

# Spazio Clinica – Premio Claudio Cevenini 2021

## SESSIONE POSTER

Coordinatori: **Stefano Chieffi – Mascia Ronconi**

**I POSTER saranno affissi giovedì 23 settembre entro le ore 15.30**

La discussione con la Commissione Valutatrice ai fini dell'assegnazione del Premio avverrà come segue:

- **P1-P4: giovedì 23 settembre** dalle 17.00 alle 17.30
- **P5-P8: venerdì 24 settembre** dalle 11.10 alle 11.40.

**Sabato 25 settembre**, il vincitore riceverà il Premio C. Cevenini per il miglior lavoro presentato.

### **P1 - La terapia parodontale non chirurgica nel paziente con Parodontite di Stadio IV Grado C e necessità di approccio interdisciplinare** **E. Andolfi, C. Galano**

*Studio Odontoiatrico Dr Guerino Paolantoni, Napoli*

#### **Diagnosi definita dall'Odontoiatria**

La paziente C.D.M. di 25 anni, italiana, è giunta alla nostra osservazione nel mese di Giugno 2019. La paziente riferiva sanguinamento gengivale durante lo spazzolamento, nonché mobilità di alcuni denti, e la sua richiesta era di migliorare l'allineamento degli incisivi che avevano assunto una posizione anomala rispetto a qualche anno prima. Presentava familiarità per la Malattia Parodontale (fratello) ed era consapevole di avere problemi parodontali. (Loos B.G. et al. 2020 Periodontol 2000). In buona salute generale, fumava 20 sigarette al giorno. (Ramseier C. et al. 2020 J. Clin Periodontol). Riferiva di avere effettuato in precedenza terapia ortodontica. La diagnosi effettuata dal parodontologo è stata di Parodontite di Stadio IV Grado C, poiché la paziente presentava parametri di complessità locale quali disfunzione masticatoria dovuta a trauma occlusale secondario e mobilità di 2° grado del 4.2-4.1-3.2 e di 3° grado del 3.1. (Caton J.G. et al. 2018 J Clin. Periodontol). Al baseline la paziente presentava inoltre 94 tasche con PPD≥4mm e valore degli indici di infiammazione (%FMPS e %FMBS) rispettivamente pari al 86% e 58%.

#### **Obiettivi del trattamento**

Durante la fase diagnostica si è proceduto anche ad una valutazione interdisciplinare in cui il parodontologo e l'ortodontista hanno convenuto di effettuare la stabilizzazione degli elementi dentari con mobilità ingravescente mediante uno splint linguale, al fine di ridurre il trauma occlusale secondario presente e facilitare l'esecuzione delle manovre di igiene orale alla paziente. (Fan J. et al. 2018 J.Periodontol). Una settimana dopo si è proceduto con gli Step 1 e 2 della Terapia Parodontale Non Chirurgica secondo le recenti Linee Guida EFP 2020, con l'obiettivo di ridurre l'infiammazione dei tessuti parodontali, ridurre il maggior numero possibile di tasche parodontali e cercare di migliorare lo stile di vita della paziente. (Sanz M. et al. 2020 J.Clin Periodontology)

### **Descrizione del timing**

Prima visita: intercettazione della Parodontite (30 min) Dopo 7 giorni: Approfondimento diagnostico per effettuare diagnosi di Parodontite Stadio IV Grado C - Valutazione Interdisciplinare con ortodontista (2 ore complessive) Dopo 2 giorni: Applicazione Splint linguale da 33 a 43 (30 min) Dopo 7 giorni: Step 1- Motivazione all'igiene, controllo dei fattori di rischio e strumentazione sopra-gengivale (60 min) Dopo 7 giorni: Step 2 - 1° app.to di Strumentazione sottogengivale in approccio Full Mouth (120 min) Dopo 5 giorni: Step 2 - 2° app.to di Strumentazione sottogengivale in approccio Full Mouth (120 min) Dopo 30 giorni: Ri-strumentazione non chirurgica dei siti che presentavano tartaro sottogengivale residuo e rinforzo motivazionale (60 min) Dopo 60 giorni: Rivalutazione Parodontale (30 min) Dopo 90 giorni: Inizio terapia Ortodontica per allineare gli elementi dentari (appuntamenti di controllo ortodontico mensili associati al controllo con l'igienista) (30 min complessivi) Dopo 6 mesi: Fine terapia ortodontica e Rivalutazione parodontale (30 min) Dopo 30 giorni: inizio Terapia di Supporto Parodontale con frequenza trimestrale stabilita in funzione del Profilo di Rischio (P.R.A.)

