



Puntuali iniziano i lavori del Corso di aggiornamento di maggio della Società, il Presidente Dott. Nicola M. Sforza dà il benvenuto ai Soci e chiama sul palco i due Coordinatori, il Dott. Alberto Fonzar e il Prof. Cristiano Tomasi; nessuna specifica introduzione se non il senso che i due mattatori hanno voluto dare alle due giornate: fare una articolata disanima dell'argomento lesione della biforcazione, intendendola non come difetto isolato a carico di un molare bensì vista in un contesto più ampio ed articolato, quello caratteristico dei pazienti con parodontite di stadio III e IV.



I due Coordinatori chiamano il gruppo dei cinque relatori sul palco: il Prof. Nicola Discepoli, la Dott.ssa Silvia Masiero, la Dott.ssa Silvia Musella, il Dott. Guerino Paolantoni e il Professore dell'Università di Gotheborg Jan Derks. I quattro relatori italiani, tre Odontoiatri e una Igienista dentale, rimarranno sul palco, alternandosi nell'esposizione del programma, per tutta la durata del corso. Il Professor Derks invece riconquisterà il podio nel pomeriggio.



Il programma subisce una variazione nei tempi e nella sequenza degli argomenti ma non nei contenuti: infatti i relatori, portando un caso clinico come trade union dell'intero percorso didattico iniziano la mattinata presentando il caso clinico di un paziente di cinquant'anni circa, affetto da parodontite di stadio IV, con grave perdita ossea diffusa alla totalità degli elementi dentari presenti e con evidenti lesioni a carico dei molari forcati.

Il caso clinico ben si presta ad essere portato ad esempio delle varie scelte terapeutiche, anche sulla base di un sondaggio che SIdP nei primi mesi dell'anno ha sottoposto ai suoi soci proprio alla richiesta di quale terapia il pubblico SIdP avrebbe scelto qualora avesse dovuto trattare il paziente preso in esame.

In questa prima presentazione che traghetta il pubblico presente in sala alla pausa di mezza mattina si alternano tutti e quattro i relatori; la Dott.ssa Masiero e la Dott.ssa Musella a descrivere il caso, le sue criticità, il suo preciso inquadramento diagnostico, i dati pre e post strumentazione non chirurgica e post retreatment; il dottor Paolantoni a inquadrare i fattori di rischio paziente e assieme a lui il Prof. Discepoli a concludere l'analisi dei fattori di rischio legati al dente e al sito.

Al rientro dalla pausa caffè dedicata anche alla visita degli stand delle Aziende sponsor SIdP, la Dott.ssa Masiero dedica la sua relazione alla diagnosi: con estrema precisione vengono descritte le classificazioni delle lesioni di forcazione: classificazione del difetto orizzontale (I-II-III), del difetto verticale (A-B-C), valutazione dell'accesso alla zona di imbocco della forcazione, presenza di recessione o meno, qualità della gengiva, lunghezza del tronco radicolare, divergenza di radice, difetto inter-proximale eventualmente presente. Successivamente viene centrato l'argomento richiesto da programma: come si da diagnosi di lesione delle biforcazioni? Basta la sonda parodontale o abbiamo bisogno di esami strumentali sofisticati?

La diagnosi di lesione della biforcazione è clinica e strumentale, basata sul sondaggio sia con sonda parodontale dritta millimetrata che con sonda parodontale curva o sonda di Nabers. Non è necessaria la CBCT per fare diagnosi di lesione della forcazione a T0. L'eventuale utilizzo dell'esame tridimensionale, eventualmente con un FOV piccolo può essere preso in considerazione per una valutazione del difetto nell'ottica di ottimizzare il piano di trattamento affinché sia parte di una terapia efficace e con un adeguato rapporto costo-beneficio.

La Dott.ssa Musella focalizza la sua relazione sullo step 1 di terapia per il controllo di placca nelle sedi molari, in particolare nelle sedi forcali: zone di difficile accesso soprattutto per i pazienti di età più avanzata: necessario che attraverso una adeguata comunicazione il paziente diventi un alleato, controlli il fumo se possibile, sia aderente e persistente nelle cure laddove la placca batterica all'interno dei difetti forcali ha caratteristiche alquanto parodonto-patogene.

