

SESSIONE PREMIO GIORGIO VOGEL 2018

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SidP

LEMBO POSIZIONATO CORONALMENTE CON L'INCLUSIONE DELLE PAPILLE PER LA COPERTURA DELLE RECESSIONI GENGIVALI SINGOLE: UN CASO CLINICO

Giovanni Carlo Chiantella *libero professionista Reggio Calabria*

Valutazione clinica/diagnosi

Individuo maschio, riferito dal proprio dentista, presenta diverse recessioni gengivali, in particolare sugli elementi 13 e 23, con conseguente abrasione radicolare, conseguenza di igiene orale domiciliare scorretta (trauma da spazzolino). Assenza di malattia parodontale, presenza di carie distale sull'elemento 26 che richiede devitalizzazione, assenza di elementi dentari 46 e 36-37.

Obiettivi del trattamento

Il paziente e il proprio dentista richiedono la copertura radicolare degli elementi 13 e 23 con terapia chirurgica parodontale.

Descrizione delle procedure cliniche/chirurgiche

Educazione del paziente ad una corretta igiene orale domiciliare (utilizzo corretto e non traumatico di spazzolino e filo interdentale). Igiene orale professionale preliminare. Decontaminazione dell'area e della superficie radicolare esposta. Scollamento di un lembo trapezoidale a tutto spessore con l'inclusione delle papille interdentali adiacenti alla recessione. Prelievo di tessuto connettivo dal palato e suo posizionamento a copertura della superficie radicolare, fissandolo con suture sospese riassorbibili 6.0. Copertura fino ed oltre la giunzione amelo-cementizia, con il lembo mucoperiosteale tramite suture sospese in polietilene 6.0 e riassorbibili 6.0. Gli elementi 13 e 23 sono stati trattati ad un mese di distanza l'uno dall'altro.

Risultati

I risultati positivi nell'immediato post-operatorio ed a 6 e 15 mesi di distanza confortano sulla applicabilità di tale procedura allorché si decida di utilizzare innesti di connettivo per la copertura di recessioni singole. Si vuole enfatizzare l'utilizzo di strumenti e suture per microchirurgia e l'inclusione delle papille interdentali sul lembo chirurgico per migliorarne la sua stabilità e perfusione vascolare.

SESSIONE PREMIO GIORGIO VOGEL 2018

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SidP

LEMBO SPOSTATO LATERALMENTE E CORONALMENTE PER RECESSIONE SU 1.6 CON RIASSORBIMENTO RADICOLARE ESTERNO

Carmine Porciello *libero professionista Marigliano NA*

Daniele Fusco *libero professionista Latina*

Maurizio Mazzella *libero professionista Bacoli NA*

Valutazione clinica/diagnosi

Il paziente C.M. di 24 anni si presenta a visita a causa della sensibilità e dolenzia all'emiarcata superiore dx. Si evidenzia una recessione gengivale associata a riassorbimento radicolare esterno a carico della radice mesiale del 1.6, con un CAL loss di 10 mm ed una recessione di 5 mm. Mediante PSR si è valutato non necessario un approfondimento diagnostico parodontale. Il paziente non presenta patologie sistemiche, non è fumatore, spazzola i denti tre volte al giorno, effettua igiene professionale una volta all'anno e non ha familiarità per la parodontite. Si sono poi valutate le dimensioni del tessuto cheratinizzato residuo e l'eventuale perdita d'attacco interdentale mediante rx. A carico della papilla distale al 2.5 si evidenzia una cleft rossa asintomatica.

Obiettivi del trattamento

Oltre istruzioni di igiene orale ed il miglioramento della metodica di spazzolamento, gli obiettivi del trattamento sono stati: risoluzione della sintomatologia dolorosa, azzeramento della sensibilità, guadagno di attacco clinico, il trattamento del riassorbimento radicolare e la copertura radicolare completa.

Descrizione delle procedure cliniche/chirurgiche

Il disegno del lembo richiede 3 incisioni: una verticale intrasulculare lungo il margine distale della recessione che continua in mucosa alveolare, un'incisione orizzontale paramarginale effettuata in tessuto cheratinizzato, di 6 mm superiore all'esposizione radicolare in senso medio-distale misurata a livello della CEJ, un'incisione verticale obliqua e parallela alla prima intrasulculare. Tale lembo, opportunamente disepitelizzato il letto ricevente, viene rilasciato e suturato alle papille anatomiche non prima di aver levigato la porzione di radice sede della perdita di attacco e del riassorbimento radicolare esterno.

Risultati

Dal controllo a 6 mesi al controllo a 3 anni, si evidenzia un miglioramento clinico in termini di CAL gain, REC red, aumento KT e riduzione del PD. Il goal della terapia è stato raggiunto grazie alla eliminazione di ipersensibilità e dolenzia. Senza alcuna terapia chirurgica, ma mediante insegnamento della corretta tecnica di igiene orale, il sito controlaterale ha ottenuto la spontanea remissione della cleft rossa.

