



Società Italiana
di Parodontologia



**"IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE AFFETTO DA PARODONTITE:
ALTERNATIVE TERAPEUTICHE IN RELAZIONE ALLE POSSIBILITÀ ECONOMICHE"
Roma 9-10 Maggio 2008**

Il trattamento interdisciplinare restaurativo ortodontico parodontale nel paziente affetto da parodontite.

Relatore: Dott.ssa F. Manfrini

Sia nei pazienti in fase di crescita che negli adulti, la sostituzione corretta di uno o più elementi dentari assenti (agenesie, estrazioni, perdite traumatiche o per malattia parodontale), richiede spesso un approccio multidisciplinare. Il piano di trattamento deve essere stabilito in considerazione non solo delle esigenze funzionali ed estetiche del restauro, ma soprattutto del suo inserimento in un contesto di armonia di tutte le componenti dell'apparato stomatognatico: il parodonto, la forma dell'arcata, i rapporti oclusali, i rapporti basali tra le ossa mascellari, l'estetica del sorriso e del viso.

Effettuare un trattamento multidisciplinare in pazienti affetti da malattia parodontale ci impone di conoscere i rischi ed i limiti. Deve essere effettuata una diagnosi accurata raccogliendo i dati clinici e strumentali necessari e valutando il profilo di rischio del paziente. Viene effettuato il piano di trattamento preliminare, cui segue la rivalutazione e quindi il piano di trattamento definitivo. La prima tappa è quella di eseguire un'efficace terapia causale, cui seguirà, se durante la rivalutazione se ne valuta la necessità, la terapia chirurgica parodontale.

Solo quando il parodonto sarà risanato si potrà procedere ad effettuare la terapia ortodontica. E' noto infatti che la terapia ortodontica effettuata in pazienti con supporto parodontale ridotto ma sano non porta ad un aggravamento della situazione parodontale. Durante il trattamento ortodontico il paziente deve essere inserito in uno stretto programma di controllo igienico, durante il quale gli vengono forniti gli strumenti idonei per affrontare il mantenimento della nuova situazione anatomica creata dal dispositivo ortodontico.

Segue poi la fase di riabilitazione protesica, che sul parodonto ridotto ma risanato, segue le stesse regole della protesi tradizionale.

Trattamenti di questo tipo richiedono tempi lunghi di esecuzione, comunicazione continua fra i vari operatori, e costi di esecuzione elevati. Si possono soddisfare le richieste del paziente effettuando il piano di trattamento ideale se ci viene data la sua disponibilità economica ed assenso a procedere (Figg. 1a, 1b).



Fig. 1a Paziente femmina di anni 34 affetta da parodontite cronica. Terza classe scheletrica, morso crociato anteriore e laterale destro e sinistro e affollamento dentale sia nell'arcata superiore che inferiore. La richiesta della paziente è quella di migliorare l'estetica. Dopo essere stata sottoposta a terapia causale è stata effettuata terapia ortodontica.



Fig. 1b Con la terapia ortodontica è stata corretta la malocclusione. La paziente è soddisfatta del risultato estetico ottenuto.

Nella paziente affetta da parodontite cronica (Fig. 2a) è presente sventagliamento del gruppo frontale superiore. L'obiettivo del trattamento è quello di stabilizzare il settore anteriore splintando gli elementi dopo avere corretto lo sventagliamento ed i settori posteriori dopo avere eseguito chirurgia parodontale e riabilitazione protesica successiva. La scelta di eseguire il recupero dei molari compromessi da lesioni interradicolari è stata effettuata dopo avere valutato le possibili alternative di sostituzione degli elementi stessi con terapia impiantare.

La paziente è stata inserita in un sistema di terapia di supporto ed i controlli clinici e radiografici a distanza di 10 anni ci mostrano che i risultati ottenuti si conservano nel tempo (Figg. 2a, 2b, 2c, 2d).