### **Strategie impiegate per correggere gli stili di vita**

Attraverso l'intervista motivazionale, siamo riusciti a controllare il fattore Fumo: la paziente ha ridotto il numero di sigarette giornaliere fumate da 20 a 10 (Hetteema J. et al. 2005 Annu Rev Clin Psychol). Inoltre è stata istruita sulle corrette manovre di igiene domiciliare, attraverso l'utilizzo quotidiano dello scovolino interdentale di forma conica e di due misure differenti in relazione all'ampiezza degli spazi interprossimali e 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.Higiene). I presidi di igiene orale consigliati erano selezionati in funzione delle caratteristiche della paziente e della sua capacità di utilizzo, considerando anche la morfologia e la localizzazione dei denti da detergere. Questa fase iniziava attraverso la rilevazione del biofilm utilizzando il rilevatore di placca, e si insegnava alla paziente ad identificare come "zone focus", da pulire per prime e con più attenzione, i denti maggiormente compromessi, ossia quelli che presentavano tasche più profonde o condizioni anatomiche particolarmente difficili.

### **Valutazione dei risultati a medio-lungo termine**

Durante la prima rivalutazione parodontale la paziente presentava tasche con PPD $\leq$ 4mm e gli indici di placca (FMPS) e sanguinamento (FMBS) erano rispettivamente pari a 15% e 2%. (Badersten A. et al. 1984 J. Clin Periodontol). Il miglioramento nella guarigione clinica è stato testimoniato inoltre da una notevole maturazione dei tessuti gengivali nell'area interdentale e da una re-mineralizzazione evidenziabile radiograficamente dei difetti infraossei più profondi a carico del gruppo 32-42. (Nibali L. et al. 2011 J. Clin Periodontol) Avendo raggiunto l'obiettivo della terapia causale, 3 mesi dopo la rivalutazione parodontale, la paziente è stata sottoposta al trattamento ortodontico; al termine del quale è stata effettuata una nuova rivalutazione parodontale e la paziente è stata arruolata in terapia di supporto (SPT) con una frequenza trimestrale, stabilita in funzione del Profilo di Rischio. (Mombelli A. 2019 Periodontol 2000) (Lang N.P., Tonetti M.S. 2003 Oral Health & Preventive Dentistry). Nel follow-up a 6 mesi la paziente mantiene un'elevata adherence (FMPS).

---

## **P2 - TPNC con tecniche miste, modulazione dei fattori di rischio e Ritratteggio delle tasche residue con un Gel contenente composti fenolici solfonati e acido solforico in soluzione acquosa**

**R. Coccioletti\*, S. Savi<sup>o</sup>**

*Igienista Dentale e Professore a Contratto presso UNIFE; <sup>o</sup>Odontoiatra, Libero professionista, Roma*

### **Diagnosi definita dall'Odontoiatria**

A seguito di una visita clinica e radiografica, è stata elaborata la seguente diagnosi parodontale. Paziente Donna di 54 anni, fumatrice (+ di 15 giornaliere), numerosi siti con PPD  $\geq$ 4mm con BOP +, presenza di difetti ossei orizzontali e verticali, recessioni gengivali multiple, grave mobilità dentale sul V sestante, su #17 e #37. Presenza di forcazioni III<sup>o</sup> passanti su #17 #16 #26 #27 #37 e di II<sup>o</sup> su #46 e #47. I parametri di sanguinamento al sondaggio e igiene orale registrati sono FMBS = 70% e PI =100%. Parodontite, stadio IV, generalizzata, grado C.

### **Obiettivi del trattamento**

Il primo obiettivo della terapia è stato modificare le abitudini della paziente che incidono sui fattori di rischio è stabilizzare la malattia parodontale, evitando un'ulteriore perdita di sostegno. La paziente ci chiede di diminuire il più possibile il numero di interventi correttivi chirurgici post TPNC non volendo smettere completamente di fumare. Verranno stabilizzati mediante splint gli elementi con mobilità di grado 2 e grado 3, la paziente verrà trattata sopra e sub-gengivale con tecniche miste a seconda del sestante e al tipo di fenotipo. La paziente verrà istruita al controllo del biofilm sopra-gengivale utilizzando spazzolino elettrico e scovolini adeguati agli spazi interdentali. Dopo 12 settimane la situazione clinica verrà rivalutata mediante sondaggio parodontale completo e ritratteggeremo le tasche residue con PPD 4mm con BOP+ e PPD >5mm con l'ausilio di terapie aggiuntive.

