



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Liguria
Azienda Sanitaria Locale n. 5 "Spezzino"

Presidio Ospedaliero del Levante Ligure

Dipartimento Chirurgico I
Struttura Complessa di Odontoiatria
Direttore: Dott. Roberto Rendo

CONSENSO INFORMATO

Per i pazienti



Queste righe non hanno la pretesa di codificare o semplificare quella che è la deontologia nel rapporto medico-paziente, ma possono costituire un aiuto a quelle che sono, o meglio dovrebbero essere, le primissime fasi di una prima visita dal dentista.

L'odontoiatria negli ultimi anni ha avuto un forte sviluppo, dal punto di vista tecnico e tecnologico. Qualunque terapia che va dalla semplice otturazione all'applicazione di una protesi dentaria, anche senza l'atto chirurgico, si deve considerare un atto medico a tutti gli effetti, che non sono esenti dalla possibilità di incorrere in un danno biologico sotto l'aspetto civile e penale.

Attualmente il Consenso Informato viene fatto nella forma libera, dove il medico spiega al paziente tutte le fasi della terapia, le eventuali complicanze durante l'intervento, i rischi e i pericoli che possono verificarsi. Tutto ciò si basa sulla totale fiducia esistente tra medico e paziente, sul rapporto venutosi a creare tra le due parti. Il paziente accetta il tutto col suo assenso ad effettuare le cure, a livello verbale.

Il consenso alle cure, deve essere quindi preceduto da una buona spiegazione delle cure medesime (da qui il nome di consenso **INFORMATO**), ma non è sufficiente, deve essere anche scritto, e sottoscritto (per questo vi chiediamo una firma)

Non è semplice stabilire quanto il paziente abbia accolto e compreso delle spiegazioni scritte e orali, per cui non può essere utilizzato come elemento scagionante, ma comunque è un passo avanti verso la tutela del cittadino, perchè viene istruito ed informato su tutto ciò che comporta la sua terapia, ma anche per il medico perchè sempre più si sta andando verso un documento scritto che regoli il rapporto tra le due parti.

In attesa di essere visitati e curati, leggete con attenzione le poche pagine che qui trovate. Vi saranno utili per chiedere al medico che vi curerà maggiori informazioni e delucidazioni sulla terapia ed il piano di trattamento che intende applicare. Sarà ben contento di rispondere in modo semplice ed esaustivo chiarendo eventuali vostri dubbi.

BUONA LETTURA!

Dott. Roberto Rendo

LE ESTRAZIONI DENTARIE

CONSIDERAZIONI PRELIMINARI

Prima di procedere ad una estrazione dentaria devono essere raccolte tutte le informazioni utili per valutare le condizioni fisiche del paziente e per evitare, così, possibili complicazioni. Se da tale indagine, compresi i certificati e le documentazioni mediche che il paziente potrà produrre, risultino patologie epatiche o della coagulazione, cardiopatie od altre ancora, potranno essere necessari esami di laboratorio per valutare le condizioni attuali del paziente e poter in tal modo, instaurare, eventualmente, una terapia mirata. Importante è, inoltre, conoscere le eventuali terapie farmacologiche seguite, perché a volte, certi farmaci, dopo aver consultato il medico curante, andranno temporaneamente sospesi o sostituiti con altri, per evitare eventuali complicanze. La valutazione di una radiografia panoramica del cavo orale sarà necessaria per stabilire se un dente debba essere veramente estratto e darà utili indicazioni all'operatore sulla difficoltà della eventuale estrazione.

INDICAZIONI ALL'ESTRAZIONI DENTARIE



Dente senza possibilità di recupero.



Dente sovranumerario



Dente mobile

Le moderne opportunità terapeutiche consentono oggi di conservare molti denti. Ci sono tuttavia situazioni in cui un dente deve essere estratto. Le indicazioni all'estrazione dentaria sono le seguenti:

- presenza di un processo carioso che si estende fino ad interessare zone profonde al di sotto della gengiva o le radici
- forte mobilità dentaria a causa di una parodontopatia
- denti con granulomi non trattabili chirurgicamente o con efficace cura canalare

- denti che sono causa di ascessi imponenti e recidivanti
- radici non utilizzabili protesicamente
- mancanza di spazio per trattamento ortodontico
- fratture dentali irreparabili
- preparazione del canale radicolare per “falsa strada” (perforazione non intenzionale della parete del canale)
- presenza di malposizioni dentarie o di denti sovranumerari
- forte inclinazione dei denti.

ESTRAZIONI DENTARIE



LEVE

PINZE



pinze per i molari inferiori e superiori

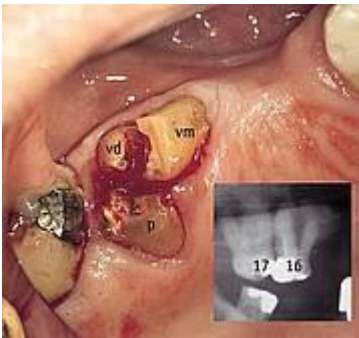
Gli strumenti essenziali per eseguire l'estrazione del dente sono le leve e le pinze. Le leve sono strumenti destinati a introdursi profondamente tra parete alveolare e radice, ed operare la lussazione del dente nell'alveolo. Le leve indispensabili sono tre: due per i denti dell'arcata inferiore, con la punta piegata ad angolo sul manico, e una per i denti dell'arcata superiore, diritta. Nelle pinze si distinguono i manici, un fulcro e i becchi curvi sul manico; quelle per l'arcata superiore hanno i becchi di presa che sono il prolungamento diretto dei manici senza o con lieve incurvamento a differenza di quelle per l'arcata inferiore. Le pinze sono dette anatomiche perché hanno i becchi di presa conformati in modo da adattarsi alla morfologia dei singoli denti. Dopo aver eseguito l'anestesia locale, con la leva, si opera lo scollamento della gengiva intorno al colletto del dente e la rottura, sin dove è possibile, del legamento alveolo-dentale; quindi, con la stessa leva, si cerca di

ottenere una prima lussazione del dente. Scelta poi la pinza adatta si afferra il dente al colletto e con la presa ben solida, senza stringere però troppo il dente, che verrebbe altrimenti schiacciato e fratturato, si passa alla lussazione del dente, con movimenti di torsione nei denti con radice unica a forma pressoché conica, e con movimenti di lateralità vestibolo-linguale negli altri denti. Quando il dente è lussato, lo si estrae.