Fig. 2a Paziente di anni 38 che riferisce notevole mobilità a carico di tutti gli elementi. E' presente sventagliamento del gruppo frontale superiore.



Fig. 2b Parodontite cronica generalizzata, presenza di difetti angolari, lesioni interradicolarari a carico dei molari.



Fig. 2c E' stato corretto lo sventagliamento e splintati i denti con splintaggio intracoronaire. Si può notare la notevole contrazione dei tessuti.

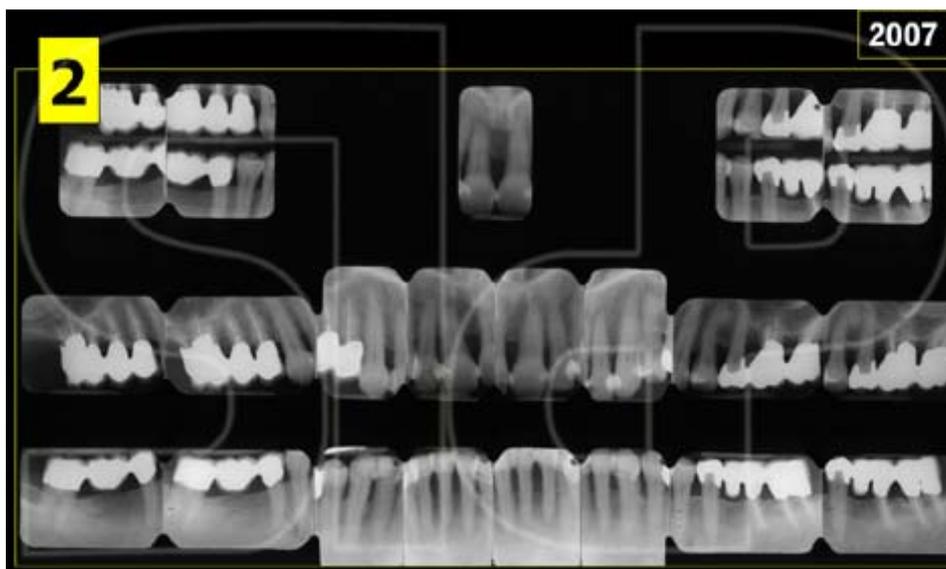


Fig. 2d Status radiografico a 10 anni dal termine della terapia che mostra stabilità dei risultati ottenuti.

Se però il paziente ci impone un tetto economico da rispettare frequentemente non è possibile realizzare il piano di trattamento ideale.

Nel caso 3 (Figg. 3a, 3b) di parodontite cronica, per motivi economici è stata effettuata solo la terapia causale, durante la quale sono state effettuate le estrazioni di elementi irrecuperabili e delle amputazioni radicolari a carico dei molari per rendere più agevole il mantenimento igienico.



Fig 3a Paziente femmina di anni 38 affetta da parodontite cronica generalizzata. E' stata effettuata solo Terapia causale e poi stata inserita in TPS.

Si è deciso di inserire la paziente in un programma di terapia di supporto con una frequenza trimestrale e di affrontare solo le urgenze siano esse di carattere restaurativo che estrattivo.

La paziente si manifesta soddisfatta della situazione raggiunta, perché è scomparsa la sintomatologia (mobilità, sanguinamento spontaneo, dolore durante la masticazione), pur avendo raggiunto una situazione di compromesso (Fig. 3b).

