

Giovedì, 12 marzo 2020

ore 12.30-16.30

**Sessione Premio G. Vogel per il miglior caso clinico
2020 G. Vogel Award Session for the best clinical**

Coordinatori/ *Coordinators*: **Paolo Maestripieri - Francesco Oreglia**

Commissione Valutatrice/Evaluating Committee:
Alberto Fonzar - Paolo Maestripieri - Francesco Oreglia

Area 1

Chirurgia mucogengivale/ *Mucogingival Surgery*

L'uso di innesti di tessuto connettivo e matrice dermica nel ridurre la recessione gengivale: un caso "split mouth" con un follow-up di più di 1 anno / *The use of CTG and dermal matrix in reducing gingival recession: A split-mouth case with 1 year-follow up.*

De Annuntiis C.

Libero Professionista-Private Practice, Roma, Italy

L'effetto aggiuntivo di un innesto di tessuto connettivo nell'inserimento immediato di un impianto singolo: case report / *The adjunctive effect of a connective tissue graft on single immediate implant placement: A case report.*

Guglielmi D, Ciaravino V, Di Domenico GL, Vignoletti D, Clementini M, de Sanctis M.

Vita-Salute San Raffaele University, Milan, Italy

Trattamento del tessuto molle peri-implantare in un sito atrofico / *Soft tissue management around implant in an atrophic site.*

Porciello C.

Libero professionista-Private Practice, Marigliano, Italy

Area 2

Chirurgia parodontale rigenerativa

Regenerative Periodontal Surgery

Trattamento rigenerativo di lesione parodontale di centrale superiore associata a riassorbimento esterno della radice / *Regenerative treatment of a periodontal lesion of a maxillary incisor associated with external root resorption.*

Baima G, Gualini G, Aimetti M.

Università di Torino-Turin University, Italy

Terapia parodontale: risultato clinico della rigenerazione nel trattamento dei difetti profondi / *Periodontal therapy: Clinical outcome of regeneration in the treatment of deep defects.*

Fusco D.

Libero professionista-Private Practice, Latina, Italy

Tattamento completo di un caso parodontale complesso con terapia rigenerativa in elementi hopeless. Follow-up a 1 anno / Complete treatment of a complex periodontal case with regenerative therapy in hopeless teeth. 1 year-follow up.

Gaudio L, Fierravanti L.*

*Libero professionista-Private Practice, Torino, Italy; *Periodontology Dept- Reparto di Parodontologia, Università di Torino-Turin University, Italy*

Rigenerazione parodontale con solo EMD: SFA/M-MIST vs. CTG Wall technique / Periodontal Regeneration with only EMD: SFA/M-MIST vs CTG Wall technique

Romandini M, Calzavara D, Sanz Alonso M.

Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Spain

Area 3

Trattamento parodontale integrato *Interdisciplinary periodontal treatment*

Tattamento integrato orto-perio in un paziente parodontalmente compromesso: case report / Integrated Ortho-Perio treatment in a periodontally compromised patient: Case Report.

Batia S, De Filippis A, Marino C, Bovio A, Berti M, Gonzalez Rodriguez G*

*Università degli Studi di Milano, Milano, Italia; *Facultad de Odontología - Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Spain*

Tattamento chirurgico di eruzione passiva alterata classe 1A e 1B / Surgical treatment of altered passive eruption class 1A and 1B.

Palombo D, Montero Solis E, Matesanz P, Sanz Alonso M.

Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Spain

Approccio multidisciplinare alla riabilitazione estetica di una giovane paziente sofferente di disturbi d'ansia relazionale associati a malocclusione / Multidisciplinary approach for aesthetic rehabilitation of a young female patient suffering from social anxiety associated with malocclusion

Singh S, Jayan B.

Army Dental Centre (Research & Referral), New Delhi, INDIA

Gli abstract/Abstracts

L'uso di innesti di tessuto connettivo e matrice dermica nel ridurre la recessione gengivale: un caso "split mouth" con un follow-up di più di 1 anno / The use of CTG and dermal matrix in reducing gingival recession: A split-mouth case with 1 year-follow up.

De Annuntiis C

Libero Professionista-Private Practice, Roma, Italy

Background

Laura is 30, in good general health, non-smoker. She came to my office asking for a solution to her gum recession due to high sensitivity and unsatisfactory aesthetics. Her periodontal status

was healthy as well: no deep inflammation, good plaque control and no pockets were present. I explained to her that the main cause of her recession was the traumatic brushing. Thus, first of all, I instructed her on how to brush properly and planned the surgical correction of the two involved sextants.