### **Descrizione del timing**

Step 1 Abbiamo istruito la paziente all'utilizzo domiciliare dello spazzolino elettrico e scovolino sottodimensionato per facilitare inizialmente l'approccio interdentale valutando una progressiva curva di apprendimento con lo strumento. In una unica seduta di 60 minuti siamo andati a rimuovere meccanicamente con l'ausilio di un Air Polishing Device il biofilm orale sopra-gengivale e con un ablatore ultrasonico piezoelettrico il tartaro e fattori ritentivi di placca. Step 2 n.6 sedute di Terapia Subgengivale. il I, III, IV e VI sestante trattati con strumenti meccanici e manuali, il II e V sestante trattati con tecnica MINST per ridurre l'apicalizzazione dei tessuti gengivali post trattamento. Abbiamo controllato la paziente a 30 e 60 giorni e rimosso il biofilm con Air Polishing Device e rivalutato con sondaggio parodontale completo a 90 giorni. Step 3 Ritratteggio tasche residue con approccio Full Mouth Disinfection e un Gel contenente composti fenolici solfonati e acido solforico in soluzione acquosa. Abbiamo controllato la paziente a 30 e 60 giorni e rimosso il biofilm con Air Polishing Device e rivalutato con sondaggio parodontale completo a 90 giorni.

### **Strategie impiegate per correggere gli stili di vita**

La paziente fumava 15 sigarette Die ed abbiamo cercato di modificare il suo comportamento cercando di individuare quali sigarette potessero essere superflue durante la giornata riuscendo ad arrivare a quota 9 sigarette Die. Siamo intervenuti sul controllo domiciliare del biofilm, consigliando l'utilizzo di uno spazzolino elettrico roto oscillante con micropulsazioni ed inserto ultra thin e l'utilizzo di 2 scovolini angolati con diverse grandezze e forma delle setole, cilindriche e coniche.

### **Valutazione dei risultati a medio-lungo termine**

Proveremo a ritrattare per l'ultima volta le tasche residue. successivamente la TPS avrà Timing operativo trimestrale, utilizzando strumenti chimici per evidenziare il biofilm batterico che verrà rimosso meccanicamente con tecnica GBT, e fluoroprofilassi topica per preservare le porzioni radicolari esposte del parodonto ridotto. Importante sarà monitorare l'indice di placca.

---

## **P3 - Stabilità parodontale ed elevata adherence: raggiungere gli obiettivi attraverso la terapia parodontale non chirurgica**

**C. Galano, E. Andolfi**

*Studio Odontoiatrico Dr Guerino Paolantoni, Napoli*

### **Diagnosi definita dall'Odontoiatria**

Presentiamo il caso di un paziente uomo (P.G.), di anni 41, di nazionalità italiana, giunto alla nostra osservazione nel 2016, riferendo sanguinamento gengivale spontaneo e alitosi. Il paziente non era a conoscenza di avere problemi parodontali e si recava dal suo precedente dentista con frequenza semestrale per effettuare controlli generici. Praticava sport a livello agonistico, in buona salute generale, ex fumatore da oltre 10 anni e con una familiarità per la Malattia Parodontale attribuibile alla madre, che aveva perso i denti in giovane età. (Loos B.G. - Van Dyke T.E. 2020 Periodontol 2000) Il paziente ha ricevuto dal parodontologo diagnosi di parodontite di Stadio IV Grado B, poiché presentava perdita di attacco interdentale  $\geq$  a 8mm, mostrava una perdita di osso radiograficamente visibile pari al 40%, non aveva perso denti per parodontite e non presentava disfunzione masticatoria (Caton J.G. et al. 2018 J Clin. Periodontology). Al baseline il paziente presentava n° 160 tasche con PPD $\geq$ 4mm e valore degli indici di infiammazione (% FMPS e % FMBS) rispettivamente pari al 92% e 76%.

### **Obiettivi del trattamento**

Una settimana dopo la raccolta dei dati diagnostici, si è proceduto con la Terapia Parodontale Non Chirurgica (Step 1 e 2 secondo le attuali Linee Guida EFP 2020), con l'obiettivo di ottenere il controllo dell'infiammazione e ridurre il maggior numero di tasche parodontali possibili. (Sanz M. et al 2020 J.Clin Periodontology).