ESTRAZIONI DENTARIE CON SEPARAZIONE RADICOLARI

La separazione delle radici è indicata quando:

- i denti fissi devono essere mobilizzati per evitare la frattura del dente o la distruzione dell'alveolo (rottura della parete);
- le radici sono molto diramate e ricurve;
- la carie ha colpito un lato in profondità, poiché la pinza non riesce a fare presa sulla superficie distrutta del dente,
- denti già indeboliti possono rompersi durante un'estrazione ed allora le radici devono essere tolte separandole con l'aiuto di leve o, a volte, rimosse chirurgicamente



Separazione delle radici

Verifica della mobilità delle radici

Estrazione delle radici separate

Qualora sulle radici non è più possibile applicare l'estremità di una leva, perché situate profondamente, si dovrà procedere ad una estrazione chirurgica.

Potrà essere necessario, in tal caso, sollevare un lembo gengivale per scoprire il tratto di osso posto in corrispondenza delle radici e usando apposite frese da osso, sotto continuo getto di acqua, arrivare a scoprire le radici per poi enuclearle con pinze o leve.

Avvenuta l'estrazione si procederà alla sutura della ferita chirurgica e si prescriverà al paziente una adeguata terapia antibiotica ed antinfiammatoria.

ISTRUZIONI DOPO UN INTERVENTO DI ESTRAZIONE DENTARIA

RIPOSO: evitare ogni attività che vi possa affaticare durante i primi giorni. Dormire con un cuscino in più aiuta a ridurre il gonfiore mattutino.

DOLORE: dopo l'intervento una leggera dolorabilità della zona operata può essere una fastidiosa conseguenza che si attenua considerevolmente con l'uso di appropriati analgesici.

SANGUINAMENTO: un sanguinamento leggero presente nella saliva è assolutamente normale durante il primo giorno. Evitate quindi pietanze calde per 12 ore e sciacqui ripetuti nelle prime 24 ore. Nel caso di una persistenza del sanguinamento, tamponate la zona interessata con una garza stretta tra i denti per 15\30 minuti. Se necessario, ripetete questa manovra un paio di volte.

GHIACCIO: per ridurre il gonfiore postoperatorio si può applicare, per le 6-8 ore successive, all'esterno della parte operata, del ghiaccio per circa 20 minuti consecutivi, sospendendo l'applicazione per 10 minuti.

FEBBRE: è possibile un leggero aumento della temperatura nelle prime 48 ore.

EDEMA: la zona operata può andare incontro a gonfiore che raggiunge il suo apice dopo circa 48 ore. A volte vi può essere la comparsa di un ematoma che sparirà nel giro di una settimana.

FARMACI: assuma regolarmente i farmaci che le sono stati prescritti, oltre ai suoi abituali (salvo altre indicazioni).

IGIENE ORALE: non usare lo spazzolino sulla zona operata per circa 2 giorni e procedete negli sciacqui con il collutorio prescritto dopo le prime 24 ore. Successivamente praticate un'accurata igiene orale.

DIETA: per le prime 24 ore eviti cibi caldi e particolarmente duri; briciole di grissini o cracker o biscotti potrebbero penetrare nella ferita chirurgica.

ALCOOL-TABACCO: sono formalmente controindicati nelle 24 ore successive. Possono disturbare la coagulazione, ritardare la cicatrizzazione ed essere responsabili del dolore post-operatorio.

GUARIGIONE DELL'ALVEOLO

A seguito di una estrazione rimane una cavità nel vostro cavo orale che con il tempo verrà riempita con tessuto osseo e mucosa.

Questo processo può avvenire in settimane o qualche mese ma già dopo 1 o 2 settimane non si avranno più fastidi.

COMPLICANZE A SEGUITO DI ESTRAZIONE

L'alveolite postestrattiva è, il più delle volte, una conseguenza della rimozione di un molare mandibolare. Nell'alveolo, a seguito d'una estrazione, si può determinare un processo infettivo che si manifesta in genere nelle prime 24-48 ore con dolore, a volte intenso, pulsante, con la formazione di tessuto grigiastro, maleodorante all'interno dell'alveolo e, a volte, secrezione purulenta. La terapia si basa sulla somministrazione di antibiotici, analgesici e, localmente, sulla disinfezione dell'alveolo con soluzioni antisettiche.

Il sanguinamento post-estrattivo generalmente ha origine dai piccoli vasi e, qualora non cessi dopo il tamponamento tramite una garza stretta tra i denti del paziente, può essere dominata praticando una sutura della ferita.

In alternativa, o in associazione alla sutura, possono impiegarsi gli agenti emostatici locali, quali cellulosa ossidata o trombina topica, che possono essere applicati nell'alveolo con una spugna di gelatina o un collagene microfibrillare. Alcuni di questi tamponi sono riassorbibili, altri vanno rimossi entro le 24 ore.

Nel caso di emorragie persistenti, provenienti da piccoli vasi alveolari o gengivali lacerati durante l'estrazione e rimasti beanti, un ulteriore sussidio terapeutico può essere la cauterizzazione della ferita mediante un elettrocoagulatore, cui viene fatta seguire una prolungata compressione con garza della ferita alveolare fino all'arresto dell'emorragia.

Comunicazioni oro-sinusali si possono verificare nel caso in cui radici di denti dell'arcata superiore raggiungano la cavità del seno mascellare. Dopo una estrazione, in tali casi, si può giungere all'apertura di questa cavità rivelata, il più delle volte, dalla fuoriuscita di sangue e acqua dal naso del paziente durante gli sciacqui. La terapia consiste nella sutura immediata della ferita mucosa e nella prescrizione di una adeguata terapia antibiotica onde prevenire una infezione del seno mascellare.

NOTE INFORMATIVE SULL'ANESTESIA

Nella terapia odontoiatrica è necessario praticare l'anestesia locale perché il paziente non avverta il dolore. Bisogna tenere presente però che l'anestetico locale è un farmaco e come tale può presentare effetti indesiderati.

Vi sono rischi d'interazione con altri farmaci, perciò è importante conoscere se il paziente ne sta assumendo e quali ed è per questo motivo che saranno richieste le informazioni utili per sapere le terapie assunte dal paziente.

Possibili effetti collaterali degli anestetici locali, spesso di natura nervosa, possono essere eccitamento, tremori, disorientamento, vertigini, sudorazione, nausea e vomito.