Case report

In both sextants, Laura presented recessions type RT1, according to Cairo 2011. I started the surgical procedure from sextant 1 where Laura had a main recession on the tooth 1.4 (4mm in height with a step of 2 mm in depth) and two more recessions on the proximal teeth both of 1 mm in height. According to Zucchelli & de Sanctis, 2000 an envelope flap design with a split-full-split thickness approach was used to treat these recessions. Thus, in order to permit the coronal advancement of the flap, all the muscle insertions present in the thickness of the flap were eliminated and the exposed roots were gently planed. A CTG was harvested from the palatal side with a three-incisions approach (Trap-door technique by Langer & Langer, 1984), placed over the 2mm step present on the buccal aspect of the element 1.4 and sutured around the CEJ with resorbable 6-0 sutures. Finally, the flap was gently moved coronally and sutured 1 to 2 mm over the CEJ according to Pini Prato, 2005. In the 3rd sextant, I've designed a trapezoidal split-full-split flap with two beveled oblique incisions. After flap mobilization and gentle root-planning, I used an acellular tridimensional collagen matrix derived from porcine dermis in order to avoid the donor-site morbidity. The matrix was sutured a little over the CEJ and the flap was moved coronally and once again sutured 1 to 2 mm over the CEJ.

Conclusions

Laura has had two surgical procedures to reduce very similar recessions she had on both sides of her upper jaw, namely at level of teeth 1.3-1.4 and 2.3-2.4. Both procedures ended with complete root coverage and both, as you can see here, are 1 year on from their original surgery. The site treated with CTG has shown faster healing during the first weeks after surgery but Laura had been complaining of pain from the donor site for more than one month after surgery. On the other hand, she really liked not harvesting from palatal site during the surgery at the 3rd sextant. From a clinical point of view, after the first weeks in which CTG seemed to have a better performance, the tissues on both site appeared healed and stable, starting from the third month of healing. At 1 year from surgery, thanks to correct brushing from the patient, the tissues are still stable, healthy and completely covering the roots in both the CTG site and the dermal matrix.

L'effetto aggiuntivo di un innesto di tessuto connettivo nell'inserimento immediato di un impianto singolo: case report / *The adjunctive effect of a connective tissue graft on single immediate implant placement: A case report.*

Guglielmi D, Ciaravino V, Di Domenico GL, Vignoletti D, Clementini M, de Sanctis M.

Vita-Salute San Raffaele University, Milan, Italy

Background

Immediate implant placement (IIP) leads often to inadequate aesthetic outcomes. Placement of a connective tissue graft (CTG) concurrent with IIP may contribute to the stability of gingival level and the augmentation of soft tissue contour. However, it is unknown whether CTG can compensate for bone resorption and maintain the buccal bone plate over time. This case report describes the assessment of volumetric hard and soft tissue changes 6 months (6M) after IIP with CTG.

Case report

A 38-years-old woman was referred to the Department of Dentistry of San Raffaele Hospital with a history of trauma and fractured maxillary left first premolar, where the fractured coronal segment was lost. Intra-oral clinical and radiographic examination (CBCT) revealed a vertical root fracture line below the cemento-enamel junction, adequate alveolar bone and absence of periapical pathology. So, it was decided to extract the tooth and to place an implant immediately with an adjunct of a CTG. A split-full-split thickness envelope flap was elevated, the tooth was extracted and the IPP procedure was carried out. A CTG, harvested from the palate, was sutured to the base of the anatomical papillae. The buccal flap was coronally advanced and adapted to the healing abutment. A temporary Maryland bridge was delivered to the patient and follow-up evaluations were performed at 7, 14, 30, 90, 180 days after surgery. An assessment of buccal bone changes was performed by matching DICOM files of the CBCTs taken before tooth extraction and at 6M. The evaluation of buccal soft tissue contour changes was performed by matching STL files resulting from digital intra-oral impressions taken before tooth extraction and at 6M. After 6M, there was a horizontal buccal bone loss ranging between 1.35 and 1.98 mm. In contrast, there was an increase of horizontal buccal soft tissue contour ranging between 0.06 and 0.46 mm and the soft tissue thickness, 2 mm below the gingival margin, increased 4 mm.