### **Descrizione del timing**

Prima visita: intercettazione della Malattia Parodontale (30 min) Dopo 7 giorni: Approfondimento diagnostico per effettuare diagnosi di Parodontite Stadio IV Grado B (120 min) Dopo 7 giorni: Step 1- Motivazione all'igiene, controllo dei fattori di rischio e strumentazione sopragengivale (60 min) Dopo 7 giorni: Step 2 - 1° app.to di

Strumentazione sottogengivale in approccio quadrant by quadrant (60 min) Dopo 7 giorni: Step 2 - 2° app.to di Strumentazione sottogengivale in approccio quadrant by quadrant (60 min) Dopo 7 giorni: Step 2 - 3° app.to di Strumentazione sottogengivale in approccio quadrant by quadrant (60 min) Dopo 7 giorni: Step 2 - 4° app.to di Strumentazione sottogengivale in approccio quadrant by quadrant (60 min) Dopo 90 giorni: Prima Rivalutazione Parodontale (30 min) Dopo 7 giorni: Step 3 - Ritattamento non chirurgico delle tasche residue con applicazione di antibiotico topico a base di Doxyciclina (60 min) Dopo 90 giorni: Seconda Rivalutazione Parodontale (30 min) Dopo 30 giorni: inizio Terapia di Supporto Parodontale con frequenza trimestrale stabilita in funzione del Profilo di Rischio (P.R.A.) Dopo 1 anno: Modifica Frequenza di SPT da 3 a 4 mesi

### **Strategie impiegate per correggere gli stili di vita**

Non presentando fattori di rischio sistemici e comportamentali, la fase motivazionale è stata incentrata sul fornire al paziente le istruzioni di igiene orale personalizzate in funzione delle sue caratteristiche e preferenze, considerando anche la morfologia e la localizzazione dei denti da detergere, dando priorità ai denti che presentavano tasche più profonde o condizioni anatomiche particolarmente difficili. Pertanto, il controllo domiciliare del biofilm da parte del paziente è stato effettuato tramite l'utilizzo dello scovolino interdentale di forma conica e di due misure differenti in relazione all'ampiezza degli spazi interprossimali, spazzolino elettrico roto-oscillante e spazzolino monociuffo in corrispondenza degli elementi dentari di difficile accesso (Salzer S. et al. 2015 J. Clin Periodontol - Elkerbout T.A. 2020 et al. Int. J. Dent. Hygiene).

### **Valutazione dei risultati a medio-lungo termine**

Nella prima rivalutazione parodontale (3 mesi) (Badersten A. et al. 1984 J. Clin Periodontol), erano presenti 73 tasche residue di  $4\text{mm} \leq \text{PPD} \leq 6\text{mm}$  e indici %FMPS e %FMBS pari al 15% e al 25%. Pertanto, si è proceduto con il ritattamento non chirurgico dei siti residui con BOP positivo (Step 3 - Linee Guida EFP 2020) e in alcuni di questi, è stato applicato antibiotico topico a base di doxyciclina (Tomasi C. et al. 2008 J. Clin Periodontol). Nella seconda rivalutazione parodontale, sono stati raggiunti questi obiettivi:  $\text{PPD} \leq 4\text{mm}$ , BOP negativo (Loos B.G. et al. 2020 J. Clin Periodontol). Il paziente è entrato 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). Dopo un anno di SPT, mantenendo la condizione di stabilità parodontale ( $\text{PPD} \leq 4\text{mm}$ , NO BOP) ed elevati livelli di adherence, la frequenza dei richiami è stata modificata da 3 a 4 mesi. (Ramseier C.A. et al. 2019 J. Clin Periodontol) Nel follow-up radiografico a 2 anni, si apprezza la graduale re-mineralizzazione della componente infraossea dei difetti più profondi a carico di 1.1-2.1 (Nibali L. et al. 2011 J. Clin Periodontol).

---

## **P4 - Terapia parodontale non chirurgica in tempo di Covid-19**

**M. Mazzella\***, **C. Porciello°**, **A. Mazzella\***

*\*Odontoiatra, Libero Professionista S. Antimo NA; °Odontoiatra, Libero professionista, Marigliano NA;*

*\*Igienista dentale, Libero Professionista S. Antimo NA*

### **Diagnosi definita dall'Odontoiatria**

Paziente con parodontite severa generalizzata di stadio 3 grado b, con discromia dell'elemento 2.1

### **Obiettivi del trattamento**

Abbassare la carica batterica, istruendo il paziente alle giuste manovre igieniche, utilizzando tutti i presidi di igiene orale domiciliare, consigliato di utilizzare spazzolino elettrico e scovolini inter-prossimali. Successivamente al trattamento, focalizzare l'attenzione sull'aderenza del paziente ad un piano di supporto con follow-up ravvicinati 2 mesi, valutare rimozione dei 4.8 e 3.8, vitalità del 2.1, tasca infra-ossea del 1.1, 1.6, 3.3, forcazioni del 3.6 e 4.7.