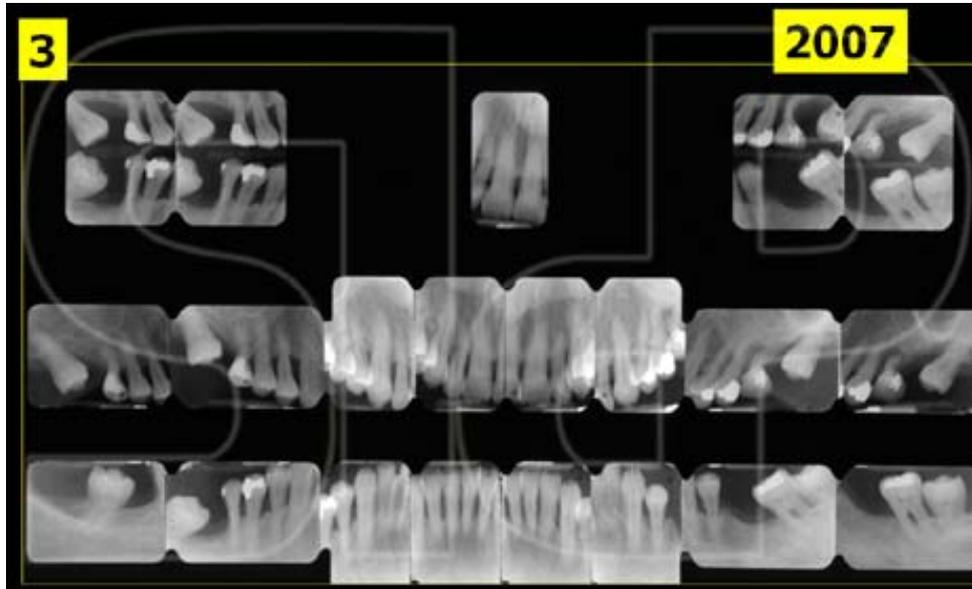


Fig 3b Situazione radiografica dopo 14 anni. Sugli elementi 16 26 e 46 durante la terapia causale è stata eseguita amputazione radicolare per rendere più agibili le manovre di igiene orale.

E' presente lesione interradicolare a carico del 37.

Talvolta la terapia ortodontica in un paziente affetto da una forma grave di parodontite aggressiva, che presenta malocclusione (Figg. 4a e 4b), morso profondo, migrazione dentale inclinazione degli elementi, può essere di aiuto per semplificare un piano di trattamento futuro.



Fig. 4a Paziente femmina di anni 32 con malocclusione di classe I°, morso profondo, trauma oclusale su gruppo frontale, migrazione dentale. E' affetta da parodontite aggressiva.

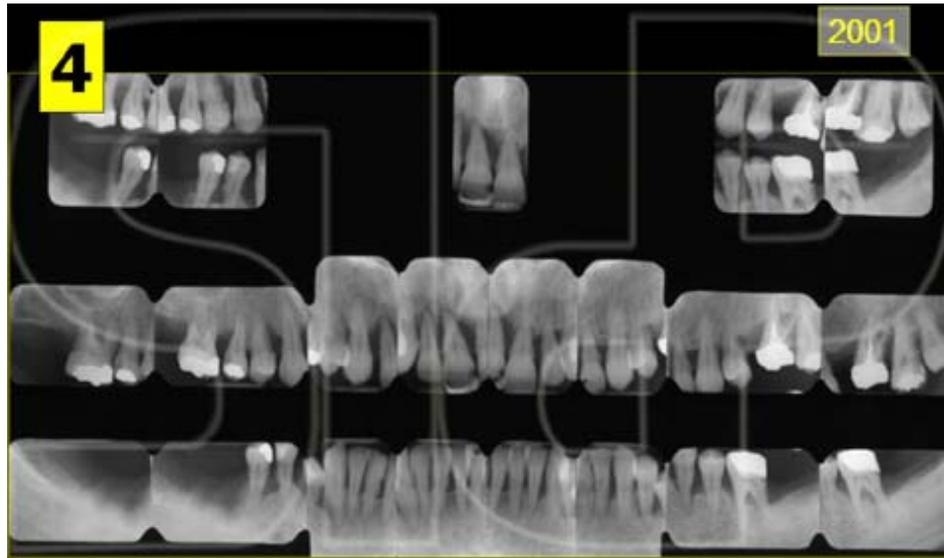


Fig. 4b Status radiografico iniziale: è evidente la notevole perdita di supporto osseo accentuato particolarmente nel gruppo frontale superiore dove il trauma occlusale è responsabile dell'effetto demineralizzante.