Conclusions

Within the limits of this case report it can be concluded that the adjunction of a CTG during immediate implant placement may compensate the soft tissue dimensional alteration that usually occur after tooth extraction, maintaining or increasing the buccal volume over time. Moreover, an increase in soft tissue thickness may be beneficial for the biological, functional and esthetical stability of the peri-implant mucosal margin.

Trattamento del tessuto molle peri-implantare in un sito atrofico / *Soft tissue management around implant in an atrophic site.*

Porciello C

Libero professionista-Private Practice, Marigliano, Italy

Background

Many times, in the atrophic sites, we need to obtain a good soft tissue contouring around implant and under the pontic, in order to improve aesthetic and hygienic results; We can increase the volume of soft tissues through connective tissue grafts during the second surgical stage.

Case report

We positioned two implants in position 3.5 and 3.7, in order to replace three missing teeth. After three months, during the second surgical stage, we performed a connective withdrawal from tuber and we split in two smaller grafts to position buccally to the implants, suturing them inside a little split thickness envelop flap. After one month, we took an impression and the dental laboratory made a provisional restoration. We noticed that connecting the provisional restoration, its pontic had an exiguous soft tissue thickness and also the patient reported food stagnation. So we decided to perform a second tuber withdrawal with the purpose to thickening the soft tissue under the pontic. It was executed through two vertical parallel incisions to take a graft to suture in a buccal envelop flap; then we repositioned the provisional restoration. After four months we were satisfied of tissue management and we executed a zirconia screw retained bridge.

Conclusions

The amount of keratinised tissue around implant is very important for the maintaining of wholesome tissues, but also the thickness of tissues is fundamental for the prosthetic aesthetic result of restorations. In atrophic ridges, when bone thickness is sufficient to position an implant, the treads and thickness in soft tissues have a great importance in pink aesthetic but also in masticatory function, to avoid food stagnation.

Trattamento rigenerativo di lesione parodontale di centrale superiore associata a riassorbimento esterno della radice / *Regenerative treatment of a periodontal lesion of a maxillary incisor associated with external root resorption.*

Baima G, Gualini G, Aimetti M.

Università di Torino-Turin University, Italy

Valutazione clinica/diagnosi

Paziente maschio, forte fumatore di 56 anni si presenta alla Dental School di Torino lamentando ascesso a carico di 2.1. Dopo aver escluso una causa endodontica (vitalità positiva), viene inviato in consulenza presso il reparto di Parodontologia dove viene effettuato esame sistematico endorale e sondaggio. A carico dell'elemento in questione, che risulta anamnesticamente positivo ad un trauma subito in gioventù, si rilevano tasche patologiche di 9 mm a carico dei siti mediale e centro vestibolare. I restanti denti appaiono non affetti da severe perdite di attacco, salvo per il primo sestante dove è presente peri-implantite a carico di 1.4, 1.5, 1.6 inseriti 5 anni prima. Al paziente viene attribuita una diagnosi di parodontite di stadio III grado C localizzata.

Obiettivi del trattamento

Sospensione del fumo. FMPS e FMBS < 15%. Correzione dell'occlusione traumatica. Miglioramento dei parametri infiammatori acuti intorno ai denti e agli impianti. Ripristino della salute parodontale a lungo termine dell'elemento 2.1 e dell'estetica gengivale del II sestante.

Descrizione delle procedure cliniche/chirurgiche

Tre mesi dopo terapia non chirurgica, 2.1 mantiene suppurazione con sondaggi severi. Si effettua un debridement sotto gengivale e l'applicazione di doxiciclina topica. Due settimane dopo si programma terapia rigenerativa della lesione. Tramite incisioni oblique a preservazione della papilla, si eleva un lembo mucoperiosteale e dopo la degranulazione del difetto si riscontra lacuna di riassorbimento esterno della radice in sede centro vestibolare. Si curreta il tessuto granulomatoso e si liscia la concavità. Si effettua prelievo connettivale dal palato e si sutura a ponte su 1.1 e 2.1. Si applicano EDTA, proteine della matrice dello smalto e osso eterologo con collagene al 10%. Si disepitelizzano le papille anatomiche, rilascia il lembo e sutura a livello coronale mediante suture sospese.

