

CORSO PRECONGRESSUALE:

IL TRATTAMENTO DEI DIFETTI INFRAOSSEI:

ABSTRACT

Definizione, classificazione e diagnosi - Roberto Rotundo

L'American Academy of Periodontology ha definito i difetti ossei parodontali come alterazioni proprie dell'osso alveolare. Goldman e Cohen nel 1958 classificarono questi difetti in difetti sovraossei e difetti infraossei. Nell'ambito dei difetti infraossei è possibile identificare 4 tipologie di difetti sulla base del numero delle pareti ossee residue: difetti a 1 parete, difetti a 2 pareti, difetti a 3 pareti e difetti crateriformi. Da studi epidemiologici si è osservato come in circa 1/3 dei pazienti affetti da parodontite è possibile riscontrare la presenza di difetti infraossei, prevalentemente sul versante mesiale rispetto al distale; inoltre tali difetti sono stati riscontrati maggiormente in soggetti di sesso maschile, non evidenziando differenze significative tra denti dell'arcata superiore e quelli dell'arcata inferiore. Ai fini diagnostici, le metodiche di maggior utilizzo sono attualmente basate su approcci clinici (sondaggio parodontale) e radiografico (di tipo endorale). Più di recente, nuove metodiche radiografiche come la tomografia computerizzata a raggio di cono (Cone Beam) sono state proposte per una più corretta valutazione di difetti ossei presenti nella regione dento-alveolare.

La terapia resettiva con ritenzione di fibre - Gianfranco Carnevale

Diverse modalità terapeutiche hanno mostrato risultati simili a lungo termine se si prendono in considerazione i valori medi della profondità di sondaggio e del livello clinico di attacco. Gli "Endpoints" clinici del trattamento attivo devono essere stabiliti in modo chiaro prendendo in considerazione la valutazione del rischio ad un livello multifattoriale. Se, come endpoints sostitutivi a livello di sito consideriamo FMPS $\leq 20\%$, 3 millimetri di profondità di sondaggio e assenza di sanguinamento al sondaggio, il lembo posizionato apicalmente con chirurgia ossea resettiva è il tipo di trattamento più prevedibile, se usato quando indicato. Verrà analizzato come, associando a questo intervento la tecnica della conservazione delle fibre connettivali, se ne possano espandere le indicazioni pur avendo un approccio conservativo. Verranno presentati ed analizzati i risultati di un gruppo di pazienti trattati con chirurgia ossea resettiva e conservazione delle fibre connettivali, mantenuti per molti anni in un programma di terapia parodontale di supporto.

La terapia rigenerativa con membrane - Carlo Tinti

Dal 1982, anno di pubblicazione del primo case report, ad oggi, le tecniche rigenerative con membrana hanno fatto passi da gigante. La predicibilità del trattamento dei difetti infraossei si è evoluta grazie a studi che ci hanno fornito conoscenze fondamentali per migliorare le tecniche chirurgiche. La scuola italiana ha certamente contribuito in modo significativo all'evoluzione di queste tecniche ed alcuni autori nostri connazionali sono stati i pionieri di studi e protocolli chirurgici oggi ben codificati e sperimentati in grado di fornire al clinico una soluzione ottimale al problema. Se il principio biologico è stato universalmente accettato molti anni fa, i risultati clinici da esso sopportati hanno invece avuto bisogno di anni di sperimentazione. L'evidenza clinica oggi conferma il principio biologico. Il successo rimane comunque strettamente legato al rispetto del protocollo proposto che appartiene all'esperienza clinica dell'operatore.

La terapia rigenerativa con amelogenine - *Giulio Rasperini*

La terapia rigenerativa parodontale da più di un decennio ha aggiunto al proprio bagaglio di principi biologici, biomateriali e tecniche, le amelogenine. Queste proteine che partecipano alla formazione dell'organo del parodonto durante la sua originale formazione, sono in grado di rigenerare anche il parodonto andato perduto come conseguenza della Malattia Parodontale. Questo fattore di crescita per essere efficace deve essere utilizzato in alcuni tipi di difetti ossei e con tecniche chirurgiche ben definite. Grande vantaggio nell'utilizzo delle amelogenine è il limitato, quasi nullo, rischio di complicazioni durante la fase di guarigione. Per contro lo stato fisico di gel ne limita l'utilizzo in alcuni casi, oppure il clinico deve ricorrere ad abbinare alle amelogenine un biomateriale che possa mantenere lo spazio. La rigenerazione ottenuta con le amelogenine può essere mantenuta a lungo termine.

Scopo di questa presentazione è mostrare il razionale che guida la scelta di questo biomateriale e le tecniche in casi differenti al fine di ottenere il miglior risultato possibile riducendo al massimo le possibilità di complicazioni.