Soggetti predisposti ed ipersensibili possono manifestare fenomeni allergici locali con orticaria e prurito cutanei, ma si possono avere in rari casi anche fenomeni generali caratterizzati da broncospasmo ed edema laringeo fino al quadro di collasso cardiocircolatorio da shock anafilattico. Per questo motivo sarà richiesto al paziente se ha precedentemente avuto effetti allergici.

Denti del Giudizio (Ottavi)

Gli ultimi denti dell'arcata superiore e inferiore (l'ottavo dente dal centro) sono chiamati denti del giudizio, terzi molari oppure ottavi. Quando hanno abbastanza posto per erompere nella corretta posizione (in genere tra i 18 ed i 30 anni), i denti del giudizio possono essere un elemento utile della funzione masticatoria. Altrimenti, essi devono non di rado essere rimossi chirurgicamente. Più l'età è avanzata, più difficile diventa questo intervento chirurgico. Per evitare complicazioni, pertanto, è meglio non rimandare troppo l'eventuale asportazione dei terzi molari.

Quando devono essere rimossi i denti del giudizio?

Nei mascellari di molti pazienti non c'è abbastanza posto per alloggiare anche i denti del giudizio. In caso di mancanza di spazio e/o inclinazione errata del germe dentale, l'eruzione (la fuoriuscita) dei denti del giudizio è spesso difficoltosa: essi rimangono completamente o parzialmente nell'osso, senza raggiungere il piano oclusale. Secondo il caso, se perforano o no la gengiva, si chiamano denti del giudizio inclusi (totalmente o parzialmente)



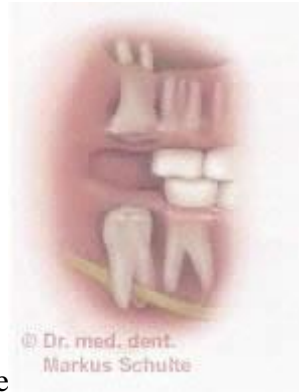
1, inclinato mesialmente



2 inclinato distalmente



in inclusione orizzontale



in inclusione verticale

(nervo passa tra le radici)

Rischio di carie e di infezioni

L'igiene dentale, nella zona dei denti del giudizio parzialmente inclusi, è difficile. La conseguenza è spesso una distruzione cariosa di quest'ultimi oppure dei secondi molari adiacenti. Nella zona d'eruzione del dente si possono anche produrre infiammazioni croniche della gengiva o ascessi purulenti dolorosi.



La radiografia mostra una carie profonda nella parte posteriore del secondo molare inferiore.

La causa è un dente del giudizio inclinato orizzontalmente che non è stato estratto per tempo.

Cisti



Grossa cisti originata da un dente del giudizio incluso, e scoperta per caso tramite una radiografia di controllo.

I denti del giudizio inclusi non di rado sono la causa di formazioni cistiche. Per cisti si intendono delle cavità tondeggianti che si espandono nell'osso senza farsi notare, distruggendolo. In casi molto rari, da una cisti può avere origine un tumore.

Indicazione ortodontica

La forza propulsiva dei denti del giudizio, durante la loro fuoriuscita, può provocare spostamenti dell'arcata dentale, causando una mancanza di spazio nella zona dei denti frontali. Pertanto, l'estrazione dei denti del giudizio può essere necessaria all'inizio di un trattamento ortodontico.

Dolori facciali

I denti del giudizio inclusi possono, qualche volta, provocare dolori nevralgici facciali e devono quindi essere rimossi.

Indicazione protesica

Prima di affrontare una complessa ricostruzione protesica (ponti, protesi totali o parziali) i denti del giudizio impattati dovrebbero essere rimossi.

A quale età dovrebbero essere rimossi i denti del giudizio?

A causa della crescita radicolare e dell'addensamento osseo, l'estrazione dei denti del giudizio è sempre più difficile con l'aumentare dell'età. Pertanto, la rimozione chirurgica degli ottavi dovrebbe essere fatta in giovane età, non appena è chiaro che l'eruzione dei terzi molari non sarà corretta. Nei giovani, il rischio di complicazioni è molto basso. Grazie alla buona capacità di guarigione, osso e gengive saranno presto rigenerati.

L'intervento chirurgico

Prima dell'intervento chirurgico viene eseguito un esame approfondito del cavo orale. Le radiografie mostrano gli ottavi con le loro radici, la loro posizione nell'osso e la loro vicinanza a certe strutture anatomiche (nervi, seno mascellare). I risultati della visita vengono in seguito discussi con il paziente ed un piano di trattamento è elaborato. Per una corretta valutazione dello stato di salute, in previsione dell'intervento programmato, si prega di fornirci delle informazioni riguardo eventuali allergie, malattie in generale e farmaci assunti.



Per l'estrazione operatoria di un ottavo in inclusione ossea vengono prima aperti i tessuti che lo ricoprono esponendo il dente. L'osso viene asportato con molta cura, quindi il dente è tolto intero o sezionato in due o più parti, chiudendo poi la ferita con dei punti di sutura. Secondo il grado di difficoltà, l'intervento dura da 20 a 45 minuti. Il giorno dopo l'intervento viene effettuato un controllo della ferita, ed i punti di sutura sono rimossi dopo una settimana.

Anestesia

La rimozione dei denti del giudizio inclusi è un intervento di routine, che può essere eseguito ambulatoriamente in anestesia locale. Anche se l'operazione è completamente indolore, può risultare traumatica ai pazienti ansiosi e sensibili.

Dopo l'intervento - Che cosa succede?

I medici della divisione danno precise istruzioni sul comportamento postoperatorio. Insieme ai medicinali necessari si riceve un foglio istruttivo con le apposite delucidazioni. **Dolore:** L'intensità e la durata del dolore dipendono dalla complessità dell'intervento. Normalmente non è molto forte e scompare dopo pochi giorni. Con gli antidolorifici è possibile controllarlo senza problemi.

Gonfiore: con questo tipo d'intervento c'è da aspettarsi un gonfiore più o meno accentuato. Compresses fredde aiutano a contenere la tumefazione che raggiunge il suo massimo circa 48 ore dopo l'intervento. **Ematoma:** Qualche volta può avvenire una colorazione della cute a causa di un ematoma. **Apertura della bocca:** Nei primi giorni l'apertura della bocca può essere limitata.

Rischi e complicazioni

La rimozione chirurgica dei denti del giudizio è un'operazione di routine, effettuata nel nostro Studio molto frequentemente e quasi sempre senza problemi. Con l'esperienza del chirurgo

diminuisce anche il rischio di eventuali complicazioni. Ciò nonostante, il consenso informato del paziente prevede l'informazione su tutte le complicanze possibili, seppure quelle rare, del trattamento previsto.