La stessa Igienista dentale, assieme alla Dott.ssa Masiero interpretano il capitolo della terapia non chirurgica, da eseguirsi preferibilmente con strumenti ad ultrasuoni con inserti dedicati; scelta questa da prediligere per via della dimensionalità dell'imbocco della forcazione. Molto interessante l'aspetto inerente alla selezione di una strumentazione sito-specifica con inserti strutturalmente conformati per accedere in maniera efficace alla zona critica delle forcazioni, così quello relativo all'impatto del fattore "expertise" dell'operatore nell'esecuzione di tali procedure.



La terapia non chirurgica permette di convertire solo un numero limitato di forcazioni di II classe e ha una limitata efficacia nel medio lungo termine nel controllo della progressione delle lesioni di forca. Pertanto, in presenza di lesioni di forcazioni di Classe I la terapia non chirurgica è efficace, in caso di forcazioni di Classe II e III possibilmente vanno considerate opzioni diverse (step III di terapia).

Le dottoresse hanno descritto nel dettaglio gli step di trattamento identificati dalle linee guida attuali di trattamento delle parodontiti, evidenziando come nei casi di parodontiti più severe e nello specifico nei molari con coinvolgimenti forcali di II° e III° classe, la sola terapia non chirurgica presenti molti limiti nel raggiungimento dell'obiettivo di "chiusura della tasca e di conversione della forcazione "

Il Prof. Discepoli dedica il suo intervento alla analisi dei fattori che influenzano l'eventuale scelta chirurgica e che indirizzano il clinico in una scelta che si vorrebbe poter essere guidata da criteri riproponibili basati sui fattori di rischio paziente, dente e sito e sulla base delle caratteristiche anatomiche del molare interessato, nonché dalla condizione dei denti adiacenti e dalla situazione complessiva della Parodontite del paziente.

Segue l'intervento del Dott. Paolantoni che ha analizza nel dettaglio alcuni aspetti inerenti le valutazioni prognostiche dei molari forcati quali l'ipermobilità e il trauma oclusale, focalizzando l'attenzione sulla necessità in determinati casi, di ricorrere a procedure di stabilizzazione di tali elementi dentari per migliorarne la prognosi, ma soprattutto per consentire ai pazienti di eseguire le corrette manovre di igiene orale domiciliare.

Dopo il break, Discepoli e Paolantoni affrontano il tema relativo allo Step 3 di Terapia Parodontale ovvero, la chirurgia Correttiva, focalizzando l'attenzione su procedure conservative quali il lembo d'accesso, la tunnellizzazione e la chirurgia osseo-resettiva, definendone indicazioni e caratteristiche. Il lembo di accesso non fornisce alla sede trattata maggiori standard di guarigione nelle sedi forcali e va preso in considerazione solo in caso di necessità di terapia conservativa anche nelle sedi inter-prossimali dei denti interessati.

In chiave conservativa nell'arcata inferiore quando possibile è consigliato valutare la tunnellizzazione dei molari anche se questa terapia comporta un elevato rischio di carie nella sede del tetto del tunnel. Nell'arcata superiore la terapia conservativa del dente forcato può prendere in considerazione l'amputazione di una radice, consigliata quella della radice disto-vestibolare.

Più invasiva la terapia resettiva e di separazione delle radici che implica la necessità contestuale di terapia endodontica e protesica.

Questi interventi, si intervallano con i "live surgery" del Prof. Jan Derks, finalizzati alla dimostrazione delle tecniche di esecuzione di tali chirurgie: il professore svedese dell'Università di Goteborg mostra alla platea un lembo di accesso, una tunnellizzazione e una amputazione di radice e i video vengono commentati dai coordinatori e dai relatori del pomeriggio che si confrontano sulle caratteristiche del lembo da scolpire.



Dopo la giornata entusiasmante di venerdì i lavori riprendono alle 9 del sabato mattina con i nostri relatori e coordinatori.

All'inizio dei lavori del Sabato mattina viene completato il percorso sulle varie soluzioni chirurgiche nel trattamento dei denti con compromissione parodontale ed interessamento delle forcazioni.