Sono stati inseriti degli impianti in zone favorevoli, con funzione di ancoraggio per la terapia ortodontica che ha corretto il morso profondo, ha ricreato una giusta forma dell'arcata, e ripristinato una corretta curva di spee. A questo punto la malattia è stata controllata, è migliorata la funzione, l'estetica e la paziente è soddisfatta della situazione raggiunta (Figg. 4c, 4d).



Fig. 4c Fine del trattamento ortodontico. E' stato eseguito splintaggio del gruppo frontale superiore ed inferiore: a carico degli elementi del sestante 2 sono state eseguite delle ricostruzioni in materiale composito in attesa di una riabilitazione definitiva che possa essere anche più estetica.

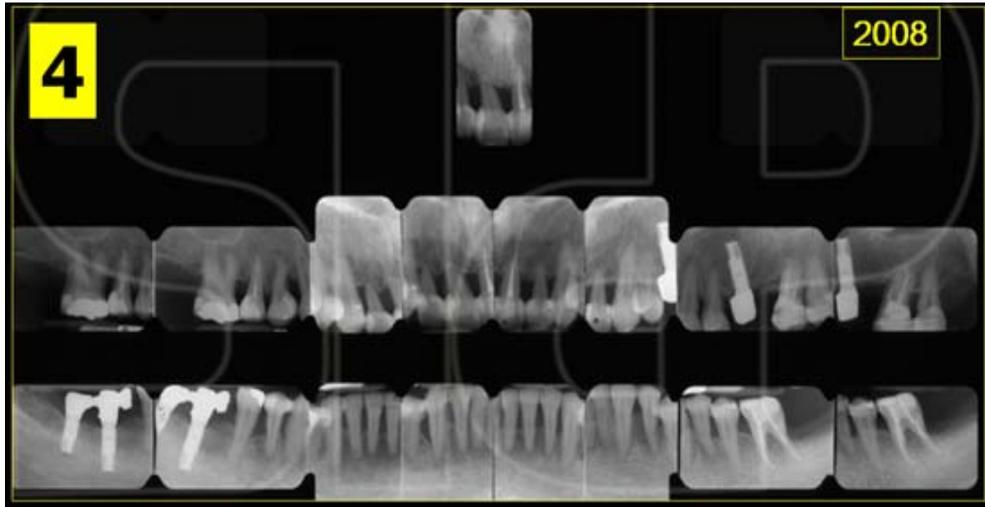


Fig. 4d Status radiografico a distanza di 2 anni dalla fine del trattamento ortodontico. Gli impianti in sede 46, 47 e 25 sono stati un sistema di ancoraggio per il movimento ortodontico.

Per motivi economici ci si è fermati a questo punto, ma il piano di trattamento che si potrà attuare in futuro offre varie possibilità, e l'eventuale inserimento degli impianti in zona anteriore ora in una situazione controllata e con rapporti occlusali corretti potrebbe essere prospettata.

Il movimento ortodontico può esser utilizzato talvolta per modellare il tessuto di supporto in alternativa alla chirurgia parodontale tradizionale: nel caso 5 il movimento di estrusione è stato utilizzato per portare coronalmente i tessuti duri e molli in modo di ridurre il grande spazio interprossimale che si era formato tra gli incisivi: la forma triangolare degli incisivi, la posizione non corretta della radice e il difetto parodontale sono responsabili del “buco nero” interincisale di cui la paziente si lamenta (Fig. 5a).