### **Descrizione del timing**

Dopo la visita effettuata dall'odontoiatra, si eseguono fotografia per lo studio del caso, dopo 1 settimana si effettua seduta di igiene orale ed istruzione all'igiene orale domiciliare, dopo 2 mese si effettua diagnosi parodontale, eseguendo serigrafia radiografica, sondaggio parodontale, analisi di rischio parodontale per decidere un piano terapeutico. Per organizzazioni del paziente si decide di eseguire con intervalli di seduta settimanali, e per il tipo di parodontite, 5 sedute di strumentazione sottogengivale per sestanti. Il paziente al termine della terapia parodontale non chirurgica viene affidato all'endodontista per la terapia endodontica dell'elemento 2.1. A distanza di 3 mesi, dalla terapia attiva, si effettua un debridement delle superfici, ma visto la presenza di tasche con valori PPD di 10mm, rieseguiamo una rivalutazione, a 9 mesi dal trattamento. in questo intervallo il paziente viene in visione ogni mese per controllo placca, ed effettua ogni 3 mesi seduta di igiene orale. Il paziente non sarà più seguito a causa della pandemia da covid19, salta i controlli, ma a distanza di 2 anni lo richiamiamo ed effettua serigrafia e sondaggio di rivalutazione.

### **Strategie impiegate per correggere gli stili di vita**

Il paziente non era diabetico ma ex fumatore da 15 anni, gli è stato consigliato una dieta ricca di frutta e cereali, alimentazione ricca di fibre integrali e assunzione di vitamina c. ridurre i grassi animali e consumo di sale, cercare di introdurre pesce e carni bianche, quindi rispettare i canoni di una dieta mediterranea. A lavoro si cerca di eseguire un'igiene orale dopo il pasto e se possibile introdurre più volte l'utilizzo dello scovolino inter-prossimale. Il paziente eseguiva normalmente sport, ma nel periodo di lockdown, da pandemia da covid 19, riduce la sua attività fisica, ma rispetta i consigli alimentari e di igiene orale domiciliare.

### **Valutazione dei risultati a medio-lungo termine**

Dopo il piano di trattamento parodontale viene controllato con follow-up intervallati da 3 mesi per controllo placca. Il paziente segue attentamente le istruzioni indicate e già si valutano ottimi risultati visivi a 3 mesi. La prima rivalutazione la eseguiamo a 9 mesi, per una decisione di terapia correttiva. Ogni 3 mesi igiene orale professionale, e poi visto l'analisi di rischio basso, il follow up viene distanziato a 6 mesi. Dopo 2 anni si esegue

serigrafia. Il paziente ha raggiunto gli obiettivi da noi prefissati, arrestando la malattia parodontale, consigliamo di effettuare seduta di igiene professionale ogni 6 mesi e sondaggio parodontale ogni anno, la serigrafia la ripete ogni 2 anni. non è stato eseguito nessun intervento correttivo dei difetti, poiché, le tasche rivalutate avevano guadagnato un notevole miglioramento nel PPD, e aumento di cal. Il periodo in cui è stato trattato il paziente, era di pre lockdown, di conseguenza l'ultimo appuntamento valido di sondaggio rimane il 2020, con un mancato follow-up di tutto l'anno. Il pz si presenta nel 2021 dove esegue igiene orale, screening generale e successivamente sondaggi e serigrafia a 2 anni dal trattamento iniziale.

---

## **P5 - Dalla diagnosi al raggiungimento degli obiettivi clinici. Il ruolo cruciale dello step 2 di terapia**

**F. Rizzi, L. Landi**

*Igienista Dentale, Studio dentistico IN4 Verona*

*Odontoiatra, Libero professionista, IN4Verona-Studio di Odontoiatra Ricostruttiva Roma*

### **Diagnosi definita dall'Odontoiatria**

La diagnosi dell'odontoiatria è avvenuta dopo una valutazione radiografica attenta che ha permesso l'identificazione di una perdita ossea e successivamente la paziente è stata sottoposta a una ispezione clinica per verificare la presenza di perdita di attacco interprossimale. La raccolta dati: status radiografico completo, foto intra-orali, sondaggio parodontale che hanno permesso all'odontoiatra la diagnosi di malattia parodontale di stadio IV grado C.

### **Obiettivi del trattamento**

Gli obiettivi principali del trattamento sono: ottenere il controllo della progressione della malattia parodontale, diminuire il rischio secondo il metodo Trombelli e aumentare la motivazione della paziente sia per l'igiene orale domiciliare sia per la qualità di vita (stress).

### **Descrizione del timing**

La paziente è stata inviata in studio da un collega il quale dopo vari tentativi di scaling, non aveva ottenuto la guarigione completa della malattia parodontale. Alla visita si è proceduto alla raccolta dati completa e alla stesura del piano di cura. È stato utilizzato il protocollo di full mouth disinfection abbinando la terapia antibiotica, a distanza di 30 giorni è stato fatto uno scaling di rifinitura e a 45 giorni un controllo di igiene. A 6-8 settimane la rivalutazione sondaggi e poi è stata inserita la paziente in un richiamo trimestrale.