SESSIONE PREMIO GIORGIO VOGEL 2018

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SidP

TERAPIA PARODONTALE RIGENERATIVA

Andrea Baroffio, Como - Cristina Lioni, Seregno - Barbara Negri, Como

Valutazione clinica/diagnosi

Parodontite cronica generalizzata e complicata, maschio, anni 47, non fumatore, anamnesi generale negativa, familiarità per la parodontite. Estrazione di 4.6 e trattamenti conservativi. Sanguinamento gengivale allo spazzolamento, con mobilità soggettiva di 4.7 alla masticazione. Assenza di problemi funzionali all'ATM. Esame intra-orale: numerosi restauri conservativi, incongrui su 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, 4.5 e 3.6, carie di 25 e 26. Situazione parodontale: tartaro e placca visibile, arrossamento, edema e recessioni gengivali; FMPS 90%, FMBS 51%. Perdita di attacco generalizzata con 27 siti (16%) con tasca maggiore di 4mm, di cui 7 con sondaggio superiore a 7mm. Forche: 12 siti (43%). 1°: 1.6 1.7 mes.; 2.7 vest. e dist.; 48 ling. 2°: 1.6, 1.7, 2.6 dist.; 3.7, 4.8 vestibolare. 3° di 4.7

Obiettivi del trattamento

Controllo della malattia parodontale, attraverso la riduzione dei fattori eziologici, e dei fattori di rischio, ove possibile rigenerando l'attacco parodontale. Terapia delle carie attive, sostituzione dei restauri incongrui, inserimento dente mancante (4.6) e miglioramento della funzione masticatoria.

Descrizione delle procedure cliniche/chirurgiche

Terapia causale parodontale, istruzioni di igiene orale, cure conservative. Rivalutazione: FMPS 2%, FMBS 10%, 6 siti (4%) con tasca maggiore di 4mm, 4 con sondaggio superiore a 7mm. La mobilità di 47 si è ridotta. 9 siti con forcazione sondabile (32%). Terapia rigenerativa su 4.7 con tecnica MIST (Cortellini e Tonetti 2007), con preservazione di papilla semplificata tra 47 e 48 e incisione crestale mesiale a 4.7. Difetto a tre parete. Si applica, oltre all'amelogenina, un filler in osso bovino per dare sostegno al lembo a livello della forcazione. Lembo a riposizionamento apicale con cuneo distale per ridurre il sondaggio distale a 1.7. Inserimento impianto sede 4.6 e sua protesizzazione. Terapia di supporto parodontale con cadenza trimestrale nel primo anno dopo la terapia rigenerativa.

Risultati

A 4 anni dall'inizio della terapia l'obiettivo primario del controllo della malattia parodontale è stato raggiunto. FMBS 1%, FMPS 1%, 1 solo sito con sondaggio >4mm (4.7 5mm) e 7 siti con forche sondabili. Su 4.7 la riduzione del PD è avvenuta con guadagno di CAL e minimo aumento della recessione vestibolare. Permane la forca di 3° grado. Su 1.7 la riduzione del sondaggio è avvenuto con aumento della recessione, radiograficamente si osserva una rimineralizzazione delle fibre inserite sul fondo della tasca. L'elevato livello di collaborazione del paziente, inserito in un programma di TPS con richiami quadrimestrali, è uno dei fattori che hanno permesso di raggiungere questo risultato e costituisce una garanzia per il mantenimento dei risultati nel tempo.

SESSIONE PREMIO GIORGIO VOGEL 2018

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SidP

RIGENERATIVA PARODONTALE

Federico Deli *Reparto di Parodontologia, CIR Dental School, Università di Torino*

Valutazione clinica/diagnosi

Il paziente si presenta alla nostra attenzione lamentando fastidio e difficoltà alla masticazione, aumentata mobilità di alcuni elementi dentari e alitosi. Paziente di 50 anni non fumatore, in buone condizioni di salute sistemica. Alla valutazione di Baseline il paziente presenta elevate quantità di placca e tartaro con diffusa infiammazione, sanguinamento, mobilità e suppurazione. Entrambi FMPS e FMBS, sono intorno all'80% e quasi la metà dei siti presentano una profondità di sondaggio maggiore/uguale a 4mm. I molari superiori di entrambe le emi-arcate presentano coinvolgimento alla forzazione e un certo grado di mobilità. Sulla base dei parametri clinici registrati al Baseline il paziente è stato diagnosticato con una "Parodontite cronica severa generalizzata" in accordo alla classificazione dell'AAP.

Obiettivi del trattamento

Nel corso di 2 settimane, sono state eseguite sedute di SRP ed è stata sottolineata l'importanza dell'igiene orale domiciliare, verificandone l'efficacia ad ogni appuntamento. La terapia canale per trattare la lesione endo-parodontale a carico dell'elemento 2.5 è stata inoltre eseguita. L'analisi occlusale per eliminare possibili traumi è stata effettuata e controllata durante tutta la durata del trattamento. Alla rivalutazione della terapia non-chirurgica effettuata 8 settimane dopo l'ultima sessione di SRP, la situazione parodontale è apparsa notevolmente migliorata con riduzione di tutti gli indici parodontali patologici. La terapia chirurgica è stata successivamente pianificata, ove reputato necessario, per diminuire il rischio di recidiva e progressione della malattia.