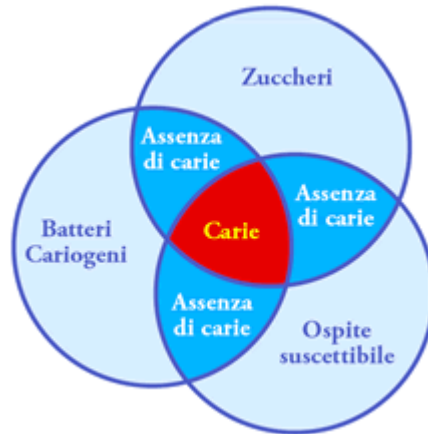
- Infezioni: in tutte le operazioni chirurgiche esiste il rischio di un'infezione batterica della ferita. Con il trattamento locale (lavaggio, drenaggio) ed con l'eventuale assunzione di antibiotici, in genere il problema si risolve velocemente.
- Seno mascellare: durante la rimozione dei denti del giudizio superiori il seno mascellare può essere aperto se i denti inclusi sono collocati molto in alto. Una chiusura stagna della ferita tramite punti di sutura porta di solito ad una buona guarigione.
- Denti adiacenti: occasionalmente le radici dei denti adiacenti possono essere danneggiate qualora quest'ultime si trovino a diretto contatto con i denti del giudizio.
- Disturbi della sensibilità: i nervi sensitivi della lingua e del labbro inferiore sono in stretta relazione anatomica con i denti del giudizio inferiori. In certi casi l'intervento può causare una passeggera iposensibilità o insensibilità della lingua o del labbro inferiore. Perdite di sensibilità permanenti sono una complicazione molto rara.
- Frattura della mandibola: in casi estremamente rari si può assistere alla frattura della mandibola se questa è indebolita (osteoporosi, atrofia, difetto osseo molto esteso). In ogni caso, nelle prime settimane dopo l'intervento, è consigliato evitare le attività sportive ed i cibi particolarmente duri.
- Residui di radice: se il dente del giudizio ha delle radici lunghe e sottili, gli apici radicolari possono fratturarsi durante l'avulsione. Questi residui radicolari vengono accuratamente cercati e rimossi dall'osso. Qualora la rimozione dei frammenti presenti dei rischi a causa della difficile situazione anatomica (per esempio vicinanza di un nervo), essi possono anche essere lasciati in sito; di regola ciò non influenza negativamente la guarigione della ferita.

LA CARIE DENTARIA

La carie è un processo distruttivo lento e localizzato dei tessuti duri del dente, che si estende dalla superficie alla profondità ed è caratterizzato da una progressiva decalcificazione e successiva dissoluzione dell'impalcatura organica del dente stesso.

Per potersi sviluppare, la carie necessita della presenza contemporanea di tre fattori:

1. **ospite suscettibile**
2. **dieta ricca di zuccheri**
3. **batteri ad attività cariogena**



1. ospite suscettibile: Le caratteristiche strutturali dei denti incidono notevolmente sulla possibilità di formazione della carie (ad esempio se il dente presenta solchi molto accentuati si avrà un maggiore ristagno di residui alimentari e di batteri (placca batterica), che sono i fattori scatenanti di un processo carioso.

2. dieta ricca di zuccheri: Gli zuccheri sono un elemento fondamentale per la formazione della carie; essi sono trasformati in acidi da alcuni tipi di batteri normalmente presenti nel cavo orale; tali acidi provocano la demineralizzazione del dente e quindi l'inizio del processo carioso.

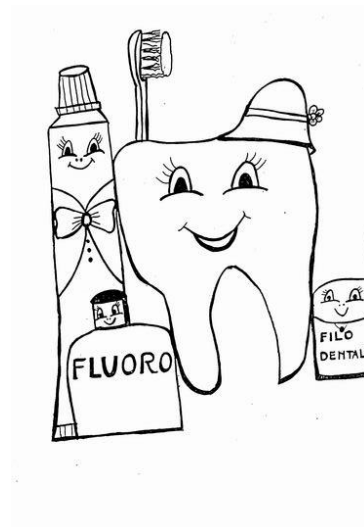
3. batteri ad attività cariogena: I principali batteri responsabili della lesione cariosa sono lo Streptococco mutans e il Lattobacillo.

LA PREVENZIONE DELLA CARIE

Igiene alimentare

Una corretta alimentazione prevede l'assunzione in modo equilibrato di proteine, lipidi, carboidrati, vitamine e sali minerali.

I carboidrati semplici (zuccheri), come già visto, rivestono un ruolo fondamentale nella formazione della carie.



Igiene orale

Una corretta igiene orale è di fondamentale importanza per evitare la formazione di carie. Il suo scopo è l'allontanamento dal cavo orale delle sostanze cariogene, rappresentate dai residui alimentari e dalla placca batterica. Per ottenere tale risultato i denti vanno lavati dopo ogni pasto e con particolare cura la sera. Lo spazzolino deve avere della setole di durezza media e la testina deve essere abbastanza piccola in modo da poter raggiungere facilmente tutte le superfici dei denti. I denti vanno lavati tenendo la bocca semiaperta e pulendoli a gruppi di 2-3 per volta; il movimento dello spazzolino deve essere in senso verticale, andando dalla gengiva verso i denti (come quando si pulisce il pettine con una spazzola); solo sulle superfici masticatorie risulta efficace un movimento orizzontale.

L'uso del filo interdentale è un valido aiuto per la pulizia degli spazi esistenti tra un dente e l'altro.

Le compresse rilevatrici di placca sono utili sia per evidenziare le zone dove si accumula la placca sia per verificare il corretto uso dello spazzolino. Infatti, se sciolte in bocca dopo aver lavato i denti, permettono di individuare quelle zone dove non si è pulito bene, e quindi di capire dove insistere con lo spazzolino.

Bisogna inoltre ricordarsi di effettuare periodicamente una pulizia dei denti presso il proprio dentista di fiducia, allo scopo di rimuovere il tartaro che si deposita sui denti e che lo spazzolino non riesce ad eliminare.

Applicazione di sostanze protettive

Nei soggetti ad elevato rischio di carie è oggi possibile trattare i denti con sostanze che ne evitano la formazione. Tali materiali sono essenzialmente i sigillanti e le lacche a base di fluoro o di clorexidina.