### **Strategie impiegate per correggere gli stili di vita**

Il primo step è stato creare empatia e fiducia, sostenendola nel cambiamento, cercando di aumentare la consapevolezza del suo stato generale e mostrando come poter raggiungere una qualità orale migliore. La paziente riferiva elevati livelli di stress e per questo sono stati dati alcuni spunti per prendersi cura di sé stessa.

### **Valutazione dei risultati a medio-lungo termine**

La paziente si è motivata ai richiami trimestrali, ha diminuito il numero dei siti con sondaggi maggiori e uguali a 5 mm da 104 a 9 siti, il sanguinamento al sondaggio dal 53% al 16%, la perdita dei denti è aumentata da 2 a 3 elementi. È cambiato di conseguenza il profilo di rischio del metodo Trombelli da rischio alto a rischio medio.

---

## **P6 - Guarigione dopo terapia non chirurgica minimamente invasiva di un caso di Parodontite di Stadio III. Chiusura di un diastema inter-incisivo**

**S. Roatti, S.A. Masiero**

*\*Igienista Dentale, Libero Professionista Saronno VA; ° Odontoiatra, Libero Professionista Saronno VA*

### **Diagnosi definita dall'Odontoiatria**

Caso di Parodontite di Stadio 3, Grado B di un paziente con Fattori di Gravità (SEVERITY) riconducibili ad uno stadio 2. Il fattore "INTERDENTAL CAL AT SITE OF GREATEST LOSS" infatti risulta compreso tra 3 e 4mm con un RBL tra 15 e 33%, e il paziente non ha perso alcun dente per Parodontite. Alcuni FATTORI DI COMPLESSITA' (COMPLEXITY) sono però riconducibili ad una Parodontite di Stadio 3: vi sono infatti sondaggi superiori ai 6mm e forzazioni di II grado.

È stato diagnosticato un grado B in quanto non si è in possesso di dati o documenti che riconducano a evidenze dirette di perdita di attacco nel corso degli ultimi 5 anni. Come Criterio Primario è stata quindi valutata il criterio indiretto riconducibile al rapporto tra età e perdita ossea nel sito maggiormente coinvolto dalla patologia (RBL%/AGE); nel paziente risulta pari a 1, avendo il paziente 30 anni e un RBL del 30%. Non sono presenti Fattori di Rischio Modificatori di Grado in quanto il paziente non è fumatore e non affetto da patologie sistemiche.

### **Obiettivi del trattamento**

Paziente che si presenta alla nostra attenzione riferendo sanguinamento persistente in sede 11-21, dove si dice non contento di un diastema, comunicando di fare periodicamente Sedute di Igiene ogni 4 mesi. Il nostro obiettivo è stato quello di ridurre al minimo il livello di infiammazione e dell'elevato numero di tasche, motivare e istruire il paziente riguardo le cause e le correlazioni riferite alla malattia parodontale e quanto fosse importante la sua collaborazione non solo a livello di manovre domiciliari ma riguardo i suoi stili di vita, al fine di ottenere un buon risultato e condurlo a eventuali piani di trattamento successivi alla terapia Non chirurgica, all'alleanza terapeutica e alla Terapia Di Supporto per raggiungere la Stabilità.

### **Descrizione del timing**

il paziente ha effettuato una seduta di Diagnostica iniziale dove sono stati rilevati i parametri necessari per effettuare una diagnosi corretta: Status Radiografico Endorale, charting Parodontale con FMPS e FMBS % con successivo Counselling. La fase attiva è stata eseguita in un'unica seduta di 2 ore e 30 minuti, in regime di One Stage Full Mouth Disinfection. 3 controlli di motivazione e valutazione dell'indice di Placca e delle manovre

di igiene orale sono stati eseguiti nelle settimane successive, fino alla rivalutazione, avvenuta a 8 settimane.

### **Strategie impiegate per correggere gli stili di vita**

Attraverso un colloquio con l'ausilio di video ed immagini riguardanti le cause e le correlazioni e i fattori di rischio (fortunatamente nessuno a parte l'elevato FMPS causale) di progressione in merito alla malattia parodontale il paziente è stato informato riguardo una condizione con la quale non era mai entrato in contatto. Dopo la fase attiva durante i controlli è stata data sempre più importanza ai fattori FMPS% e FMBS% che sono stati notevolmente ridotti grazie all'alleanza terapeutica e all'impegno raggiunti, con la costante motivazione tramite rilevatore di placca e nuove istruzioni di igiene orale e associato all'interesse del paziente stesso a metterci tutto l'impegno per raggiungere l'obiettivo.