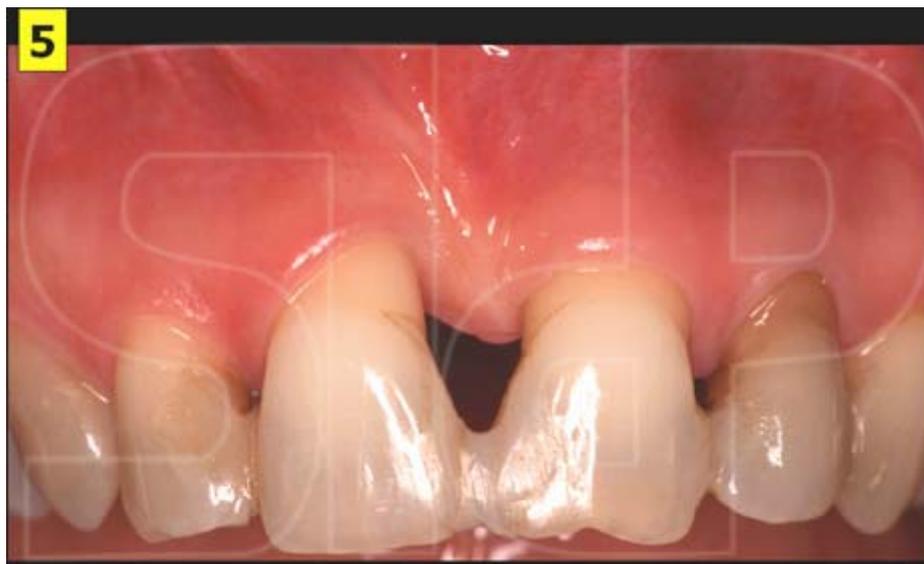


Fig. 5a Grande spazio interprossimale tra 11 e 21:

è questo il motivo principale per cui la paziente si presenta allo studio. Con un trattamento combinato ortodontico e restaurativo le è stato risolto il problema (Figg. 5b, 5c).

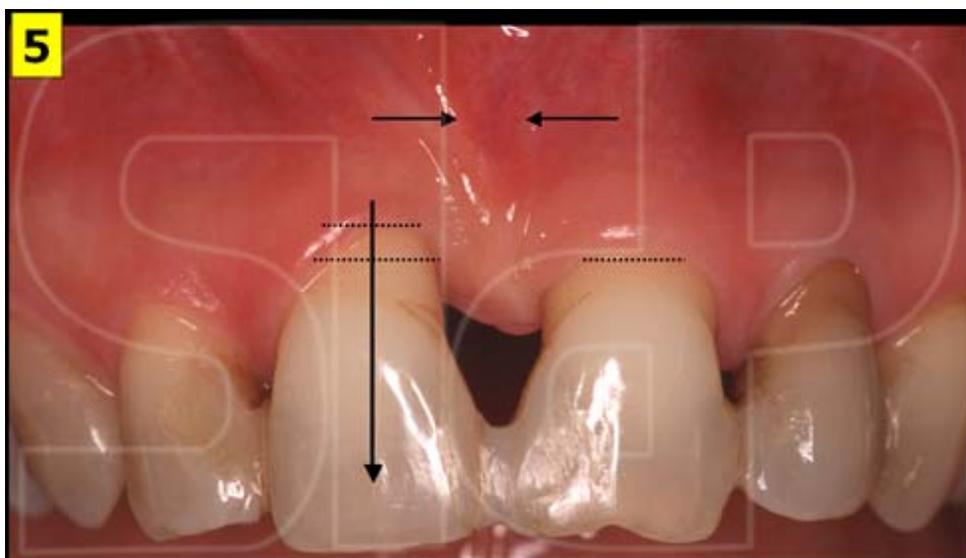


Fig. 5b Progettazione del movimento di estrusione e mesializzazione della radice.



Fig. 5c Caso finalizzato alla fine dell'estrusione con corona sull'elemento 11 ed una faccetta della parete mesiale del 21.