I sigillanti sono delle resine che si applicano sulle superfici masticatorie dei denti sani ed hanno lo scopo di diminuire la profondità dei solchi presenti su tali superfici. La loro efficacia è dovuta al fatto che è proprio da questa zona che frequentemente inizia il processo carioso.

Il fluoro e la clorexidina sono delle sostanze usate già da tempo per la prevenzione della carie e la loro assunzione può essere effettuata attraverso colluttori o dentifrici medicati. Per risolvere tali problemi, sono state prodotte delle lacche che, applicate periodicamente sui denti, consentono un rilascio costante di piccole quantità di fluoro o di cloreksidina proprio nelle zone a maggior rischio.

Fluorofilassi

Il fluoro si è rilevato un elemento particolarmente efficace nella protezione dei denti dalla carie. Esso è presente in alcuni alimenti, quali tè, arachidi e pop-corn.

L'assunzione quotidiana di compresse di fluoro durante il periodo di mineralizzazione dei denti, che termina a 12 anni, determina la formazione di smalto maggiormente resistente agli acidi prodotti dai batteri, mentre dopo tale periodo il fluoro somministrato per via sistemica non è più in grado di raggiungere lo smalto.

L'uso locale del fluoro risulta, invece, efficace a qualsiasi età; esso, infatti, se applicato direttamente sui denti, oltre a rendere lo smalto più resistente, è in grado di inibire la formazione di acido da parte dei batteri.

Visite periodiche di controllo

Le visite di controllo effettuate ogni 6-8 mesi rappresentano un criterio di prevenzione che, pur non impedendo la formazione della carie, consentono una terapia precoce, evitando così lesioni dentarie di maggiore gravità.



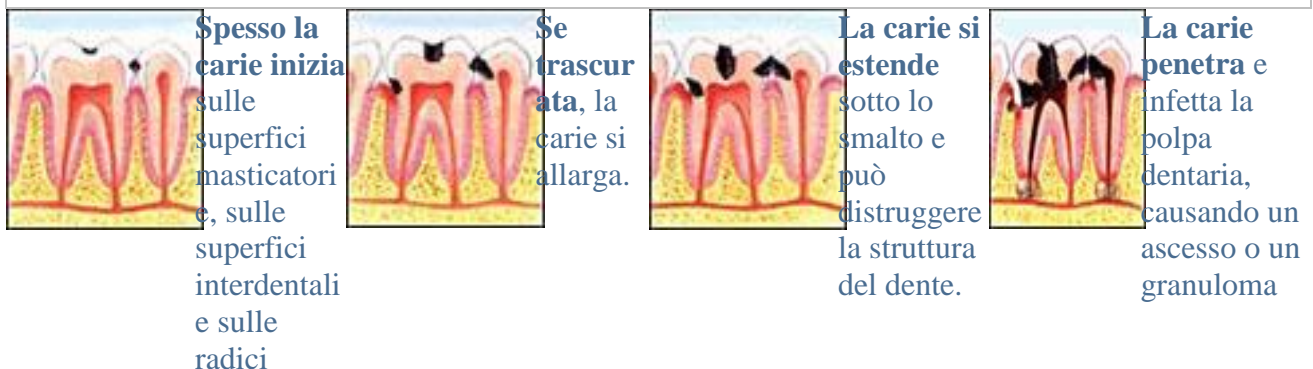
LA TERAPIA CONSERVATIVA

L'odontoiatria restaurativa (o conservativa) è la branca dell'odontoiatria che si occupa della prevenzione e della terapia delle lesioni, sia congenite che acquisite, ai tessuti calcificati dei denti.

Le conseguenze della malattia cariosa che non viene curata in tempo possono essere le seguenti:

- rischio di perdita della corona
- necrosi della camera pulpare
- interessamento dell'osso alveolare
- infezioni del canalicolo pulpare
- lesioni periapicali: osso alveolare profondo, membrana periodontale

PROGRESSIONE DELLA CARIE



scoperte.

In caso di carie dentale che non interessi la polpa, l'intervento terapeutico consiste nella sostituzione del tessuto perso con bio-materiali. Possiamo riassumere le attività terapeutiche nel seguente modo:

- individuazione e diagnosi delle cavità cariose
- escissione dei tessuti cariati
- realizzazione delle cavità terapeutiche di forma determinata in sostituzione di quelle cariose
- applicazione di sostanze protettive o di lenimento per l'organo pulpo-dentinale
- restaurazione delle cavità con materiali che consentono il ripristino delle normali morfologie e funzioni dell'elemento

Cure conservative

In linea di massima esse consistono in:

- SIGILLATURA DEI SOLCHI
- OTTURAZIONI/RICOSTRUZIONI

SIGILLATURA DEI SOLCHI

La superficie masticante dei denti (sia decidui che permanenti), detta anche superficie oclusale, presenta dei solchi che in alcuni casi sono tanto accentuati da impedire che le setole dello spazzolino possano asportare i residui alimentari, favorendo così l'instaurarsi della carie. In tale situazione si ricorre appunto alla loro sigillatura, che viene ottenuta con applicazione di liquidi a base resinosa, trasparente o bianca, autoindurente o indurita con le lampade fotopolimerizzabili.



OTTURAZIONI

In base ai materiali usati, distinguiamo:

Otturazioni in amalgama

L'amalgama d'argento è un materiale usato per restauri conservativi; è una lega polifasica che si ottiene dalla miscelazione di una lega in polvere con un liquido (mercurio) destinata ad essere inserita e compressa nella cavità precedentemente preparata (con l'eliminazione delle manifestazioni cariose). L'amalgama, dopo opportuna modellazione, indurisce in tale cavità producendo un restauro stabile e dai caratteri metallici. Le proprietà positive dell'amalgama sono la resistenza al carico masticatorio, l'economicità e la relativa facilità d'uso; l'unico aspetto negativo è di natura estetica. Dopo essere state modellate, le otturazioni in amalgama devono essere rifinite e lucidate.