Risultati

Al follow up di 6 mesi, l'aspetto clinico della gengiva a livello dell'elemento 2.1 appare sano con caratteristico aspetto a buccia d'arancia mentre il margine appare stabile e armonico, posizionato ad un livello leggermente più coronale rispetto alla condizione pre operatoria. Il sondaggio riporta una profondità di massimo 4 mm a livello mesiale e centro vestibolare, condizione compatibile con la salute parodontale. Il difetto si presenta radiograficamente denso, con un modesto incapsulamento di biomateriale a livello del tessuto molle sopracrestale.

Terapia parodontale: risultato clinico della rigenerazione nel trattamento dei difetti profondi / *Periodontal therapy: Clinical outcome of regeneration in the treatment of deep defects.*

Fusco D.

Libero professionista-Private Practice, Latina, Italy

Valutazione clinica/diagnosi

Paziente M.L., 57 anni, uomo imprenditore. Nulla di rilevante dall'anamnesi medica effettuata in prima visita. Il paziente si reca nel nostro studio per sanguinamento gengivale. dichiara di non aver mai effettuato terapie parodontali, di non aver mai fumato. riporta familiarità con la malattia parodontale. spazzola i denti due volte al giorno Profilo psicologico positivo, ricettivo e mediamente collaborante. Diagnosi: Parodontite di stadio 3 Grado C generalizzata.

Obiettivi del trattamento

Controllo dell'infiammazione parodontale tramite terapia causale con levigatura e scaling radicolare con istruzione di igiene orale e motivazione. riduzione dei valori di FMBS e FMPS eliminazione delle tasche con sondaggi superiori a 4mm miglioramento dello stato attuale dello stato parodontale dell'elemento 1.4 e della forcazione 4.7.

Descrizione delle procedure cliniche/chirurgiche

La chirurgia dell'elemento 1.4: lembo con la tecnica di preservazione di papilla modificata. Effettuata la completa pulizia del difetto viene applicato del biomateriale di origine bovina deproteinizzata fino al riempimento del difetto, l'innesto viene poi coperto con membrana riassorbibile. il lembo viene riportato in sede e suturato tramite punti a materasso orizzontale. La chirurgia sull'elemento 4.7 è stata effettuata praticando un lembo con la preservazione della papilla, scoperto il difetto è stato degranulato e pulito tramite strumenti manuali ed ultrasonici, utilizzato emdogain a contatto con le radici successivamente riempito con osso deproteinizzato di origine bovina coperto a sua volta da Emdogain, suturato dopo aver disepitelizzato la papilla sfruttando l'effetto tenda

Risultati

il caso in esame ha ottenuto risultati molto rilevanti già dopo il trattamento nella fase causale . la chirurgia rigenerativa sull'elemento 1.4 ha ripristinato un livello di attacco clinico tale da riportare la profondità di sondaggio a livelli fisiologici, livelli molto lontani al baseline. La chirurgia sull'elemento 4.7 ha riportato livello di attacco tale da riportare anche in questo caso la profondità di sondaggio ad un livello fisiologico, ed ha eliminato la componente verticale della forcazione, trasformando un grado II in un grado I.

Trattamento completo di un caso parodontale complesso con terapia rigenerativa in elementi hopeless. Follow-up a 1 anno / *Complete treatment of a complex periodontal case with regenerative therapy in hopeless teeth. 1 year-follow up.*

Gaudio L, Fierravanti L.*

*Libero professionista-Private Practice, Torino, Italy; *Periodontology Dept- Reparto di Parodontologia, Università di Torino-Turin University, Italy*

Valutazione clinica/diagnosi

La paziente si presenta in visita lamentando mobilità dentaria e timore di perdere i denti come è successo alla madre anni prima. La paziente è sana, non fumatrice e psicologicamente

diffidente in quanto, anche se sempre seguita dal suo dentista, ha notato un peggioramento della situazione della sua bocca. In seguito a foto, sondaggio e ERSE si diagnostica un parodontite stadio III grado C. La paziente viene trattata con levigature radicolari dei quattro quadranti, istruzione e motivazione all'igiene orale, sciacqui con clorexidina al 0,12% e estrazione di alcuni denti hopeless. Si decide di mantenere gli elementi 1.2 e 4.3 nonostante la prognosi hopeless. Alla rivalutazione permangono tasche patologiche nel 1°, 2°, 3° e 5° sestante.