Nel caso 6 di parodontite cronica in fase terminale (Fig. 6a), il paziente si lamenta della elevata mobilità di tutti gli elementi sia dell'arcata superiore che inferiore. Il piano di trattamento prevede l'estrazione di tutti gli elementi e una riabilitazione protesica mobile o fissa su impianti. Il paziente manifesta il desiderio di evitare la protesi mobile ma non ha la capacità economica di affrontare il lavoro di implantoprotesi.

Si è deciso di inserire il paziente in terapia causale durante la quale si è proceduto a splintare gli elementi dell'arcata inferiore, e dopo avere corretto lo sventagliamento superiore è stato applicato uno splintaggio anche superiore.

Il paziente è inserito in un programma di terapia di supporto, e nel corso degli anni vengono estratti in urgenza gli elementi che gli creavano problemi (Fig. 6b).

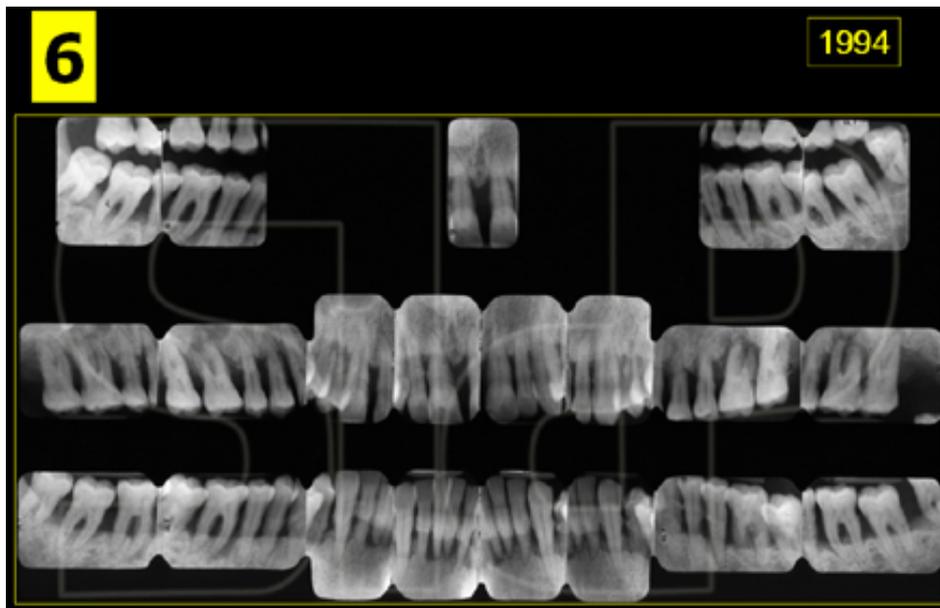


Fig. 6a Paziente di anni 59 affetto da parodontite cronica generalizzata in fase terminale. E' stata eseguita solo terapia causale e quindi è stato inserito in TPS.



Fig. 6b Status radiografico dopo 13 anni: sono evidenziati gli elementi o le radici che sono stati eliminati durante TPS.

A distanza di 13 anni riesce ad avere ancora una funzione masticatoria abbastanza efficiente anche se non possiamo dire che il paziente gode di salute parodontale. La terapia che abbiamo effettuato ha permesso di procrastinare la terapia definitiva nel tempo dando soddisfazione al paziente che ha potuto avere una masticazione efficiente ottenuta con un costo ridotto.

Conclusioni

E' importante arrestare la malattia parodontale: dopo avere ottenuto successo con la terapia causale si valuta se è necessario programmare la terapia chirurgica. L'evidenza scientifica e l'esperienza clinica ci guidano nella scelta della tecnica chirurgica parodontale da applicare, e nella decisione di recuperare o estrarre elementi compromessi parodontalmente. La terapia ortodontica può esser attuata in un supporto parodontale ridotto purché sano ed offre degli indubbi vantaggi pur nella consapevolezza dell'importanza dell'assoluto controllo di placca e dei rischi. La terapia protesica segue le stesse regole della protesi tradizionale se il supporto è ridotto ma sano. Tutto questo deve essere effettuato conciliando il piano di trattamento ideale con la disponibilità economica che il paziente mette a nostra disposizione.