OTTURAZIONE IN AMALGAMA NON LUCIDATA
AMALGAMA DOPO LUCIDATURA

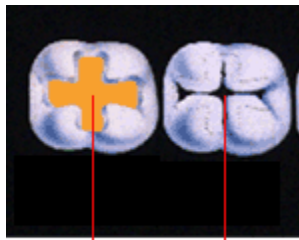


OTTURAZIONE IN

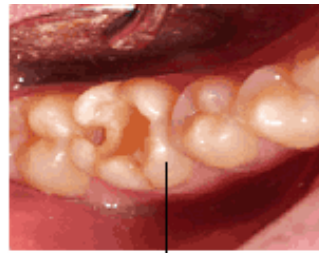
Spendiamo ora due parole per la rassicurazione dei pazienti, dato che in questi ultimi anni sono stati diffusi allarmismi sulla tossicità del mercurio. Recenti lavori scientifici europei e americani hanno accertato che la quantità di vapori di mercurio, dovuta alle otturazioni, presente nel cavo orale e nella saliva, **non** è pericolosa. La popolazione europea assume giornalmente con gli alimenti circa 5/10 microgrammi di mercurio, mentre fino a 5 microgrammi sono quelli che possono essere liberati dalle otturazioni. La somma dei due valori è di gran lunga inferiore al valore accertato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come quotidianamente tollerabile, che è pari a 30-40 microgrammi al giorno.

Otturazioni in composito

Per far fronte alle esigenze estetiche dei pazienti, soprattutto sui denti frontali, si ricorre a materiali resinosi con una gamma di colori che si avvicina a quella dei denti. Questi materiali (detti in generale "compositi") hanno avuto, e continuano ad avere, una continua evoluzione, dato che si cerca di unire al fattore estetico anche quello della loro resistenza al carico masticatorio e all'abrasione da saliva o da spazzolino. Esistono infatti materiali per i denti posteriori che resistono alla masticazione quasi come l'amalgama, e per i denti anteriori che danno un risultato estetico ottimale.



forma della cavità carie occlusale



molare preparato



lo stesso ricostruito in composito



prima



dopo

OTTURAZIONI INFILTRATE DI DENTI FRONTALI CARIATI, PRIMA E DOPO IL TRATTAMENTO CON OTTURAZIONI IN COMPOSITO

Spesso, a cure ultimate e soprattutto se la carie era profonda, il paziente potrebbe accusare per qualche tempo (circa un mese) sensibilità agli stimoli termici o durante la masticazione. Nel caso che tale sintomatologia perduri o si acuisca, si dovrà ricorrere alla terapia canalare.

Amalgama vantaggi:

buona resistenza all'abrasione, ottima sigillatura nel tempo del bordo di passaggio tra tessuto dentale ed amalgama = riduzione della carie secondaria

Amalgama svantaggi:

estetica: ha un colore metallico

contenutistica: contiene mercurio

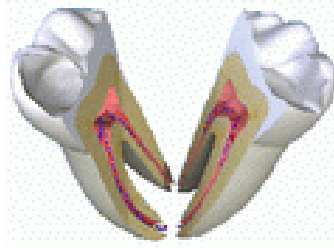
Composito vantaggi:

notevole esteticità delle otturazioni, almeno per i primi anni

Composito svantaggi:

cattiva resistenza all'abrasione, tendenza alla riduzione nel tempo del sigillo del bordo di passaggio tra tessuto dentale e composito = aumento della carie secondaria, possibilità che si crei una ipersensibilità dentinale

Otturazioni troppo grandi 'spaccano' il dente!

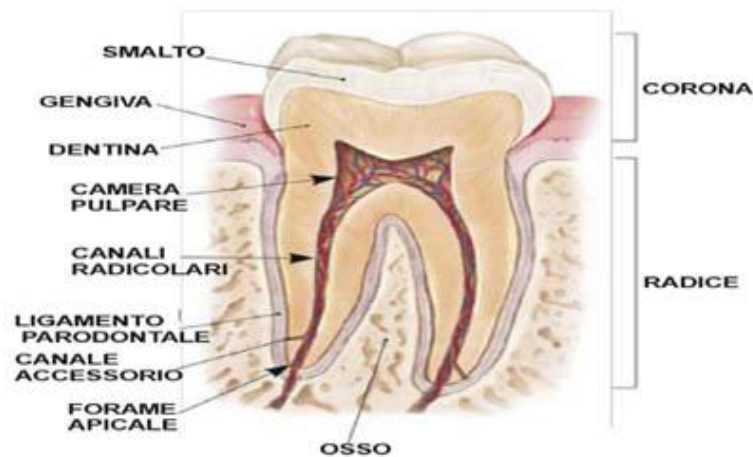


Le otturazioni dei denti sono necessarie per la sostituzione della struttura di dente compromessa dalla carie. Quando le lesioni cariose diventano molto estese possono presentare un rischio per la durata del dente stesso. Sebbene curato dalla carie, infatti, un dente con un'otturazione molto grande può, con il tempo, andare incontro a frattura. Le pareti residue dei denti con grosse otturazioni sono particolarmente sottili, e sottoposte ai carichi masticatori possono prima o poi cedere.

Per evitare tali fratture dette da "affaticamento" delle pareti esterne dei denti otturati bisogna cambiare strategia d'intervento. Il dentista ha la possibilità di rinforzare il dente indebolito dalla carie con una corona che lo abbracci, aumentandone le caratteristiche biomeccaniche.

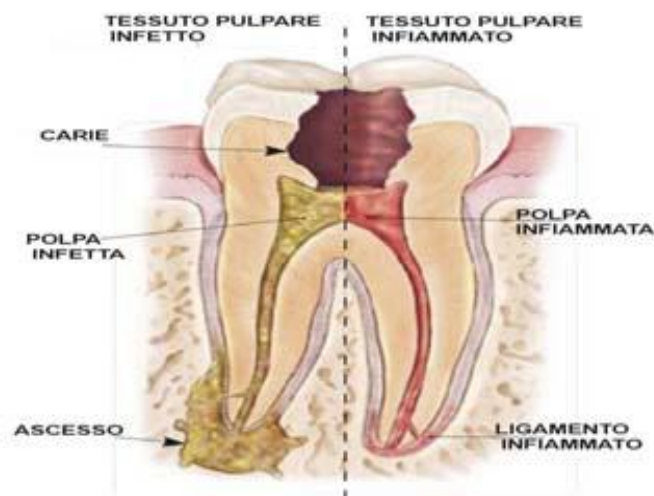
L'endodonzia è la branca dell'Odontoiatria che si occupa delle patologie della polpa (il cosiddetto "nervo") dei denti e degli effetti che tali patologie possono causare sui tessuti ossei limitrofi alla radice del dente interessato (i cosiddetti "granulomi", termine ormai entrato nell'immaginario popolare, che raggruppa tutta una serie di patologie e manifestazioni in realtà differenti) e sui tessuti mucosi corrispondenti ai denti interessati (ad es. infiammazione o, addirittura, fistole).