Nicola Discepoli si occupa nella relazione iniziale dei trattamenti con chirurgia rigenerativa. Ribadita l'importanza dell'analisi multilivello paziente, dente, sito; vengono esposte le differenti tecniche rigenerative. Le indicazioni principali riguardano nel mascellare superiore le lesioni singole vestibolari, mentre a livello mandibolare le lesioni sia vestibolari che linguali.

Una volta ribadito come uno degli obiettivi del trattamento parodontale sia la gestione della forcazione, si sono analizzati nel dettaglio quali potessero essere i patterns ed i meccanismi di guarigione sia da un punto di vista istologico che clinico.

Le metodiche rigenerative analizzate sono: derivati della matrice dello smalto, sostitutivi ossei e membrane riassorbibili. Il dottor Discepoli chiarisce quali siano gli obiettivi della chirurgia rigenerativa e mostra la variabilità dei risultati negli studi animali tra le varie tecniche, dove sicuramente la combinazione delle varie metodiche determina i risultati migliori.

Viene dedicata particolare attenzione ai principali fattori prognostici: profondità di sondaggio, numero delle pareti del difetto, morfologia del difetto sia in senso orizzontale che verticale, mobilità dentale e altezza dell'osso inter-proximale.

Una particolare valutazione deve essere fatta anche sull'anatomia del dente da trattare in termini di divergenza radicolare, tronco radicolare e sulla gengiva in termini di biotipo.

La relazione prosegue con la spiegazione sui disegni dei lembi dove lo spazio interdentale determina la scelta della modalità di preservazione della papilla modificata (>2 mm) o semplificata (<2 mm).

In conclusione viene definito come in determinate e specifiche condizioni la procedura è efficace, anche se la chiusura della forca non può in assoluto essere considerata una metodica completamente predicibile.

Questa evenienza è spiegata con il complesso modello di guarigione di una forcazione che rende anatomicamente difficile la rigenerazione tissutale.

Con Rigenerazione tissutale guidata e amelogenine è possibile ottenere comunque una conversione da una forcazione di classe da 2 a 1 rispettivamente nel 52 e 86% dei casi.

La chirurgia rigenerativa se paragonata al lembo per accesso determina un miglioramento delle lesioni delle forcazioni significativo.

In generale è quindi una metodica indicata, previa analisi multilivello anche se non può essere considerata il gold standard e non ci sono molte evidenze nei difetti interproximali.

La relazione sulla chirurgia rigenerativa si è conclusa con l'esposizione da parte di Silvia Musella delle strategie operative nella gestione post-operatoria dei casi trattati con questa metodica.

Nicola Discepoli insieme a Guerino Paolantoni analizzano poi la preservazione dell'alveolo nei casi di estrazione degli elementi pluri-radicolati.



Il dato della survey denota come ci sia molta fiducia sulla preservazione del sito visto che quasi 1 su 2 ha risposto in tal senso.

I relatori una volta fatta una disamina della letteratura sui cambiamenti dimensionali dell'osso una volta estratto il dente sottolineano i principi biologici che lo regolano.

Viene analizzata la letteratura in termini di cambiamenti volumetrici della parete ossea buccale. Vengono inoltre valutati i tre modelli di guarigione: spontanea, preservazione dell'alveolo, inserimento immediato dell'impianto.

Un punto ben rimarcato dai relatori è la differenza della preservazione di un alveolo post-estrattivo integro rispetto ad un alveolo di un molare estratto con una estesa lesione parodontale come un dente con interessamento delle forcazioni.

Alla luce di tutte le considerazioni in un rapporto biologico di costo e beneficio vengono definite le indicazioni cliniche della procedura: riduzione dei costi biologici, cambiamento della struttura anatomica, semplificazione del piano di trattamento ricostruttivo implantare.

Viene inoltre differenziata la vera procedura di preservazione del sito alveolare post-estrattivo dai casi dove è eseguita una vera e propria rigenerazione contestuale all'estrazione.



Gli ultimi due argomenti della mattinata che precedono la discussione sono affidati alla dott.ssa Silvia Masiero e Silvia Musella e sono relativi ai fallimenti delle procedure e alla terapia di supporto.