Bibliografia

- Axelsson P et. Al (2004) The long term effect of a plaque control program on tooth mortality, caries and periodontal disease in adults. results after 30 years of maintenance. *J. Clin Perio* 31:749-757.
- Bower RC (1979) Furcation morphology relative to periodontal treatment. furcation root surface anatomy. *J Periodontol.* 1979 jul;50(7): 23-27
- Bower RC (1979) Furcation morphology relative to periodontal treatment. furcation root surface anatomy. *J Periodontol.* 1979 jul;50(7):366-74
- Carnevale G et al 1998 Long term effecto of root resective therapy in furcation-involved molars. *J. Clin Perio* 25: 209-214.
- Carnevale G, Cairo F, Tonetti MS.(2007) Long –term effects of supportive therapy in periodontal patients treated with fibre retention osseous resective surgery. ii. tooth extraction during active and supportive therapy . *J of Clinical Periodontology* 34; 342-348.
- Cattabriga M, Pedrazzoli V, Wilson TG jr. The conservative approach in the treatment of furcation lesions. *Periodontol* 2000. 2000 feb;22:133-53.
- Del Fabbro M, Testori T, Francetti L, Weinstein R. Systematic review of survival rates for implants placed in the grafted maxillary sinus. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2004 dec;24(6):565-77.
- Difebo G, Carnevale G, Sterrantino SF Treatment of a case of advanced periodontitis: clinical procedures utilizing the "combined preparation" technique. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1985;5(1):52-62.
- Ellegaard B, Baelum V, Karring T Implant therapy in periodontally compromised patients. *Clin Oral Implants Res.* 1997 jun;8(3):180-8.
- Evian CI, Emling R, Rosenberg Es, Waasdorp JA, Halpern W, Shah S, Garcia M. Retrospective analysis of implant survival and the influence of periodontal disease and immediate placement on long-term results. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2004 May-Jun;19(3):393-8.
- Guerrero et al(2007)Incomplete adherence to an adjunctive systemic antibiotic regimen decreases clinical outcomes in generalized aggressive periodontitis patients: a pilot retrospective study. *J Clin Periodontol* 2007 oct;34(10):897-902.
- Hardt CRE (2002) Outcome of implant therapy in relation to experienced loss of periodontal bone support: a retrospective 5- year study. *Clin Oral Implants Res.* 2002 oct;13(5):488-94.
- Hirshfeld Land Wasserman B (1978): a long-term survey of tooth loss in 600 treated periodontal patients. *J Periodontol* 1978 may;49(5):225-37.