### **Valutazione dei risultati a medio-lungo termine**

Alla rivalutazione siamo contenti dei risultati raggiunti, sebbene l'indice di placca possa ancora migliorare, in quanto persiste in un sito in cui rimane un sondaggio con relativo sanguinamento, sito che rimarrà osservato speciale anche per la morfologia anatomica che si presenta in sede 11-21 dove il diastema presente appare chiuso successivamente alla Terapia Non Chirurgica. I sondaggi residui sono tutti riscontrabili in sede VIII, già in preventivo di avulsione in quanto 2/4 cariati. Il paziente sarà probabilmente indirizzato ad una terapia Ortodontica che sta ancora valutando, ad un re-treatment del sito mesiale 11 e alla Terapia Di Supporto Parodontale, ma ancora Considerato come Remission Control.

---

## **P7 - Risultati a 3 anni di terapia non chirurgica mininvasiva di un caso con migrazione in settore estetico**

**S. Santangelo\*, P. Torrisi<sup>o</sup>**

*\* Igienista Dentale Libero Professionista in Catania ° Odontoiatra, Professore a contratto presso Università degli studi di Catania*

### **Diagnosi definita dall'Odontoiatria**

Parodontite di stadio 3 Grado B Localizzata con compromissione estetica e funzionale del 2°sestante con migrazione spontanea del 2.1 e 2.2 di probabile origine parodontale.

### **Obiettivi del trattamento**

- Istruzioni igiene orale domiciliare personalizzate per migliorare il management domiciliare del paziente; - Rimozione professionale dei fattori eziologici sopra e sottogengivali; - Trattamento MINST del 2° sestante ; rivalutazione a 3 mesi per eventuale chirurgia rigenerativa e/o terapia ortodontica correttiva; - Chiusura delle tasche  $\geq 5$  mm; - Riduzione al di sotto del 15% della percentuale di siti con sanguinamento come anche della percentuale di siti con presenza di placca - Estrazione elementi 3.8 e 4.8.

### **Descrizione del timing**

T-0: Raccolta dati radiografici, fotografici e compilazione cartella clinica parodontale; T-1 (7 gg.): PMPR ed istruzioni igiene orale personalizzate; T-2 (21gg.): Controllo placca e rinforzo motivazionale; T-3 (30gg.): Terapia non chirurgica MINST con utilizzo di inserti ultrasonici sottili e polveri a bassa granulometria sopra e sottogengivali in 2 sedute da 1 ora ciascuno a distanza di 2 gg. l'una dall'altra; T-4 (120 gg.): Rivalutazione con compilazione cartella clinica parodontale, status fotografico ed rx endorale in sede 2.1; T-5: TPS con utilizzo di rivelatore di placca e ultrasuoni ogni 3 mesi per il primo anno e ogni 6 mesi dal secondo anno in poi. Sono stati utilizzati inserti parodontali per la rimozione del tartaro neoformato e polvere a bassa granulometria per la rimozione del biofilm evidenziato con il rilevatore di placca.

### **Strategie impiegate per correggere gli stili di vita**

La paziente al momento della prima visita presentava una elevata quantità di placca nonostante dichiarasse di utilizzare con metodo lo spazzolino manuale. Per la paura del sanguinamento e del dolore gengivale utilizzava però uno spazzolino con setole extrasoft facendo attenzione a mantenerlo lontano dalle gengive. Dopo aver istruito la paziente all'uso dello spazzolino elettrico roto-oscillante sono stati fatti notare i benefici dell'uso di tale dispositivo avvalendoci di uno spazzolino con testina mono uso sincerandoci del suo corretto utilizzo. Inoltre la paziente è stata istruita all'uso di scovolini interdentali di diametro adeguato in relazione alle dimensioni dello spazio interdentale. È stato fatto anche un enorme lavoro psicologico sulla paziente perché fobica alla vista del sangue dalle gengive.

### **Valutazione dei risultati a medio-lungo termine**

La paziente, inviata da una collega ortodontista, si è presentata alla prima visita lamentando un disagio estetico dovuto allo spostamento degli elementi dentari anteriori. La paziente ha anche riferito che questo spazio era diventato più evidente negli ultimi mesi. I risultati ottenuti con la sola terapia parodontale non chirurgica sono soddisfacenti in quanto la paziente è passata da 41 siti con profondità al sondaggio  $\geq 5$  mm a soli 2 siti al controllo a 3 anni. Si è passati dal 64% di siti sanguinanti al sondaggio al 10% a 3 anni. Anche il controllo domiciliare della placca della paziente è migliorato notevolmente passando da un 78% in prima visita ad un 12% a 3 anni. Lo spazio interdentale tra 1.1 e 2.1, misurato in maniera empirica alla prima visita circa 1,5mm si è praticamente annullato a distanza di 3 anni. Dal punto di vista radiografico è possibile notare come la componente infraossea del difetto a 3 anni è praticamente assente con un buon grado di mineralizzazione. La paziente che non è stata sottoposta a nessuna chirurgia e a nessun trattamento ortodontico ed è pienamente soddisfatta del risultato estetico e funzionale ottenuto.