Descrizione delle procedure cliniche/chirurgiche

In sede 1.1 la scelta terapeutica è stata una chirurgia di tipo rigenerativo parodontale. Un approccio Single Flap è stato reputato opportuno. Incisioni di rilascio hanno garantito maggior accessibilità al difetto. A seguito della degranulazione, il difetto si è presentato con una componente infraossea principalmente a due pareti che raggiungeva e superava l'apice del dente. Data la natura poco contenitiva e l'assenza della corticale vestibolare è stata reputata necessaria una combinazione di membrana biorassorbibile, amelogenine e sostituto osseo. Un prelievo di tessuto connettivo autogeno è stato effettuato per aumentare lo spessore e la qualità dei tessuti molli marginali. Suture con filo 6.0 in e-PTFE. Splintaggio extracoronale a fine chirurgia per garantire massima stabilità

Risultati

Controlli settimanali con polishing coronale e controllo locale della placca sono stati effettuati nelle prime settimane e poi con decorrenza mensile. All'ultimo controllo, clinico e radiografico effettuato a 6 mesi, si può apprezzare come la terapia rigenerativa abbia portato un miglioramento di tutti i parametri. Clinicamente i sondaggi si sono ridotti e radiograficamente è apprezzabile la presenza di materiale radiopaco all'interno del difetto. Si può apprezzare inoltre il miglioramento della qualità e quantità dei tessuti molli cheratinizzati marginali all'elemento. All'ultimo controllo la vitalità dell'elemento diagnosticata tramite test termico del freddo, è risultata ancora positiva.

SESSIONE PREMIO GIORGIO VOGEL 2018

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SidP

TRATTAMENTO DI DIFETTI INFRAOSSEI PROFONDI MEDIANTE RIGENERAZIONE PARODONTALE

Gian Marco Piccoli *Reparto di Parodontologia, CIR Dental School, Università di Torino*

Valutazione clinica/diagnosi

Donna di 56aa, casalinga si presenta alla mia osservazione lamentando dolore, ascessi gengivali ricorrenti nel II quadrante e mobilità dentale. ASA I, non fumatrice, con familiarità alla Malattia Parodontale. In base al sondaggio parodontale completo e allo Status Radiografico Endorale è stata fatta diagnosi di Parodontite Cronica generalizzata severa. Elementi 2.3 e 2.5 presentavano profondità di sondaggio severe associate a sanguinamento e suppurazione. Radiograficamente erano identificabili difetti verticali profondi e radiotrasparenza periapicale a livello dell'elemento 2.5. Per l'elemento 2.5, trattato endodonticamente con lesione cariosa secondaria, è stata diagnosticata una lesione endoparodontale combinata. Gli elementi 2.3 e 2.4 rispondevano positivamente ai test di vitalità.

Obiettivi del trattamento

Controllo dell'infezione sopra e sottogengivale mediante riduzione degli indici di placca e sanguinamento.

Descrizione delle procedure cliniche/chirurgiche

La paziente è stata sottoposta a terapia eziologica. Gli ascessi parodontali sono stati trattati mediante terapia farmacologica e successiva strumentazione meccanica. L'elemento 2.5 è stato ritrattato endodonticamente e ricostruito. Dopo 6 mesi è stata pianificata una chirurgia parodontale rigenerativa. È stata eseguita un'incisione secondo Takey mesiale al 2.3 e un'incisione secondo preservazione di papilla semplificata sul 2.5 considerando le morfologie dei difetti. È stato sollevato un lembo muco-periosteale per visualizzare i difetti che sono stati degranulati tramite strumenti manuali e ultrasonici. I difetti sono stati riempiti con osso eterologo associato a membrana riassorbibile in collagene stabilizzata con pin in titanio. È stata eseguita una sutura a punti staccati in ePTFE 5-0.

Risultati

A distanza di 2 anni la profondità di sondaggio si è ridotta da 13 a 3 e da 15mm a 5 mm rispettivamente per gli elementi 2.3 e 2.5 con minima recessione dei tessuti molli. La suppurazione e il sanguinamento sono completamente scomparsi. A livello radiografico è osservabile un completo riempimento dei difetti. Il monitoraggio della vitalità dell'elemento 2.4 ha comportato il suo trattamento endodontico mentre il 2.3 è rimasto positivo al test di vitalità. La paziente si considera soddisfatta del trattamento eseguito e per motivi economici non ha ancora provveduto alla protesizzazione degli elementi trattati endodonticamente.