La polpa dentaria, contenuta all'interno del dente, comunemente indicata con il termine di "nervo del dente", è in realtà un tessuto connettivo altamente specializzato contenente arterie, vene, terminazioni nervose e cellule connettivali.



Quando è necessario procedere con un trattamento endodontico?

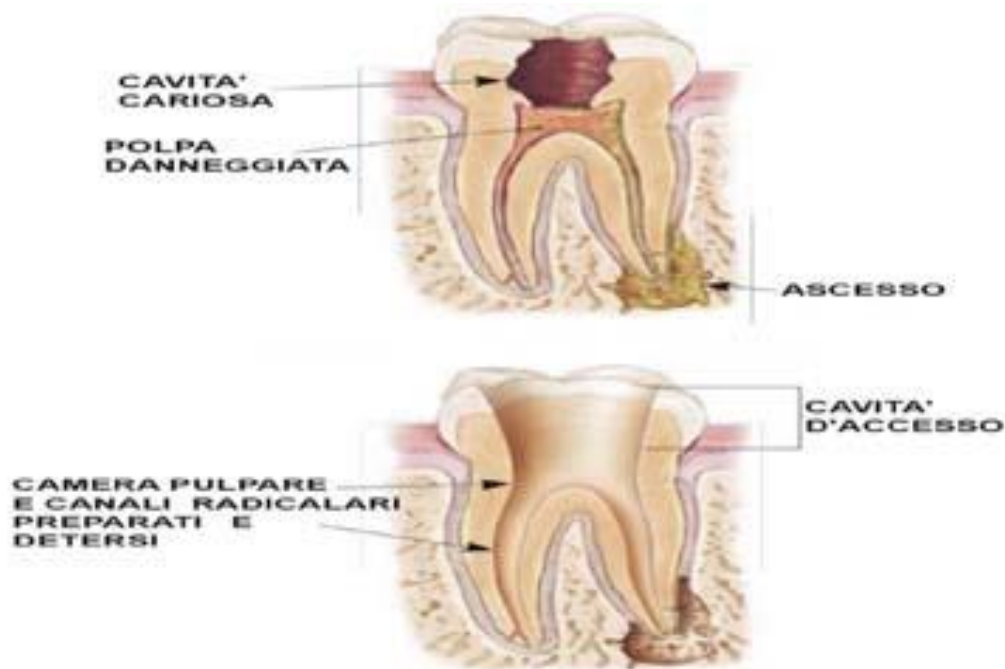
In seguito ad una carie profonda e relativa contaminazione batterica, oppure in seguito ad un trauma, la polpa va incontro ad infiammazione ed infezione: è il quadro, clinicamente spesso doloroso, della pulpite. L'infiammazione acuta o cronica (ovvero più o meno rapida nella sua evoluzione) si può propagare al di fuori dell'apice della radice dentaria e diffondersi all'osso alveolare circostante provocando lesioni definite come ascesso o granuloma. In questi casi il trattamento endodontico è assoluto, essendo l'unica alternativa all'estrazione dell'elemento dentario.



In cosa consiste il trattamento endodontico?

Il trattamento endodontico consiste nella rimozione del tessuto pulpare sia a livello della corona sia

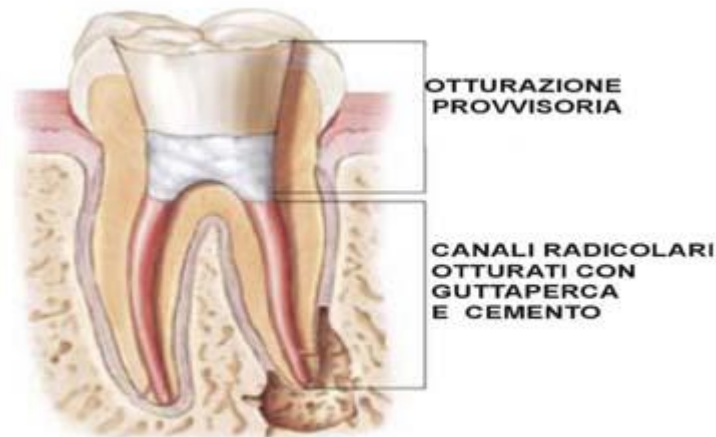
a livello delle radici e nella sostituzione del tessuto rimosso con un'otturazione permanente in guttaperca e cemento canalare, previa adeguata sagomatura dei canali radicolari.



Quanto dura questo trattamento?

Il trattamento endodontico è abbastanza lungo soprattutto per i molari, poiché necessita di una o più sedute a seconda dei casi. I tempi operativi del trattamento endodontico sono i seguenti:

4. Anestesia locale (l'intero trattamento è completamente indolore)
5. Isolamento del campo operativo
6. Apertura della camera pulpare attraverso la corona dentale
7. Ritrovamento del o dei canali. Misurazione della lunghezza del canale (dalla corona sino all'apice radicolare) mediante una radiografia o un localizzatore apicale. La dose di radiazione assorbita nell'esecuzione di una radiografia ad uso odontoiatrico è minima. Il rapporto rischio/beneficio è altamente a favore del beneficio (e di una corretta cura endodontica)
8. Strumentazione dei canali mediante uno strumento endodontico che asporta la polpa canalare, batteri e sostanze infette creando nel medesimo tempo una forma a cono, adatta a ricevere il materiale di otturazione
9. Lavaggi con ipoclorito di sodio, potente antisettico, per ottenere un ambiente il più possibile asettico
10. Riempimento permanente dei canali con guttaperca, materiale plastico e modellabile con il calore, associato al cemento canalare.
11. Otturazione provvisoria
12. Controllo radiografico della fine della cura
13. Ricostruzione del dente



Farà male questo trattamento?

Durante il trattamento endodontico il dolore è completamente assente grazie all'anestesia locale. Un indolenzimento, che può essere soggettivamente più o meno lieve, è quasi sempre presente nei due-tre giorni successivi alla cura endodontica. Si può ovviare con un qualsiasi analgesico. In rarissimi casi, in radici particolarmente infette, a causa della mobilizzazione ed al passaggio di batteri oltre apice può svilupparsi un ascesso, ovviamente doloroso; l'insorgenza di queste complicanze non pregiudica il successo della terapia endodontica iniziata. In questi casi è necessario il drenaggio dei canali: questo si può ovviamente ottenere ritornando pochi minuti in studio.