L'analisi sui fallimenti, intesi quando la terapia non va come dovrebbe, viene affidata alla dott.ssa Silvia Masiero che parte dal dato di uno studio di Cortellini dove l'88% dei pazienti dichiara di voler mantenere i denti "hopeless".

Viene ribadita la complessità del trattamento dei denti con lesioni delle forcazioni dove la diagnosi e la terapia necessita di grandi abilità e di un team con esperienza. Sono proposti tre casi clinici partendo dalla situazione in cui la diagnosi non corretta e tempestiva determina un insuccesso.

Vengono inoltre presentate tutte le possibili complicanze in questi trattamenti: diagnosi tardiva, endodontiche, endo-parodontali, parodontali, fratture radicolari, carie recidive, decementazioni.

Le possibili cause di fallimento vengono analizzate anche associandole alle varie modalità di trattamento sottolineando la difficile modalità di mantenimento.

In anteprima alla fine della prima parte della mattinata il dottor Derks comunica alcuni dati preliminari su uno studio su larga scala sull'analisi di 3 milioni di molari ancora in corso.

L'ultimo argomento viene analizzato dalla dottoressa Masiero e dalla dott.ssa Musella ed è relativo alla terapia di supporto. Viene ribadita l'importanza della regolarità della terapia di

supporto personalizzando sulla base del profilo di rischio individuale. Sono presentati i dati relativi alle statistiche di complicanze sui molari durante TPS ed i fattori prognostici principali. Viene evidenziata come la diagnosi di partenza sia un indice importante per stabilire il successo a medio-lungo termine.

Sul trattamento durante la TPS dei denti con lesioni delle forcazioni la letteratura non fornisce una strategia superiore in termini di protocollo.

Viene sviluppato il concetto espresso da Mombelli “The art of dosing maintenance” dove vengono scomposti: il ruolo del paziente, del professionista, e della terapia di supporto “in senso stretto”.

In conclusione sono riportati i dati sulle forcazioni di classe 1 con sopravvivenza media a 20 anni del 90% dei denti trattati. Nei casi di classe 2 e 3 viene ribadita con fermezza che la diagnosi di queste situazioni non è una ragione per eseguire l'estrazione. L'esecuzione delle varie terapie e l'analisi finale dei vari livelli (paziente, dente, sito) andranno a determinare durante la TPS diversi approcci e risultati.

Durante la TPS è importante la personalizzazione delle manovre di igiene orale domiciliare per un'efficacia nel controllo di placca, l'utilizzo di fluoro per proteggere le aree di dentina esposta, l'esame clinico, fotografico, parodontale e radiografico costante.

Nel take home message finale vengono ribaditi i concetti salienti: la promozione della costanza nella TPS, la personalizzazione delle tecniche d'igiene orale domiciliare, la frequenza ogni 3 -4 mesi in accordo al profilo di rischio del paziente in termini di parametri parodontali e di carie. È inoltre raccomandato il trattamento specifico parodontale nelle varie situazioni, la fluorizzazione e il controllo della mobilità.

Viene infine proposta una check list della TPS con l'analisi di tutti i parametri da controllare ed eseguire durante le sedute.

Al termine dei lavori inizia una interessante e esaustiva discussione coordinata brillantemente dal dottor Tomasi e dal dottor Fonzar.

La prima parte della discussione viene impostata da Cristiano Tomasi che riporta alcune domande alle ultime due relatrici sulle tecniche di igiene orale domiciliare, sulla gestione delle recessioni vestibolari e sui vari presidi di igiene da consigliare. Si evince che la scelta degli strumenti deve ricadere su quelli che determinino i migliori risultati in termini di efficacia e scarsa invasività e si punta l'accento sulla tecnica prima ancora che sullo strumento utilizzato. La discussione si sposta poi sugli effetti tra infezione locale nei denti con interessamento delle forcazioni e salute sistemica. Derks sottolinea come la profondità della tasca sia comunque un elemento di rischio non certamente superiore in tal senso rispetto ad un impianto con tessuti infiammati. La dott.ssa Masiero rincarà la dose sottolineando l'importanza degli step 1 e 2 di terapia nel controllo e riduzione dell'infiammazione complessiva e conseguente riduzione del rischio di coinvolgimento sistemico.