---

## **P8 - Stabilizzazione non chirurgica di una parodontite di stadio 3 grado C in paziente che rifiuta la terapia chirurgica**

**C. Setti\*, M. Severi\*<sup>o</sup>**

*\*Igienista Dentale, Libero Professionista, Carpi MO; <sup>o</sup>Centro di Ricerca per lo Studio delle Malattie Parodontali e Peri-implantari, Università degli studi di Ferrara*

### **Diagnosi definita dall'Odontoiatria**

Alla paziente, di 65 anni senza malattie sistemiche, è stata diagnosticata una parodontite di stadio 3, grado C. L'elemento 2.5 presentava inoltre un ascesso parodontale. La paziente è stata definita a rischio elevato di progressione della malattia, valutato in base al PerioRisk UniFe.

### **Obiettivi del trattamento**

Lo scopo del trattamento è arrestare la progressione della malattia modificando i fattori paziente-specifici (i.e. abitudini di igiene orale domiciliare) e riducendo il numero di siti con PPD  $\geq$  5 mm associati a sanguinamento al sondaggio al fine di migliorare la prognosi della paziente.

### **Descrizione del timing**

In prima visita è stato eseguito il PSR. La paziente presentava un punteggio di 4 in tutti i sestanti. È stata compilata la cartella parodontale ed effettuato lo status radiografico. L'odontoiatra ha effettuato il controllo oclusale e corretto il trauma oclusale a carico dell'elemento 2.5 tramite molaggio selettivo. La paziente è stata motivata a una corretta igiene orale domiciliare tramite rivelatore di placca bitonale. Sono stati consigliati l'utilizzo di uno spazzolino elettrico roto-oscillante e di scovolini. Sono state eseguite due sedute di periodontal debridement, distanziate di una settimana l'una dall'altra, suddivise in una fase di rimozione di placca sopra-gengivale tramite air-polishing a base di eritritolo e in una di debridement sottogengivale tramite strumenti ultrasonici e curettes mini-five. La rivalutazione è stata eseguita dopo 8 settimane. Al termine della terapia attiva la paziente è stata inserita in un programma di mantenimento con frequenza quadrimestrale. Ogni seduta ha previsto la ri-motivazione della paziente, la rimozione del biofilm sopragengivale tramite air-polishing e la strumentazione con ultrasuoni selettiva dei siti residui con PPD  $\geq$  5 mm.

### **Strategie impiegate per correggere gli stili di vita**

La paziente presentava un indice di placca del 60%, un sanguinamento al sondaggio del 50% e depositi di tartaro sopra e sotto gengivali. Si è istruita la paziente ad una corretta igiene orale domiciliare tramite l'uso dello spazzolino elettrico, allo scovolino interdentale e a un dentifricio fluorato. La paziente non fuma, non ha il diabete e assenza di altre patologie sistemiche rischio correlate.

### **Valutazione dei risultati a medio-lungo termine**

Dopo 8 settimane si può notare un sostanziale miglioramento dell'aspetto clinico della paziente. I siti sanguinanti con PPD  $\geq$  5 mm sono passati da 100 a 21. L'indice di sanguinamento al sondaggio (BoP), diminuito da 50% a 30%. L'indice di placca (PI) era

del 60% e alla rivalutazione è del 25%. In questa prima fase si è ridotto il rischio della paziente da medio-elevato a medio. I siti con  $PPD \geq 5$  sono stati ristrumentati selettivamente ad ogni seduta di terapia di supporto. Dopo 2 anni dalla prima visita la paziente non presenta più nessun sito con  $PPD \geq 5$  e ha un indice di sanguinamento del 2%. Il suo livello di rischio si è ridotto da medio a basso. L'elemento 2.5 in prima visita presentava una PPD di 12 mm sanguinante associata a suppurazione e mobilità di grado 2. Dopo 8 settimane la PPD si è ridotta a 6 mm sanguinanti e non presentava più mobilità e suppurazione. Dopo 2 anni l'elemento non presenta più tasche sanguinanti e mobilità. All'esame Rx si può notare la completa remineralizzazione del difetto infraosseo associato all'ascesso parodontale. Attualmente la paziente è in terapia di mantenimento con frequenza quadrimestrale.

---

Spazio Clinica - Premio C. Cevenini