- Hultin M, Komiyama A, Klinge B. Supportive therapy and the longevity of dental implants: a systematic review of the literature. *Clin Oral Implants Res.* 2007 Jun;18 suppl 3: 50-62.
- Ingber J Forced eruption. A method of treating isolated one and two wall infrabony osseous defects-rationale and case report. *J Periodontol.* 1974 Apr;45(4):199-206.
- Karoussis IK, Salvi GE, Heitz-mayfield LJ, Brägger U, Hämmerle CH, Lang NP Long-term implant prognosis in patients with and without a history of chronic periodontitis: a 10-year prospective cohort study of the ITI dental implant system. *Clin Oral Implants Res.* 2003 Jun;14(3):329-39.
- Karoussis Ik, Kotsovilis S, Fourmoussis I.A comprehensive and critical review of dental implant prognosis in periodontally compromised partially edentulous patients. *Clin Oral Implants Res.* 2007 Dec;18(6):669-79.
- Kessler M Interrelationships between orthodontics and periodontics. *Am J Orthod.* 1976 Aug;70(2):154-72.
- Klokkevold PR, Han TJ How do smoking, diabetes, and periodontitis affect outcomes of implant treatment? *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2007;22 suppl:173-202.
- Lang NP, Adler R, Joss A, Nyman S Absence of bleeding on probing. an indicator of periodontal stability. *J Clin Periodontol.* 1990 Nov
- Lang NP, Pjetursson BE, Tan K, Brägger U, Egger M, Zwahlen M A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (fpds) after an observation period of at least 5 years. ii. combined tooth--implant-supported fpds. *Clin Oral Implants Res.* 2004 Dec;15(6):643-53. Review.
- Langer B, Stein Sd, Wagenberg B.An evaluation of root resections. a ten-year study. *J Periodontol.* 1981 Dec;52(12):719-22.
- Mengel R And Flores-De-Jacby (2005) Implants in patients treated for generalized aggressive and chronic periodontitis: a 3-year prospective longitudinal study. *J Periodontol.* 2005 Apr;76(4):534-43.
- Mengel R, Behle M, Flores-De-Jacoby L.Osseointegrated implants in subjects treated for generalized aggressive periodontitis: 10-year results of a prospective, long-term cohort study. *J Periodontol.* 2007 Dec;78(12):2229-37.
- Malmstrom HS, Fritz ME, Timmis DP, Van Dyke TE. Osseo-integrated implant treatment of a patient with rapidly progressive periodontitis. a case report. *J Periodontol.* 1990 May;61(5):300-4.
- Nevins M, Langer B The successful use of osseointegrated implants for the treatment of the recalcitrant periodontal patient. *J Periodontol.* 1995 Feb;66(2):150-7.

- Num ME (2003) Understanding the etiology of periodontitis : an overview of periodontal risk factor. *Periodontology* 2000 32
- Pjetursson BE, Tan K, Lang NP, Brägger U, Egger M, Zwahlen M A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (fpds) after an observation period of at least 5 years. *Clin Oral Implants Res.* 2004 Dec;15(6):625-42.
- Pjetursson Be, Tan K, Lang Np, Brägger U, Egger M, Zwahlen M. A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (fpds) after an observation period of at least 5 years. *Clin Oral Implants Res.* 2004 Dec;15(6):667-76. Review.
- Salama H, Salama M. The role of orthodontic extrusive remodeling in the enhancement of soft and hard tissue profiles prior to implant placement: a systematic approach to the management of extraction site defects. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1993 Aug;13(4):312-33.
- Schou S Implant treatment in periodontitis-susceptible patients: a systematic review. *J Oral Rehabil.* 2008 Jan;35 Suppl 1:9-22.
- Tan K, Pjetursson BE, Lang NP, Chan Es A systematic review of the survival and complication rates of fixed partial dentures (fpds) after an observation period of at least 5 years. *Clin Oral Implants Res.* 2004 Dec;15(6).
- Tonetti MS, Pini-Prato G, Cortellini Periodontal regeneration of human intrabony defects. iv. determinants of healing response. *J Periodontol.* 1993 Oct;64(10):93.
- Tonetti MS, Steffen P, Muller-Campanile V, Lang N, 2000. Initial extraction and tooth loss during supportive care in a periodontal population seeking. *J Clin Periodontol.* 2000 Nov;27(11):824-31.
- Yalçin S, Yalçin F, Günay Y, Bellaz B, Onal S, Firatli E. Treatment of aggressive periodontitis by osseointegrated dental implants. a case report . *J Periodontol.* 2001 Mar;72(3):411-6.
- Van Venrooy JR, Yukna RA Orthodontic extrusion of single-rooted teeth affected with advanced periodontal disease. *Am J Orthod.* 1985 Jan;87(1):67-74.
- Wallace SS, Froum SJ. Effect of maxillary sinus augmentation on the survival of endosseous dental implants. a systematic review. *Ann Periodontol.* 2003 Dec;8(1):328-43.