SESSIONE PREMIO GIORGIO VOGEL 2018

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SidP

DIAGNOSI E TRATTAMENTO DI UNA LESIONE PARODONTALE ISOLATA ASSOCIATA A GROOVE PALATALE RADICOLARE (PRG)

Beatrice Zotti *IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano*

Alice Alberti *IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano*

Stefano Corbella *IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano*

Valutazione clinica/diagnosi

La paziente, donna di 49 anni, si presenta riferendo un episodio ascessuale a carico dell'elemento 1.2 poi regredito dopo terapia antibiotica. All'esame clinico l'elemento 1.2 presenta un sondaggio puntiforme (PPD) di 13 mm sul versante disto-palatale; negli altri siti il sondaggio risulta inferiore a 4 mm. L'elemento non è mai stato trattato endodonticamente e non presenta restauri di tipo conservativo. La paziente riferisce un lieve episodio traumatico avvenuto mesi prima a livello del gruppo frontale, privo poi di ulteriori sequele. La paziente si presenta portando con sé un esame radiografico CBCT e una OPT eseguiti mesi prima. Si esegue una radiografia endorale periapicale evidenziando un difetto infraosseo profondo a livello di 1.2. L'esame CBCT conferma la presenza del difetto.

Obiettivi del trattamento

Il trattamento pianificato (approccio chirurgico rigenerativo) ha avuto come obiettivo la chiusura della tasca parodontale e la rigenerazione del tessuto osseo di supporto perduto, mantenendo la vitalità dell'elemento dentale e rimuovendo, per quanto possibile, il groove radicolare.

Descrizione delle procedure cliniche/chirurgiche

Previa anestesia plessica con Articaina 4% + adrenalina 1:200.000 si allestisce un lembo palatale, preservando la papilla tra 1.1-1.2 e tra 1.3-1.4; tra 1.2-1.3 si esegue un'incisione a spessore completo della papilla. Dopo il sollevamento del lembo, si evidenzia la presenza di un groove palatale radicolare associato ad un difetto osseo profondo. Il groove viene rimosso con l'utilizzo di una fresa diamantata a grana fine e viene eseguito il debridement del difetto. Viene posizionata una sutura a livello della papilla, senza chiudere il nodo, e condizionata la superficie radicolare con EDTA al 24% per 2 minuti. Dopo lavaggio viene applicata una soluzione contenente amelogenine (Emdogain, Straumann AG, Basilea, Svizzera). Viene chiuso il nodo e vengono suturate le papille adiacenti.

Risultati

Già a distanza di 6 mesi dall'intervento si evidenzia la risoluzione radiografica del difetto e un sondaggio parodontale fisiologico (inferiore ai 3 mm). Successivi controlli clinici e radiografici confermano la risoluzione del caso.

SESSIONE PREMIO GIORGIO VOGEL 2018

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SidP

TRATTAMENTO RIGENERATIVO DELLA PERIMPLANTITE ASSOCIATO A IMPLANTOPLASTICA

Francesco Azzola *Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche Chirurgiche e Odontoiatriche, Clinica Odontostomatologica, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano*

Nicolò Cavalli *Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche Chirurgiche e Odontoiatriche, Clinica Odontostomatologica, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano*

Paolo Morandi *Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche Chirurgiche e Odontoiatriche, Clinica Odontostomatologica, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano*

Clotilde Isabella Roberta Austoni *Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche Chirurgiche e Odontoiatriche, Clinica Odontostomatologica, IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano*

Alessandro Campiotti *Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche Chirurgiche e Odontoiatriche, Clinica Odontostomatologica, IRCCS Istituto Ortopedico, Milano*

Davide Spasari *Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche Chirurgiche e Odontoiatriche, Clinica Odontostomatologica, IRCCS Istituto Ortopedico, Milano*

Bruno Barbaro *Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche Chirurgiche e Odontoiatriche, Clinica Odontostomatologica, IRCCS Istituto Ortopedico, Milano*

Valutazione clinica/diagnosi

Paziente maschio di 67 anni con riabilitazioni implantari in entrambe le arcate realizzate oltre 10 anni prima secondo il protocollo All-On-4, ex fumatore (cessato da 6 anni, 20 sigarette al giorno), iperteso in terapia con antagonista dei recettori dell'angiotensina. Lamenta sanguinamento durante l'igiene domiciliare e dolore localizzato nel quarto sestante. Il sondaggio e l'esame radiografico rivelano uno stato di mucosite diffusa su tutti gli impianti e di perimplantite a carico dell'impianto in zona 35, quest'ultima caratterizzata da un difetto infraosseo di 5 mm con perdita completa della parete vestibolare e conservazione della parete linguale.

Obiettivi del trattamento

Il primo obiettivo del trattamento è quello di ridurre lo stato infiammatorio delle mucose perimplantari in tutto il cavo orale attraverso terapia non chirurgica. Risolta la mucosite perimplantare è necessario risolvere la perimplantite a carico dell'impianto in zona 35 per eliminarne la tasca infraossea. Data la morfologia del difetto, angolare e parzialmente contenitiva, ciò può essere ottenuto attraverso un approccio chirurgico rigenerativo.