Obiettivi del trattamento

Gli obiettivi delle varie procedure chirurgiche eseguite sono stati: eliminare le tasche patologiche residue, avere accesso per un adeguato debridement delle superfici radicolari, creare una morfologia dell'area dento gengivale che permetta un adeguato accesso all'igiene orale ed al controllo dell'infezione, guadagnare attacco clinico ed infine sostituire i denti mancanti per restituire un'adeguata funzione masticatoria e una estetica accettabile per la paziente.

Descrizione delle procedure cliniche/chirurgiche

Nel 1° sestante si colloca un impianto tissue level in sede 1.4. Successivamente la pz perde l'elemento 1.5 per frattura, si decide quindi di riabilitare l'impianto con una corona in estensione. Nel 2° sestante si esegue una rigenerativa parodontale di 1.2. In seguito alla devitalizzazione e allo splintaggio, si esegue un SFA con amelogenine e xenoinnesto. Nel 3° sestante si esegue un lembo palatino assottigliato con cuneo distale per ridurre la profondità della tasca. In sede 3.3 in seguito all'estrazione residua un grave difetto orizzontale. Si esegue una GBR orizzontale collocando 2 viti, una miscela di osso autologo e eterologo e una membrana riassorbibile. Dopo 6 mesi si colloca un impianto tissue level in sede 3.3 A livello del 4.3 si esegue una rigenerativa parodontale come in 1.2.

Risultati

In seguito al trattamento chirurgico e alle sedute di terapia di mantenimento, a un anno dal termine della fase attiva la paziente dimostra di mantenere un ottimo controllo di placca, tutte le tasche patologiche sono state eliminate a eccezione dell'elemento 17 che la paziente è riluttante a estrarre nonostante le indicazioni del curante. In questo caso si è deciso di mantenere e trattare con procedure rigenerative due elementi considerati hopeless, ovvero 1.2 e 4.3. I trattamenti hanno avuto esito positivo e l'elemento 4.3 risulta non mobile e pertanto lo splintaggio è stato rimosso. La paziente si dichiara soddisfatta del risultato estetico e funzionale del trattamento ed è inserita in un programma di richiamo quadrimestrale.

Rigenerazione parodontale con solo EMD: SFA/M-MIST vs. CTG Wall technique / *Periodontal Regeneration with only EMD: SFA/M-MIST vs CTG Wall technique.*

Romandini M, Calzavara D, Sanz Alonso M.

Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Spain

Valutazione clinica/diagnosi

A seguito di una visita clinica e radiografica, la seguente diagnosi parodontale è stata elaborata per una donna di 49 anni: - Parodontite, stadio III, generalizzata, grado C; - Recessioni gengivali multiple. In accordo a tale diagnosi, la paziente ha ricevuto istruzioni di igiene orale e la terapia causale. Alla rivalutazione a 6 settimane, 2 siti con profondità di sondaggio di 6 mm o più (BoP negativi) erano ancora presenti disto-vestibolarmente al #32 e al #42, entrambi associati ad un difetto intra-osseo.

Obiettivi del trattamento

Dente #32: - Rigenerare l'attacco parodontale; - Migliorare la prognosi a lungo termine; - Riduzione della PPD; - Minimizzare ogni possibile recessione post-chirurgica e/o perdita di papilla. IV quadrante: - Rigenerare l'attacco parodontale del #42; - Migliorare la prognosi a lungo termine del #42; - Riduzione della PPD del #42; - Ottenere una ricopertura radicolare completa sul dente #44, con il fine di ridurne l'ipersensibilità dentinale; - Minimizzare ogni possibile recessione post-chirurgica e/o perdita di papilla nei denti contigui al difetto.

Descrizione delle procedure cliniche/chirurgiche

Dente #32: SFA/M-MIST La papilla interdentale del difetto intra-osseo è stata incisa (MPPT) ed il solo lembo buccale è stato scollato. A seguito della strumentazione del difetto, sono stati applicati EDTA ed EMD. Infine, una singola sutura a materasso interno modificato (6/0 monofilamento) è stata posizionata. IV quadrante: CTG wall technique Un lembo con disegno CAF è stato disegnato (41-46), mentre la papilla associata al difetto è stata incisa con SPPT. A seguito della strumentazione, sono stati applicati EDTA ed EMD. Un innesto di connettivo è stato quindi suturato (6/0 PGA). Infine, il CAF è stato suturato con suture sospese, mentre la papilla del difetto è stata suturata con un materasso orizzontale alla base, un materasso verticale e una sutura semplice (6/0 monofilamento).

