

LE LESIONI DEL NERVO ALVEOLARE INFERIORE

Intervista a Federico Biglioli, professore ordinario e direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Maxillo-Facciale dell' Università degli Studi di Milano nonché Direttore dell' UO Complessa di Chirurgia Maxillo-Facciale dell' Ospedale San Paolo di Milano

a cura di **Silvia Cavallini**
CHINESIOLOGA

Le lesioni del nervo alveolare inferiore sembrano aumentate negli ultimi anni...

È difficile fare una stima precisa dell'incidenza delle lesioni in quanto non esiste un registro ufficiale a cui si riferisca l'odontoiatra. La mia impressione è comunque che con i colleghi (e i pazienti tramite internet) abbiamo maggior coscienza del problema e pertanto è aumentata esponenzialmente la mia

presa in carico di persone con danni neurologici del cavo orale.

Che cosa può aver contribuito all'aumento dei numeri?

Sicuramente l'incremento negli ultimi anni dell' implantologia, della chirurgia ossea rigenerativa e della chirurgia orale in senso più ampio.

Come si deve comportare l'odontoiatra

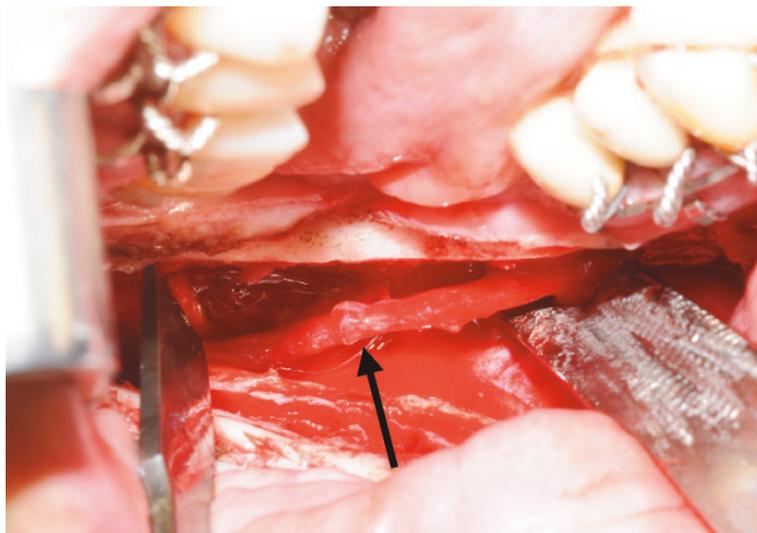
tra a cui il paziente riferisce che non è passata l'anestesia gengivale, del labbro inferiore e del mento nei giorni successivi all'intervento?

Innanzitutto non deve garantire al paziente l'autorisoluzione del problema in pochi giorni, non avendone l'effettiva certezza: infatti, se il problema persistesse, il paziente si sentirebbe preso in giro cercando di conseguenza su internet informazioni. Queste non sempre sono corrette e sono comunque difficili da interpretare, con il rischio di trarne consigli sbagliati. Trovo invece giusto visitarlo subito, testando cute e mucose con una pinza e uno specchio, mentre tiene gli occhi chiusi in un ambiente senza sollecitazioni acustiche. Si può così correttamente mappare in cartella clinica i punti di ipoestesia/anestesia con il relativo grado di sensibilità (basta testare simmetricamente il lato sano e quello patologico, dando un valore comparativo tra i due lati).

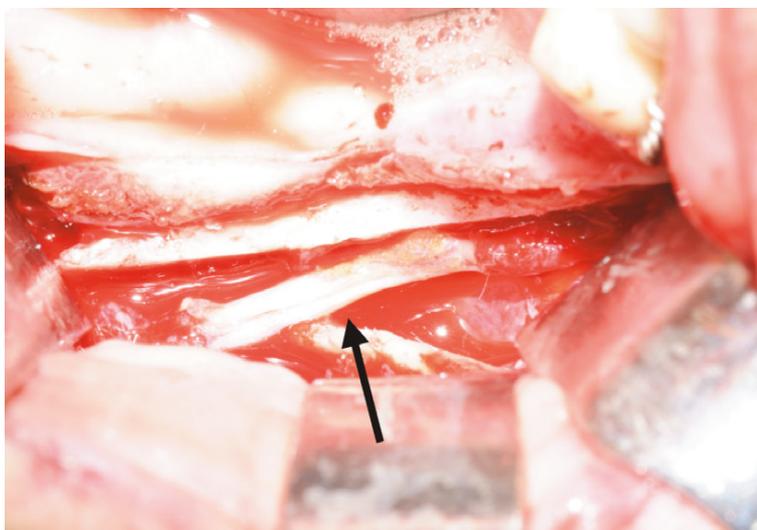
È poi opportuno consigliare una breve terapia cortisonica per ridurre l'edema del nervo (per una persona sana di 70 Kg normalmente si prescrivono 3 cp da 4 mgr di metilprednisolone ogni 8 ore per 4 giorni, con l'aggiunta di una opportuna copertura gastrica), e integratori della rigenerazione nervosa (L-acetilcarnitina 500 mgr ogni 12 ore e Acido α -Lipoico 800 mgr al giorno) fino a recupero neurologico ultimato.