Descrizione delle procedure cliniche/chirurgiche

La terapia causale viene eseguita con curette in teflon e air-polishing con eritritolo. Il trattamento chirurgico prevede lo scollamento di un lembo a spessore totale e la degranulazione del difetto; la decontaminazione dell'impianto si ottiene attraverso implantoplastica sulla porzione di superficie implantare accessibile e l'applicazione di una garza imbevuta con clorexidina 0,2% nella parte più profonda del difetto; successivamente esegue l'innesto di osso bovino deproteinizzato e l'applicazione una la membrana in collagene; la chiusura per prima intenzione si ottiene grazie a una sutura a punti staccati con filo in nylon 5-0. Immediatamente dopo l'intervento la protesi viene riposizionata.

Risultati

A distanza di 18 mesi il paziente ha mantenuto una buona igiene orale, all'esame clinico i tessuti molli perimplantari non presentano arrossamento o altri segni di infiammazione, i sondaggi riscontrati sono tutti inferiori a 4 mm; il controllo radiografico mostra la stabilità dell'innesto sia nella porzione di impianto trattata con implantoplastica che in quella non trattata.

SESSIONE PREMIO GIORGIO VOGEL 2018

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SidP

AUMENTO OSSEO ORIZZONTALE MEDIANTE “BONE LAMINA TECHNIQUE” MODIFICATA: RISULTATI ISTOLOGICI E CLINICI A DUE ANNI

Vincenzo Foti

Clinical evaluation/ Diagnosis

Claudia, 66 anni, non fumatrice, riferisce familiarità per malattia parodontale. Assenza di diabete e patologie immunitarie. All'esame obiettivo gli indici e i sondaggi evidenziano FMPS 38%, FMBS 33%, MPD 3.1 mm, MAL -3.5 mm, recessioni gengivali multiple di classe 1 e 2 di Miller. I sondaggi patologici riguardano il 25 % dei siti. Nel secondo quadrante, distalmente all'elemento naturale 2.4 è presente edentulia con accentuata concavità del piatto buccale. Mobilità in direzione corono-apicale dell'elemento 3.7 con forzazione di grado 3. Alla CBCT in sede 2.5 e 2.6 le sezioni trasversali e le immagini 3d evidenziano atrofia ossea vestibolare, di aspetto concavo, con spessore crestale di 4 mm. DIAGNOSI: Parodontite cronica localizzata di grado moderato. Atrofia buccale del secondo quadrante.

Treatment goals

Trattamento non chirurgico della parodontite ed estrazione dell'elemento 3.7 compromesso. Inserimento di due impianti in regione 2.5 e 2.6 contestualmente ad aumento osseo orizzontale per prevenire l'esposizione di spire implantari, la recessione dei tessuti molli e il rischio di una futura peri-implantite. Riabilitazione protesica in lega aurea e ceramica a 9 mesi dalla chirurgia ricostruttiva. Mantenimento parodontale semestrale.

Description of clinical/surgical procedures

Incisione crestale con elevazione di lembi a tutto spessore e passivazione immediata per valutare l'efficace chiusura della ferita chirurgica. Dopo il posizionamento di 2 impianti diam. 3.75 mm (ShapeOne, I-Res Group) e l'esecuzione di fori di decorticazione vestibolare, una miscela di fibrina sigillante (Tisseel, Baxter) e osso eterologo collagenato (Gen-Os, OsteoBiol) è stata incollata sulla concavità ossea. Una lamina corticale eterologa (Lamina Soft, OsteoBiol) è stata fissata sull'innesto e sulle pareti ossee mediante fibrina sigillante senza suture o pins. Suture 5/0 a materasso orizzontale con monofilamento di polipropilene hanno concluso l'intervento. Dopo 6 mesi, al rientro, è stato effettuato un prelievo per esame istologico e dopo 3 mesi un restauro in lega aurea e ceramica.

Clinical outcomes

A 6 mesi dalla chirurgia è presente convessità del piatto buccale in sostituzione della concavità iniziale. La CBCT evidenzia guadagno osseo orizzontale di 4.05 mm con una corticale ben rappresentata. L'esame istologico dimostra una particella di biomateriale in intimo contatto con osso neoformato mineralizzato e con una matrice di tessuto osteoide in fase di mineralizzazione periferica al cui interno sono visibili osteoblasti attivi e vasi neoformati. Assenza di necrosi e cellule infiammatorie. A 2 anni dal carico protesico non si rilevano recessioni peri-implantari. Gli indici e i sondaggi parodontali e peri-implantari sono nei limiti della norma. Un nuovo esame CBCT dimostra il mantenimento volumetrico della ricostruzione ossea e la stabilità del tessuto osseo marginale peri-implantare.



SESSIONE PREMIO GIORGIO VOGEL 2018

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SidP

GBR PROTESICAMENTE GUIDATA

Pietro Perna *libero professionista Portici NA*

Valutazione clinica/diagnosi

La PZ 58 anni si presenta alla mia osservazione con un ascesso inf. Dx. Da un ex endorale si evidenzia la presenza di una lama di linkow con un estesa peri-implantite .