Risultati

Dente #32: SFA/M-MIST A 7 mesi, non era visibile nessun aumento nelle recessioni gengivali e nessuna perdita di tessuto interdentale. Una riduzione di 5 mm di PPD, un guadagno di CAL di 5 mm e un riempimento radiografico del difetto pressoché completo erano presenti. IV quadrante: CTG wall technique A 6 mesi, una riduzione della recessione era presente sul #44 e #43. In aggiunta, era visibile 1 mm di guadagno in altezza nella papilla associata al difetto. Una riduzione di 4 mm della PPD, un guadagno di CAL di 5 mm e un completo riempimento radiografico del difetto erano presenti. Inoltre, un guadagno osseo radiografico supra-crestale era visibile.

Trattamento integrato orto-perio in un paziente parodontalmente compromesso: case report / *Integrated Ortho-Perio treatment in a periodontally compromised patient: case report.*

Batia S, De Filippis A, Marino C, Bovio A, Berti M, Gonzalez Rodriguez G*

*Università degli Studi di Milano, Milano, Italia; *Facultad de Odontologia - Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Spain*

Background

Reduced periodontal support is a challenge that clinicians often face during rehabilitation of compromised dentition. The close and intricate relationship between the periodontal tissues and the processes of tooth movement suggest that adjunct orthodontic therapy may play an important role in overcoming these problems.

Case report

A 43-year-old patient is diagnosed, by clinical and radiographic examination, with a vertical 8 mm mesial defect to the element 11 and the presence of a diastema between the elements 11 and 21. The initial procedure is non-surgical periodontal treatment hygiene sessions, scaling (ultrasound) and root planing (root planing). Subsequently after three months periodontal regeneration is performed with modified papilla preservation technique (MPPT), since the interdental space is > 2mm. After the cleaning and removal of the granulation tissue of the defect, deproteinized bovine bone (DBB, Bioss S Geistlich) and derivative of the enamel matrix (EMD, Emdogain Straumann) have been applied. Primary closure was achieved with a

5/0 EPTFE suture. Six months after surgery, orthodontic treatment is performed, with the aim of promoting bone remodeling and improving aesthetic function. It was planned to close the diastema between items 11 and 21. A bone gain of 4 mm was obtained 7 months after the MPPT surgery with the current orthodontic treatment. Clear aligners (Invisalign®) was used for orthodontic treatment. Orthodontic treatment plan was carried out through intraoral scanners and 3D graphics software (ClinCheck®). A light treatment of 14 clear aligners of the upper arch only has been selected as suitable for the patient. The patient was instructed to wear them for 20/22 hours a day and replace the mask of the progressively next number every 14 days.

Conclusions

The therapy has given the desired results. The prognosis of element 1.1 is favorable thanks to the quarterly supportive periodontal care program (SPC) and the home oral hygiene instructions explained to the patient. Multidisciplinary therapies optimize quality of the final result in an increasing number of patients; In this area, the potential of orthodontic treatment, allows to achieve higher level of care goals thanks to the improvement of the condition of periodontal tissues, should always be evaluated. Orthodontic literature presents different types of treatment for the management of adult orthodontic patients with mild to moderate bone loss. All experienced clinicians agree that a well-aligned dentition may be more conducive to periodontal health than a crowded dentition.

Trattamento chirurgico di eruzione passiva alterata classe 1A e 1B / *Surgical treatment of altered passive eruption class 1A and 1B.*

Palombo D, Montero Solis E, Matesanz P, Sanz Alonso M.

Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Spain

Valutazione clinica/diagnosi

Una paziente di 21 anni, in buono stato di salute generale e non fumatrice (ASA1), viene riferita al termine della terapia ortodontica per la presenza di un sorriso gengivale associato a gengivite. All'esame obiettivo extra-orale e allo studio cefalometrico del caso, non si riscontrano iper-sviluppo del mascellare superiore, né iper-mobilità labiale. Attraverso l'esame obiettivo intra-orale, completato dalla serie radiografica endorale, dalla cartella parodontale, e dal bone sounding vestibolare, si diagnostica un quadro di gengivite localizzata (FMBS 14%) associata ad eruzione passiva alterata (EPA) di classe 1A in sede 12 e 22, ed 1B nei rimanenti elementi dell'arcata superiore. L'eziologia del sorriso gengivale viene pertanto associata ad EPA.