Le domande sulla preservazione del sito estrattivo vengono affrontate concludendo come soprattutto nel sito infetto sia opportuno un atteggiamento di prudenza con il principale obiettivo che è la rimozione del tessuto infiammatorio. Nicola Discepoli ribadisce la differenza tra preservare alveoli integri o affetti da processi di riassorbimento.

Seguono domande sulla ipersensibilità post-operatoria e un'interessante osservazione del dott. Gianfranco Carnevale – dalla platea - che conviene con Discepoli che in assenza di dati certi è opportuno avere cautela nel parlare di rigenerazione completa dell'area della forcazione.

Nell'ultima parte della discussione si cerca di tracciare delle conclusioni.

Nel rapporto costo beneficio vengono confrontate la terapia non chirurgica ed il lembo per accesso. Vengono presentati i dati (studio di Serino) dove principalmente non vi è differenza significativa tra le due procedure, ma la chirurgia si conviene possa essere una opzione sia per la riduzione della profondità del sondaggio sia per ridurre il rischio di recidive.

Sulla tecnica della tunnelizzazione viene stabilito come trovi indicazione a livello mandibolare nelle classi 3 di denti non pilastri di protesi e con un approccio volto a contenere i costi biologici ed economici. La complicanza principale è infatti la carie radicolare.

Vengono poi analizzate sia l'amputazione che la resezione radicolare.

La prima trova indicazione nel molare superiore con 2 e 3 classe laddove non sia necessario effettuare un contestuale ripristino oclusale.

La seconda metodica , più costosa, è indicata qualora il dente sia pilastro di una riabilitazione protesica e le condizioni anatomiche e del paziente lo consentano.

La platea è rimasta presente fino alla fine della mattinata per presenziare ad uno dei momenti di maggior interesse e che contraddistingue da sempre la società italiana di parodontologia: le discussioni tra coordinatori, relatori ed il pubblico stesso.

Questa inclusione dell'audience diretta dai due coordinatori ha dunque fatto emergere numerose conclusioni.



L'evento si conclude riportando uno stralcio del film "Frankenstein Junior" del 1974: simpaticamente sono state riassunte relativamente alla possibilità di trattare e salvare i denti con la compromissione delle forcazioni nel corale "SI PUÒ FARE " !

Al termine prende la parola il presidente dott. Nicola Sforza ringraziando i coordinatori ed i relatori per il lavoro eccellente e **dà appuntamento al prossimo evento** che la SidP terrà a **Roma** dal 3 al 5 Novembre insieme con **Osteology Foundation**.

Appuntamento immancabile. Vi aspettiamo!

A promotional graphic for the Osteology Symposium Roma 2022. It features a microscope in the foreground and a woman in a lab coat in the background. The text includes: "OSTEOLOGY FOUNDATION & SidP JOINT MEETING", "Osteology Foundation SidP", "Chairmen Scientifici Raffaele Cavalcanti, Italia Ronald E. Jung, Svizzera", "NATIONAL OSTEOLOGY SYMPOSIUM ROMA 2022", "3-5 NOVEMBRE 2022", "AUDITORIUM PARCO DELLA MUSICA", and "LA 'GRANDE BELLEZZA' DELLA RIGENERAZIONE Innovazione e personalizzazione dei piani di trattamento".

OSTEOLOGY FOUNDATION & SidP
JOINT MEETING

Osteology Foundation SidP

Chairmen Scientifici
Raffaele Cavalcanti, Italia
Ronald E. Jung, Svizzera

NATIONAL
OSTEOLOGY
SYMPOSIUM
ROMA 2022

3-5 NOVEMBRE 2022
AUDITORIUM
PARCO DELLA MUSICA

LA 'GRANDE BELLEZZA' DELLA RIGENERAZIONE
Innovazione e personalizzazione dei piani di trattamento

Per rimanere sempre aggiornato sulla programmazione SidP, [clicca qui](#).

Report a cura della Commissione Editoriale SidP

Silvia A. Masiero (*Coordinatore*)

Francesco Bernardelli

Simone Fabrizi

Maurizio Mazzella

Alberto Pulcini

Katia Di Lorenzo (*Rappresentante Igienisti Dentali*)