Obiettivi del trattamento

Rimozione chirurgica della lama per far guarire i tessuti. Adeguata dima chirurgica per un Vertical Ridge Augmentation e contestuale posizionamento di due impianti

Descrizione delle procedure cliniche/chirurgiche

L'intervento può essere adeguatamente eseguito solo dopo aver passivato i lembi per garantire copertura di membrana non riassorbibile con sottostante innesto osseo e impianti endossei.

Risultati

Dopo circa nove mesi è stata eseguita la fase chirurgica,rimossa membrana e applicati pilastri di guarigione. Dopo circa un mese rilevato impronta per finalizzare con due molari su due impianti.

SESSIONE PREMIO GIORGIO VOGEL 2018

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SidP

CHIRURGIA OSSEA RESETTIVA CON PRESERVAZIONE DI FIBRE PER IL TRATTAMENTO DI DIFETTI PARODONTALI INFRAOSSEI POCO PROFONDI E MOLARI CON COINVOLGIMENTO DELLE BIFORCAZIONI

Filippo Citterio *C.I.R. Dental School – Dipartimento di Parodontologia, Torino*

Valutazione clinica/diagnosi

La paziente, una donna in pensione di allora di 62 anni di età, si presenta alla mia attenzione, presso il reparto di parodontologia della Dental School di Torino lamentando sanguinamento gengivale diffuso, migrazione dentale, mobilità su molti elementi e dolore in corrispondenza degli elementi 16 e 26. La paziente riferisce di aver fumato più di un pacchetto di sigarette al giorno per 25 anni e di aver smesso nel 2001, anno in cui ha sofferto di infarto acuto del miocardio. L'igiene orale è inadeguata (FMPS = 75.6%) e l'infiammazione è generalizzata (FMBS = 66.1%). Al momento della prima visita sono presenti 31 denti, tutti con almeno un sito con profondità di sondaggio uguale o superiore a 4 mm. 47 tasche sono superiori a 6 mm. La diagnosi è di parodontite cronica severa generalizzata.

Obiettivi del trattamento

L'obiettivo del trattamento è stato quello di controllare l'infiammazione ed arrestare la progressione della patologia e quindi portare gli indici FMPS e FMBS al di sotto del 20% e ridurre le tasche presenti. Sono stati estratti gli elementi 16 e 26 affetti da lesioni endodontiche (assenza di risposta a test di sensibilità) e parodontali (PPD \geq 6 e biforcazioni con coinvolgimento di 3° grado) e l'elemento 48 estruso, compromesso e senza antagonista. Successivamente durante la terapia chirurgica l'obiettivo era quello di ridurre ulteriormente il FMBS e il n. di tasche per arrestare la progressione della malattia e di trattare gli elementi con biforcazioni coinvolte al fine di favorire il ristabilimento di un'anatomia compatibile con il mantenimento della salute parodontale a lungo termine.

Descrizione delle procedure cliniche/chirurgiche

Il 6° sestante è stato trattato con una chirurgia ossea resettiva con preservazione di fibre. La chirurgia è stata estesa fino al 43. L'incisione vestibolare è stata intrasulcolare sui premolari e paramarginale sui molari. Sul lato linguale è stata paramarginale. Due incisioni verticali di rilascio sono state eseguite mesialmente al 43. Il lembo vestibolare è stato scollato a mezzo spessore, quello linguale a spessore totale. L'anatomia positiva è stata ristabilita utilizzando come punto di riferimento le fibre ancora sopracrestali inserite. La lesione alla forcazione dell'elemento 47 è stata trattata per mezzo di odontoplastica linguale, quella di 46 con una tunnelizzazione. La sutura prevedeva punti staccati ancorati al periostio a materassaio esterno verticale.

Risultati

Un anno e mezzo dopo la chirurgia il sestante non presenta tasche superiori o uguali a 4 mm. Il sanguinamento è stato considerevolmente ridotto e l'igiene domiciliare facilitata dall'apertura dello spazio a livello della biforcazione di 46. La biforcazione di 47 sul versante linguale è passata da un secondo a un primo grado ed è quindi più facilmente mantenibile in condizioni di salute. Durante la guarigione, i tessuti molli hanno mostrato un discreto rebound in senso coronale. A livello radiografico la rimineralizzazione della lamina dura è indice di salute e stabilità parodontale così come l'assenza di sanguinamento nella quasi totalità dei siti trattati.

SESSIONE PREMIO GIORGIO VOGEL 2018

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SidP

PERIO-ESTETICA: TRA NECESSITÀ E RICHIESTE DEL PAZIENTE

Carlo De Annuntiis, *Roma* – Giorgio De Annuntiis, *Roma*

Valutazione clinica/diagnosi

Sonia, di anni 44 ed in buona salute generale, giunge alla nostra osservazione con la richiesta di migliorare l'estetica del suo sorriso. L'esame PSR consiglia però di approfondire la diagnosi parodontale dalla quale emerge un quadro di parodontite cronica generalizzata di grado avanzato in particolare nel settore estetico cui fa riferimento la paziente.

