIA ESERCITATA SU UN SINGOLO ELEMENTO EVOCA UNA SINTOMATOLOGIA. PUÒ ESSERE ESEGUITO CON UN RULLO DI COTONE LEGGERMENTE INUMIDITO CHE VIENE INSERITO FRA I DENTI. IL DOLORE PERCEPITO AL RILASCIO IMPROVVISO DELLA PRESSIONE CONFERMA LA DIAGNOSI (1, 3).

**ESAME RADIOGRAFICO: LA DIAGNOSI IN ENDODONZIA NON PUÒ**

**PRESCINDERE DALL'ESAME RADIOGRAFICO** PERIAPICALE BIDIMENSIONALE

LA CUI VALUTAZIONE ASSUME UN RUOLO DI PRIMARIA IMPORTANZA.

PERMETTE DI **COMPLETARE L'INSIEME DELLE INFORMAZIONI RACCOLTE NELLE FASI PRECEDENTI DI ANAMNESI E RACCOLTA DI DATI CLINICI.**

IN TALUNI CASI PUÒ ESSERE NECESSARIO RICORRERE AD ESAMI TRIDIMENSIONALI COME AD ESEMPIO LA **TC-CONE BEAM.**

LA SCELTA DI ESEGUIRE ANCHE UN ESAME TRIDIMENSIONALE VARIA A SECONDA DELLA SINTOMATOLOGIA E DEI DUBBI DIAGNOSTICI (1).

NELLA GESTIONE DELL'EMERGENZA DEL DOLORE RIFERITO DAL PAZIENTE, IL PROFESSIONISTA DEVE STABILIRE UNA DIAGNOSI DIFFERENZIALE DI DOLORE DI ORIGINE DENTALE RISPETTO AL DOLORE NON ODONTOGENO (2).

UN **PRIMO PARAMETRO** DI VALUTAZIONE È LA **RIPRODUCIBILITÀ DELLA SINTOMATOLOGIA.** IL CLINICO DOVREBBE ESSERE IN GRADO DI RIPRODURRE IL SINTOMO PRINCIPALE DEL PAZIENTE DURANTE IL TEST SULL'ELEMENTO CHE SI SOSPETTA POSSA ESSERE LA CAUSA DI DOLORE (ES.: TEST DELLA PERCUSSIONE O STIMOLI TERMICI).

È ESSENZIALE RIPRODURRE IL SINTOMO PRINCIPALE SUL DENTE SOSPETTO POICHÉ FORNISCE UNA FORTE EVIDENZA CHE IL DOLORE NON È NON-ODONTOGENO NÉ ORIGINATO DA UN ALTRO ELEMENTO DENTARIO.

UN **SECONDO PARAMETRO** DI VALUTAZIONE È LA SOSPETTA **EZIOLOGIA:** CARIE, RESTAURI INCONGRUI, STORIA RECENTE DI TRAUMA O RECENTI TRATTAMENTI POSSONO TUTTI CONDURRE A DOLORE INFIAMMATORIO MEDIANTE L'ATTIVAZIONE DI NOCICETTORI PULPARI O PERIRADICOLARI (4).

**SE NON È POSSIBILE EFFETTUARE UNA DIAGNOSI,** PUÒ ESSERE

GIUSTIFICATO L'**INVIO A UNO SPECIALISTA** PROVVISIO DI ATTREZZATURE AGGIUNTIVE (AD ES. MICROSCOPIO, CBCT) E CON UN TRAINING SPECIFICO.

**ANCHE SE IL DOLORE ODONTOGENO È IL PIÙ COMUNE TRA QUELLI DEL DISTRETTO ORO-FACCIALE, IL SINTOMO POTREBBE NON ESSERE DI ORIGINE DENTALE. ESISTONO MOLTI EPISODI DI DOLORE NON ODONTOGENO IRRADIATO CHE VIENE RIFERITO AD UN'AREA LONTANA DALLA SUA ORIGINE (1-4, 9).**

**DISORDINI TEMPORO-MANDIBOLARI (TMD):** CAUSA PIÙ FREQUENTE DI DOLORE NON ODONTOGENO. IL SINTOMO È CAUSATO DALL'INFIAMMAZIONE DELL'ARTICOLAZIONE TEMPORO- MANDIBOLARE E/O DI UNO O PIÙ MUSCOLI MASTICATORI. IL DOLORE È ARTICOLARE E/O MIOFASCIALE, IRRADIATO ALLE ARCATE DENTARIE MA SENZA LOCALIZZAZIONE PRECISA. **I MOVIMENTI MANDIBOLARI E/O LA PALPAZIONE** DEL DISTRETTO ARTICOLARE E/O DEI **MUSCOLI MASTICATORI** (ES. MASSETERE) **POSSONO ESACERBARE IL DOLORE (9).**

**NEURALGIA TRIGEMINALE:** DOLORE INTENSO, IMPROVVISO, BREVE, ACUTO, TRAFITTIVO. IL SINTOMO È SPONTANEO E PROVOCATO DALLO SFIORAMENTO DI **TRIGGER POINT** IN SEDE ORO- FACCIALE (9).

**SINUSITE:** L'INFIAMMAZIONE ACUTA DEL SENO MASCELLARE, FREQUENTEMENTE DI ORIGINE BATTERICA, CAUSA UN **DOLORE CONTINUO, OPPRIMENTE, IRRADIATO ALLE ARCATE DENTARIE MASCELLARI.** IL SINTOMO PUÒ INTENSIFICARSI DURANTE I MOVIMENTI DEL CAPO. È IMPORTANTE RICORDARE CHE EPISODI DI PERIODONTITE APICALE DELLE ARCATE SUPERIORI POSSONO CAUSARE UN'INFIAMMAZIONE DELLA MEMBRANA SINUSALE (9).