Obiettivi del trattamento

L'obiettivo del trattamento è quello di correggere il sorriso gengivale della paziente e di attuare prevenzione primaria e secondaria della gengivite, ripristinando una anatomia locale compatibile con il controllo di placca domiciliare. Specificamente, si programma una procedura chirurgica finalizzata ad: a) aumentare la dimensione corono-apicale degli elementi affetti da EPA che sono esposti durante l'eloquio ed il sorriso; b) correggere alterazioni del profilo osseo vestibolare per armonizzare l'anatomia ossea; c) creare uno spazio sufficiente per l'inserzione dei tessuti molli sovra-crestali sugli elementi affetti da EPA.

Descrizione delle procedure cliniche/chirurgiche

Si realizza un lembo non-riposizionato a spessore variato in sede 15-25, che abbina il disegno di papille chirurgiche a spessore parziale, con gengivectomie a bisello interno vestibolari, ed uno scollamento a tutto spessore apicalmente alle gengivectomie. Previa la disepitelizzazione ed assottigliamento delle papille anatomiche, si procede alla chirurgia ossea resettiva, utilizzando le CEJ degli elementi naturali come punto di repere. Questa include ostectomia a livello degli elementi con EPA di classe 1B, ed osteoplastica a livello di tutti gli elementi coinvolti (classe 1A ed 1B), al fine di creare un'anatomia ossea positiva ed armonica. Si procede alla chiusura dell'accesso con punti staccati e punti sling in PGA 6/0.

Risultati

La paziente ha riportato un decorso post-operatorio favorevole e privo di complicanze. A distanza di 2 settimane sono stati rimossi i punti di sutura. Al follow-up a 6 mesi dalla chirurgia, non si riscontra un rebound tissutale rilevante e la paziente è soddisfatta del risultato estetico ottenuto.

Sessione Premio G Vogel 2020 / 2020 G. Vogel

Approccio multidisciplinare alla riabilitazione estetica di una giovane paziente sofferente di disturbi d'ansia relazionale associati a malocclusione /

Multidisciplinary approach for aesthetic rehabilitation of a young female patient suffering from social anxiety associated with malocclusion.

Singh S, Jayan B.

Army Dental Centre (Research & Referral), New Delhi, INDIA

Clinical Evaluation /Diagnosis

A 20-year-old patient reported to our college while she had a pronounced announcement with upper front teeth spaced. She was diagnosed with a case of bentassillary alveolar protrusion with anterior superior and inferior spacing. She had a marginal recession of class III Millers tissues in 41. 1. Bentoxillary dentoalveolar protrusion with anterior superior and inferior spacing, protruding anterior, incompetent lips 2. Chronic generalized diffuse gingivitis 3. Marginal recession of class III tissues of Millers in 41 , recession of C1 I in 13-23 4. Edentulous 46 5. Carious 16, 35 periapical lesion

Treatment goals

The main goal was to improve the patient's aesthetics and confidence to help her overcome social anxiety. 1) Treatment of gingivitis 2) Endodontic treatment in 35, Restoration in 161. 3) Correction of the bimaxillary protrusion, achievement of lip competence, reduction of the inter labial gap. 4) Increase attached gingiva in region 41 5) Root coverage with increased biotype in region 13-23 to improve aesthetics

Clinical/surgical procedure description

(i) PAOO surgery: periodically accelerated osteogenic orthodontic surgery (PAOO) in region 13-23. Positioning of the demineralized lyophilized bone graft (DFDBA). (ii) Periodontal plastic surgery for radical covering surgery in 41: grafting of mucosa free from the palate for covering the root and to tackle the problem of inadequacy of the attached gingiva. (iii) Modification of periodontal plastic surgery of the Zucchelli technique for covering the roots in 12-22 regions: this coronally advanced flap modification was used together with the connective tissue graft collected from the palate using the class Liu incision 1a to obtain root coverage and improve the biotype in region 12-22.

Results

The patient was successfully treated using a combined interdisciplinary approach. Orthodontic treatment time was reduced by using PAOO, which not only helped to accelerate dental movement, but also led to an improvement in the gingival biotype thanks to the increase in demineralized freeze-dried bone graft (DFDBA). A shy and self-confident girl who was very aware of her smile and was slightly depressed as she felt she was unable to socialize with her peer group because of her malocclusion. It blossomed into a confident young woman with a pleasant smile and better social skills as she no longer felt the need to hide her teeth during social interactions.