Obiettivi del trattamento

L'obiettivo del trattamento è dunque quello di integrare la RICHIESTA della paziente con la NECESSITÀ di una preventiva cura parodontale.

Descrizione delle procedure cliniche/chirurgiche

Dopo aver effettuato terapia parodontale non chirurgica, si è palesata la necessità di intervenire chirurgicamente sulle tasche residue del settore incisivo superiore. L'approccio chirurgico scelto è stato di tipo rigenerativo, con l'utilizzo di amelogenine e di sostituto osseo eterologo. È seguito un periodo di guarigione della ferita chirurgica, di maturazione dei tessuti, di temporizzazione tramite corone in resina per poi finalizzare il lavoro tramite faccette e corona in disilicato di litio.

Risultati

Con un approccio multidisciplinare abbiamo potuto raggiungere entrambi i risultati proposti all'inizio, ossia quello di accontentare la richiesta estetica della paziente ma solo dopo aver risolto la necessità di salute parodontale. I risultati iconografici e radiografici mostrano un follow-up al momento a 2 anni.

SESSIONE PREMIO GIORGIO VOGEL 2018

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SidP

TERAPIA CHIRURGICA PARODONTALE

Maria Di Martino *libero professionista Svizzera, Università Vita e Salute San Raffaele Milano*

Valutazione clinica/diagnosi

- Parodontite cronica localizzata severa #11-12: difetto infraosseo tipo cratere (Papapanou & Tonetti 2000) - Eruzione passiva alterata #13 e #21-23 Tipo IB (Garber & Salama 1996) 2011 - Visita iniziale: la paziente è preoccupata per lo stato infiammatorio persistente degli incisivi #11-12. Ha subito un trattamento ortodontico dal 1992-95. I parametri di sanguinamento al sondaggio e igiene orale registrati sono FMBS =23% e FMPS= 20%. A causa di vicissitudini personali, tralascia il problema e decide di non sottoporsi ad alcun trattamento, nonostante le raccomandazioni e spiegazioni fornitele. 2014 - si ripresenta ben consapevole di aver sottovalutato il problema. La prognosi dei due elementi dentali è peggiorata di molto rispetto a 3 anni precedenti passando da incerta a infausta.

Obiettivi del trattamento

Ripristinare lo stato di salute parodontale (#11-12) Migliorare l'estetica del sorriso.

Descrizione delle procedure cliniche/chirurgiche

2013 - Terapia parodontale non chirurgica. Rivalutazione parodontale: FMBS < 15%, FMPS < 12%. Buona compliance e motivazione. 2014 - Fase I: Chirurgia parodontale rigenerativa sede #11-12 (Zucchelli, de Sanctis e coll. 2003) Terapia di mantenimento con seduta di igiene professionale ogni 4 mesi e monitoraggio della guarigione. 2017 - Fase II: Chirurgia parodontale: - Lembo posizionato apicalmente degli elementi #13 e #21-23 (Cairo e coll. 2012) - Tecnica a "tunnel modificato" a livello della papilla interdentale #11-12 (Azzi & Etienne 1998, Aroca & Etienne 2010). 2018 - Terapia di mantenimento a intervallo semestrale.

Risultati

FMBS < 12% e FMPS

SESSIONE PREMIO GIORGIO VOGEL 2018

Rimini, 15 marzo 2018

XX CONGRESSO NAZIONALE SidP

TRATTAMENTO CHIRURGICO PARODONTALE NEL GIOVANE PAZIENTE CON PARODONTITE CRONICA LOCALIZZATA

Daniele Fusco, *libero professionista Latina*

Carmine Porciello *libero professionista Marigliano NA*

Maurizio Mazzella *libero professionista Bacoli NA*

Valutazione clinica/diagnosi

paziente D.S.N, anni 34, donna imprenditrice. Nulla di rilevante dall'anamnesi medica effettuata in prima visita. La paziente si reca nel nostro studio in quanto nota un sanguinamento gengivale eccessivo. Riferisce di aver effettuato l'ultima seduta di igiene professionale un anno fa, dichiara di non aver mai effettuato terapie parodontali e ortodontiche. La paziente riporta di avere familiari con storia di perdita precoce di elementi dentari. Non fuma attualmente: ex fumatrice da 5 anni Spazzola i denti 3 volte al giorno utilizzando uno spazzolino medio e raramente il collutorio. La paziente rispecchia un profilo psicologico molto positivo ,ricettivo e collaborante. Diagnosi: Parodontite cronica localizzata di grado moderato.

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 ai 4mm. Miglioramento dello stato attuale della forcazione di II grado del 4.6.

