



SPAZIO CLINICA - PREMIO "C. CEVENINI"

Terapia parodontale non chirurgica in un paziente trattato con approccio interdisciplinare

Chiara Rendina§*, Elena Andolfi§*, Chiara Galano§, Marino Musilli#°, Guerino Paolantoni#*

§Igienista Dentale; #Odontoiatra

*Pratica Privata Studio dentistico Dr. Guerino Paolantoni, Napoli

°Pratica Privata Studio dentistico Dr. Marino Musilli, Salerno

Presentiamo il caso di un paziente di 41 anni, giunto alla nostra osservazione nel 2020. Riferiva sanguinamento gengivale spontaneo e mobilità a carico di alcuni denti, in special modo del 2.1 che gli impediva le corrette manovre di igiene domiciliare e creava un disagio nella masticazione. Presentava buona salute generale, familiarità per la malattia parodontale, e non era consapevole di avere problemi parodontali. (Loos B.G. et al. 2020 Periodontol 2000). La diagnosi effettuata è stata di parodontite severa Stadio IV Grado C generalizzata. All'esame intraorale mostrava parametri di complessità locale quali disfunzione masticatoria dovuta a trauma oclusale secondario e mobilità degli incisivi superiori (3° "Miller 1950"/ M3 "Ramfjord 1980" dell'elemento 2.1; 2°/M2 di 1.1 e 1.2) che impediva la funzione, la capacità di detergere e masticare. Erano presenti due lesioni ascessuali; a carico del 2.1 buccale, di natura endo-paro, essendo l'elemento necrotico e a carico del 4.3, da ricondurre ad un problema parodontale. Il paziente al baseline presentava 149 tasche (86 4mm=PD=6mm e 63=7mm, 91 su denti monoradicolti e 58 su pluriradicolti) con indici di FMPS e di FMBS pari al 49% e 84%.

Vista la complessità del caso si è proceduto ad una valutazione interdisciplinare che ha coinvolto anche l'endodontista e l'ortodontista, al fine di stabilire la strategia terapeutica più appropriata. La tempistica ha previsto, dopo una prima decontaminazione sopragengivale (Step 1), il trattamento endodontico e la stabilizzazione dell'elemento 2.1 con mobilità ingravescente, mediante uno splint vestibolare, per ridurre il trauma oclusale secondario caratterizzato da un fremito in centrica, facilitare l'esecuzione delle manovre di igiene orale al paziente e ridurre il disagio masticatorio. Successivamente, al fine di ottenere il controllo degli indici infiammatori e ridurre il maggior numero di tasche possibile, si è proceduto con la strumentazione sottogengivale (Step 2) (Sanz M. et al 2020 J. Clin Periodontol). Attenzione particolare è stata posta alla strumentazione e decontaminazione del 2.1, che inizialmente ha interessato solo la porzione più coronale del difetto.

Prima visita: PSR e diagnosi di Parodontite (30 min). Dopo 7 giorni: Approfondimento diagnostico per effettuare la raccolta di tutti gli indici parodontali e classificare il caso di parodontite associato alla valutazione Interdisciplinare (2 ore complessive). Dopo 7 giorni: Step 1- Motivazione all'igiene, controllo dei fattori di rischio e strumentazione sopra-gengivale (60 min). Dopo 2 giorni: Terapia endodontica del 2.1 (60min) e applicazione splint provvisorio rigido vestibolare da 1.3 a 2.3 (30min). Dopo 7 giorni: Step 2 - 1° app.to di Strumentazione sottogengivale in approccio Full Mouth (120 min) Dopo 3 giorni: Step 2 - 2° app.to di Strumentazione sottogengivale in approccio Full Mouth (120 min). Dopo 90 giorni: Rivalutazione Parodontale (30 min). Dopo 7 giorni: Rimozione Splint vestibolare e impronta per la realizzazione del bite

(45 min). Dopo 3 giorni: consegna del bite (15 min). Dopo 30 giorni: inizio Terapia di Supporto Parodontale con frequenza trimestrale stabilita in funzione del Profilo di Rischio (P.R.A.).

Vista la quantità di fattore eziologico presente la fase motivazionale si è espressa prevalentemente nell'istruire il paziente a modificare le sue abitudini di igiene orale. Attraverso l'utilizzo del rilevatore di placca, il paziente è stato aiutato a identificare le zone più compromesse, cioè i siti che presentavano tasche più profonde e anatomie più complesse, così da poter iniziare con le manovre di igiene domiciliare da queste zone. È stato consigliato l'utilizzo quotidiano di due misure differenti di scovolini dalla forma tronco-conica, scelte in funzione della dimensione degli spazi interprossimali, associati all'utilizzo dello spazzolino elettrico roto-oscillante. (José J Echeverría et al. 2019 *Periodontology* 2000 - Salzer S. et al. 2015 *J. Clin Periodontol* - Elkerbout T.A. et al. 2020 *Int. J. Dent. Hygiene*).

Dopo la prima rivalutazione a 3 mesi (Badersten A. et al. 1984 *J. Clin Periodontol*), sono stati raggiunti gli obiettivi di riduzione del numero di tasche PD=4mm da 149 a 4, e degli indici di infiammazione FMPS e FMBS rispettivamente all' 8% e 5% (Loos B.G. et al. 2020 *J. Clin Periodontol*). Grazie al raggiungimento di tali obiettivi si è ottenuta una riduzione della mobilità aumentata presente inizialmente. Il paziente è entrato quindi in Terapia Parodontale di Supporto con frequenza trimestrale, stabilita in funzione del Profilo di Rischio (Lang N.P. Tonetti 2003 *M.S. Oral Health & Prev Dent*).