Entro quanto tempo ci si può aspettare un recupero della funzione nervosa?

Dipende dal tipo di danno che ha subito il nervo. In linea di massima una compressione (causata ad esempio da una radice durante le manovre di lussazione dell'elemento dentario) determina una riduzione della funzione per alcuni giorni o settimane, con ripresa ottimale. In caso di trazione (si immagina un divarcatore che stiri il nervo mentoniero al forame per permettere



Sopra: Paziente con forte sintomatologia algica, non responsiva alla terapia farmacologica, conseguente a una lesione del nervo alveolare inferiore destro (freccia) avvenuta in corso di un intervento estrattivo di 48. L'accesso chirurgico è avvenuto tramite l'esecuzione di una osteotomia sagittale della mandibola, ricomposta a fine intervento



Sotto: Il tratto di nervo alveolare lesionato è stato sostituito microchirurgicamente con un innesto nervoso (freccia)



una adeguata visione chirurgica) in genere il danno si risolve in 2-6 mesi e la ripresa è molto buona; più raramente questa è incompleta perché non tutti gli assoni interrotti all'interno del ramo nervoso riescono a ricostituirsi. Se infine la lesione è legata all'interruzione del nervo all'interno del canale, ad esempio per opera di una fresa, la sensibilità labiale inizia a ricostituirsi dopo 3-4 mesi per raggiungere il culmine in 2 anni (a volte si protrae in piccola parte per 6-7 anni); in questi casi la rigenerazione non è mai del 100%, seppur di buon grado.

Allora non è mai necessario il trattamento chirurgico di queste lesioni?

A volte lo è. Ci sono ad esempio rari casi in cui il canale mandibolare non è pervio (persistenza di una radice dentaria dislocata sul nervo, o presenza di un impianto che occupi il canale) che obbligano alla rimozione dell'impedimento meccanico alla rigenerazione nervosa.

Abbiamo parlato solo di lesioni anestetiche. Ma che cosa si può fare in caso di insorgenza di parestesie e algie?

In questo caso si entra in un capitolo completamente diverso, dove il deterioramento della qualità della vita

Sopra: La video testimonianza della paziente a un anno di distanza dall'intervento

è a volte drammatico. Io consiglio la semplice accettazione psicologica del danno in caso di parestesie lievi tipo l'avvertire i cambiamenti climatici in anticipo, o sentire rari formicolii al labbro. Se però le parestesie fossero gravi, come sentire un bruciore costante al labbro e al mento, credo che sia corretto suggerire la riparazione microchirurgica del nervo. Questo vale ovviamente anche in caso di dolori costanti.

In che cosa consiste l'intervento microchirurgico?

L'intervento avviene necessariamente in ambiente ospedaliero in anestesia generale. Il nervo viene identificato con accesso endorale attraverso uno sportello osseo corticale che viene rimosso temporaneamente. Una volta individuata la lesione al microscopio operatorio, in genere con ingrandimento dal 1000% al 3000%, il più delle volte ne ricostruisco l'integrità innestando un tratto di nervo della banca dei tessuti. Altre procedure microchirurgiche come la neulolisi, la decompressione o la ricostruzione con tubuli di collagene hanno dato nelle mie mani risultati meno convincenti.

Quali sono i risultati della microchirurgia?

già ricostruttiva?

La ripresa media della funzione tattile è del 78% (con oscillazioni che vanno dal completo insuccesso a casi particolarmente brillanti). Il controllo del dolore (completo o parziale) e delle parestesie urenti è positivo in buona parte dei casi. Ho cambiato invece idea circa il classico limite temporale di intervento a non più di 12 mesi dall'insorgenza delle algie, avendo avuto numerosi successi terapeutici anche intervenendo a distanza di anni dall'evento lesivo (sotto richiesta pressante di alcuni pazienti).

Che cosa consigliare ai pazienti sfortunati che non abbiano ottenuta l'agognata risoluzione dei dolori con la microchirurgia?

Ci sono terapie mediche alternative, con risultati variabili ed effetti collaterali di diverso grado. Possono aiutare alcuni farmaci, che devono però essere gestiti da neurologi e medici del dolore. Invece la terapia classica delle algie trigeminali essenziali, basata sugli antiepilettici, è in genere poco efficace per le lesioni iatrogene. Nella mia esperienza possono essere utili la termoregolazione del nervo e la crioterapia, i blocchi anestetici a lunga durata, l'ipnosi medica.