Descrizione delle procedure cliniche/chirurgiche

chirurgia parodontale d'accesso nei sestanti che in rivalutazione non hanno raggiunto fisiologici valori dei parametri parodontali (1S e 6S), si eseguirà l'ex del 4.8 Nel 1S e' stata effettuata un incisione para marginale nel versante vest. ed un lembo assottigliato nel versante pala. paramarginale, è stata praticata la degranulazione del difetto mantenendo in sede le fibre parodontali inserite con levigatura radicolare. Il lembo è stato suturato con tecnica a materassaio verticale. La ch nel 6S è stata effettuata un incisione intrasulculare con estensione distale per effettuare l'ex del 4.8. Levigatura delle radici e del difetto della forca del 4.6 Il lembo è stato suturato con tecnica a materassaio verticale in zona 4.6 e con sutura a punti staccati in zona 4.8.

Risultati

Il caso in esame ha ottenuto risultati dopo la terapia parodontale non chirurgica e quella chirurgica con approccio minimamente invasivo, in linea con quanto riportato in letteratura . Essendo la paziente non fumatrice, con ottimo controllo di placca gengivale e con profondità di sondaggio mai superiori ai 5mm al baseline e con interessamento della forcazione di II grado del 46 si è potuto prevedere una probabilità alta di chiusura dei difetti parodontali ed una variazione del grado della formazione da II a I grado. Il controllo finale a 18 mesi mostra un miglioramento degli effetti del trattamento chirurgico legati probabilmente alla maturazione dei tessuti

SESSIONE PREMIO GIORGIO VOGEL 2018

Rimini, 15 marzo 2018
XX CONGRESSO NAZIONALE SidP

TRATTAMENTO PERIO-RESTAURATIVO DI ERUZIONE PASSIVA ALTERATA E RIASSORBIMENTO ESTERNO IN PAZIENTE CON ELEVATE ESIGENZE ESTETICHE

Eugenio Longo, *Università degli Studi di Genova*

Valutazione clinica/diagnosi

La paziente, 23 anni, non fumatrice, in buono stato di salute generale (ASA 1), presenza di tutti gli elementi dentari nei quattro quadranti, nessun trattamento restaurativo o endodontico, si presentava alla nostra attenzione per un fastidio nella zona dell'elemento 2.2; dall'esame clinico si rilevava presenza di una forma di eruzione passiva alterata di tipo 1 nell'arcata superiore con un invaginazione di tessuto gengivale in sede vestibolare 2.2; si decideva di eseguire solo una rx periapicale sempre in sede 2.2, la quale evidenziava una zona di radio-trasparenza associabile a un riassorbimento esterno; un test di vitalità eseguito con crio spray evidenziava la vitalità dell'elemento 2.2. Fu eseguita una CBCT per valutare la profondità ed estensione del riassorbimento.

Obiettivi del trattamento

Data la volontà della paziente di migliorare l'effetto estetico del sorriso e la presenza in sede sub-gengivale della lesione sul 2.2, abbiamo proposto il trattamento dell'eruzione passiva alterata mediante chirurgia parodontale resettiva il quale ci avrebbe consentito sia di migliorare l'estetica del sorriso della paziente sia di accedere alla lesione (dopo averne verificato l'estensione e la profondità in CBCT), potendola quindi isolare e procedendo con le manovre adesive che ci avrebbero consentito di effettuare un restauro diretto in composito; la paziente fu avvertita della possibilità di un eventuale trattamento endodontico del 2.2.

Descrizione delle procedure cliniche/chirurgiche

Sulla base delle misurazioni delle altezze delle corone anatomiche sia tramite guida di Chu sia attraverso l'osservazione in CBCT, fu prodotta una mascherina per guidare il disegno del lembo primario ad appoggio oclusale corrispondente alle reali dimensioni delle corone anatomiche. Dopo anestesia infiltrativa, la mascherina veniva posizionata grazie a degli stop oclusali e il lembo disegnato. Dopo aver eliminato il lembo secondario, veniva elevato un lembo a tutto spessore e dopo aver seguito osteoplastica e ostectomia lo stesso veniva riposizionato suturato con suture in vycril 6-0. A questo punto la lesione sul 2.2 veniva isolata e trattata con restauro diretto in composito. Le suture venivano rimosse dopo una settimana e la paziente ricontrollata a 2, 4, 6 e 8 mesi.

Risultati

A 8 mesi la situazione clinica si presentava con una buona integrazione estetica-tissutale del restauro sull'elemento 2.2 e con una festonatura gengivale armonica, ben rappresentata e tessuti privi di infiammazione; l'elemento 2.2 si presentava ancora vitale e la rx periapicale ad 8 mesi non evidenziava nessun segno di sofferenza apicale. La soddisfazione estetica della paziente era molto elevata già a 2 mesi dalla chirurgia e la stessa riferiva di non aver avuto nessun dolore o episodio avverso nell'arco degli 8 mesi successivi all'intervento. Il caso, eseguito in gennaio 2017, ha ormai un anno e attendiamo a breve (fine febbraio) di ricontrollare la paziente e avere una documentazione clinica più recente ed un follow-up più lungo che ci auguriamo di poter mostrare.