**NEOPLASIA:** IL DOLORE SIMIL-ODONTOGENO CORRELATO A NEOPLASIE È **RARO MA ESISTENTE**. DIVERSI TUMORI PRIMARI (SCHWANNOMA, LINFOMI O TUMORI CHE INTERFERISCONO CON IL DECORSO DEL NERVO TRIGEMINO) POSSONO ESSERE ACCOMPAGNATI DA DOLORE DENTALE, MA PIÙ FREQUENTEMENTE PARTICOLARI TUMORI METASTATICI (CARCINOMA RENE E MAMMELLA) POSSONO ESSERE ACCOMPAGNATI DA DOLORE CHE SIMULA QUELLO ODONTOGENO.

IN CASO DI UNA POTENZIALE PATOLOGIA NEOPLASTICA, LE INFORMAZIONI ANAMNESTICHE E CLINICHE DI SOLITO NON PUNTANO IN UNA DIREZIONE SPECIFICA E SPESSO ANCHE LE FUNZIONI NEURALI NELLA REGIONE SONO COMPROMESSE. UN **APPROCCIO MULTIDISCIPLINARE SUPPORTATO DA SPECIFICHE TECNICHE DI IMAGING** (TC, RMN), PUÒ PORTARE A UNA DIAGNOSI E A UNA GESTIONE PRECOCE E ADEGUATA (9).

**DOLORE ORO-FACCIALE IDIOPATICO CRONICO:** DOLORE QUOTIDIANO, PERSISTENTE, CONTINUO, DI TIPO TRAFITTIVO, LIMITATO AD UNA METÀ DEL VOLTO. LA DIAGNOSI AVVIENE PER ESCLUSIONE, DOPO CHE TUTTI GLI ESAMI DIAGNOSTICI NON HANNO RILEVATO UNA CAUSA. PUÒ ESSERE SPESSO ASSOCIATO A STRESS PSICOLOGICO (9).

**STABILIRE UNA CORRETTA DIAGNOSI PRIMA DI INIZIARE UN TRATTAMENTO ENDODONTICO È ESSENZIALE**

COMPLETA RACCOLTA DEI **DATI ANAMNESTICI**: INQUADRARE IL PAZIENTE NELLA SUA INTERESSA, PER VALUTARNE LE EVENTUALI **PATOLOGIE DI ORDINE GENERALE** CHE POSSANO ESSERE CONSIDERATE UN **CONCOMITANTE FATTORE DI RISCHIO**.

ESECUZIONE DI ACCURATO **ESAME EXTRAORALE, ESAME INTRAORALE**, CONOSCENZA ED UTILIZZO DELLE **PROVE STRUMENTALI**.

VALUTAZIONE DELLA **RIPRODUCIBILITÀ DELLA SINTOMATOLOGIA**. TEST DI **PERCUSSIONE, PALPAZIONE O STIMOLI TERMICI** SULL'ELEMENTO CHE SI SOSPETTA POSSA ESSERE LA CAUSA DI DOLORE.

LA **DIAGNOSI IN ENDODONZIA NON PUÒ PRESCINDERE DALL'ESAME RADIOGRAFICO**.

**SE NON È POSSIBILE EFFETTUARE UNA DIAGNOSI**, PUÒ ESSERE GIUSTIFICATO L'**INVIO A UNO SPECIALISTA** PROVVISORIO DI ATTREZZATURE AGGIUNTIVE (AD ES. MICROSCOPIO, CBCT) E CON UN TRAINING SPECIFICO.

E' IMPORTANTE CHE IL CLINICO SIA A CONOSCENZA DEL FATTO CHE **IL DOLORE ENDODONTICO** PUÒ IN TALUNI CASI ESSERE **MESSO IN DIAGNOSI DIFFERENZIALE CON PROBLEMATICHE OROFACCIALI**.

- 1) MANUALE SIE 2021, CAPITOLO 2, EDIZIONI EDRA.
- 2) DE LAAT A. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF TOOTHACHE TO PREVENT ERRONEOUS AND UNNECESSARY DENTAL TREATMENT. J ORAL REHABIL. 2020;47:775–781.
- 3) CANTATORE G. QUADERNO CLINICO DI ENDODONZIA, 2011.
- 4) AMERICAN ASSOCIATION OF ENDODONTISTS, COLLEAGUES FOR EXCELLENCE. A “3D” APPROACH FOR TREATING ACUTE PAIN. WINTER 2015.
- 5) AHLQUIST M, FRANZÉN O. PULPAL ISCHEMIA IN MAN: EFFECTS ON DETECTION THRESHOLD, A-DELTA NEURAL RESPONSE AND SHARP DENTAL PAIN. ENDODONTICS & DENTAL TRAUMATOLOGY. 1999;15:6-16.
- 6) BENDER B. PULPAL PAIN DIAGNOSIS: A REVIEW, J ENDOD 2000; 26: 175-9.
- 7) PATOLOGIA E CLINICA ENDODONTICA, RICUCCI D. 2009 EDIZIONI MARTINA
- 8) PATEL B. ENDODONTIC DIAGNOSIS, PATHOLOGY, AND TREATMENT PLANNING: MASTERING CLINICAL PRACTICE, 1 DOI 10.1007/978-3-319-15591-3\_2, © SPRINGER INTERNATIONAL PUBLISHING SWITZERLAND 2015.
- 9) PIGG M ET AL. NEW INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF OROFACIAL PAIN: WHAT IS IN IT FOR ENDODONTISTS? JOURNAL OF ENDODONTICS (2021), DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.1016/J.JOEN.2020.12.002](https://doi.org/10.1016/j.joen.2020.12.002).