Cosa si ottiene con il trattamento endodontico?

Il recupero dell'elemento dentale e la possibilità del suo reinserimento con il restauro nell'arcata dentale.

I RITRATTAMENTI

Occasionalmente un dente che è stato sottoposto ad intervento endodontico (devitalizzazione), può **non** guarire. Quando questo accade, il dente spesso può essere salvato con un secondo trattamento endodontico: il ritrattamento.

Perché occorre ritrattare i canali del dente?

Sebbene la polpa sia stata rimossa e sostituita con un altro materiale di otturazione, il dente deve essere ritrattato per problemi dovuti ad una o più delle seguenti cause:

1. Incompleta detersione ed otturazione dei canali

Affinché il trattamento endodontico (devitalizzazione) abbia successo, i canali delle radici devono essere interamente detersi ed otturati. Alcuni canali sono a volte così stretti, calcificati o curvi che i più piccoli strumenti usati per ripulirli non riescono a percorrerli. Altri canali sono così piccoli che non sono facilmente individuabili, oppure alcuni canali sono otturati in maniera approssimativa.

2. Trauma radicolare

Un nuovo trauma può aver causato la frattura della radice e una cisti o un'infezione possono essersi sviluppate all'apice (punta) della radice.

3. Nuova carie

Una nuova carie può distruggere la corona del dente ed espone il materiale da otturazione del canale ai batteri e alla saliva causando una nuova infezione dei canali delle radici. Una frattura o incrinatura di un'otturazione o la decementazione di una corona o di un perno radicolare possono determinare i medesimi danni.



Un trattamento endodontico insufficiente ha determinato l'insorgenza di una infezione cronica dell'osso periradicolare (freccia) che in seguito è sfociata in una manifestazione acuta caratterizzata da dolore e edema dell'area interessata.



Il ritrattamento endodontico correttamente eseguito. I canali sono interamente riempiti con un materiale, guttaperca, che li sigilla rispetto all'ambiente esterno. La sintomatologia dolorosa rapidamente scompare.



A distanza di 6 mesi la lesione ossea è guarita. La prognosi del dente è buona.

Chi può eseguire il ritrattamento?

Tutti gli Odontoiatri hanno la preparazione sufficiente per eseguire i ritrattamenti. Molti casi, però, sono veramente complessi e richiedono l'intervento di specialisti in questo settore, che dedicano maggiormente la loro attività professionale all'Endodonzia (devitalizzazioni) e che perciò sono più esperti nell'eseguire tali terapie.

Cosa capita durante un ritrattamento?

Il dente deve essere riaperto, i canali nuovamente detersi ed otturati. Nei casi in cui non sia possibile tutto ciò (canali curvi, perni nei canali, ecc.) può essere necessaria un'incisione della gengiva che permette di esporre l'apice del dente al fine di poterlo sigillare (apicectomia ed otturazione retrograda).

Il paziente può avere male?

Durante il trattamento il dente può fare male. Questo è un inconveniente che non pregiudica il buon esito della terapia.

Se il primo trattamento è fallito, come può il paziente essere sicuro che il ritrattamento abbia successo?

Non ci sono naturalmente garanzie certe. Molte volte il ritrattamento è l'unica alternativa all'estrazione. L'Odontoiatra fornirà sicuramente tutte le informazioni e le alternative terapeutiche affinché il paziente possa decidere in completa tranquillità e consapevolezza.

Quali sono le alternative al ritrattamento?

L'estrazione del dente è solitamente l'alternativa: La perdita di un dente può portare allo spostamento di quelli vicini con gravi interferenze nell'occlusione e nella masticazione. Il dente si può rimpiazzare con un ponte ancorato ai denti vicini, se presenti, o con un impianto nell'osso. Tutti questi sono dei procedimenti molto lunghi, costosi.

LA CHIRURGIA ENDODONTICA

Cosa si intende per chirurgia endodontica?

La chirurgia endodontica rappresenta l'intervallo di elezione quando non è possibile curare un dente con una lesione apicale, chiamata anche granuloma, mediante un normale trattamento canalare attraverso la corona del dente.

Quando è indicato l'intervento chirurgico?

Una delle frequenti evenienze che richiede un intervento chirurgico è rappresentata dalla presenza di perni cementati nella radice. In alcuni casi il tentativo di rimuovere il perno può provocare la frattura della radice, evento che condurrebbe all'estrazione del dente. In questi casi per evitare la frattura radicolare, si preferisce trattare il dente chirurgicamente.

Vi sono inoltre altre indicazioni all'intervento chirurgico di apicectomia che devono essere valutate attentamente dall'Odontoiatra prima di estrarre i denti che potrebbero essere curati con successo. La conservazione di un elemento dentale che può essere curato rappresenta per il paziente un indubbio vantaggio dal punto di vista biologico. Inoltre in una sola seduta, il paziente risolve il problema dentale senza doversi sottoporre a cure lunghe e onerose, quali l'esecuzione di un lavoro protesico, il classico ponte, per sostituire un elemento dentario estratto.

Quanto dura l'intervento?

L'intervento viene eseguito ambulatorialmente in anestesia locale; è indolore e di durata variabile a seconda dei casi più o meno complessi. Può essere eseguito non solo sui denti frontali (incisivi e canini), come comunemente si crede, ma anche a livello dei molari.

Quali sono le fasi dell'intervento?

L'intervento consta molto semplicemente di una prima fase in cui si esegue una piccola incisione a livello della gengiva del dente da trattare ed una volta esposta la radice sottostante si ottura l'apice utilizzando un materiale bioinerte (sigillo retrogrado).

Come si controlla la riuscita dell'intervento?

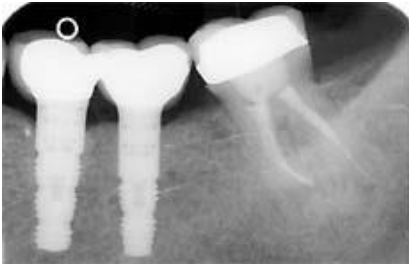
Se l'intervento ha avuto buon esito, dopo circa 6-12 mesi, ad un successivo controllo radiografico, l'area di radiotrasparenza deve essere completamente scomparsa. Il dente che ha subito un intervento di apicectomia, se correttamente ricostruito dal punto di vista conservativo o protesico, può a tutti gli effetti avere una prognosi a distanza simile a quella degli altri denti dell'arcata. Quali sono i disturbi post-operatori a cui il paziente va incontro dopo l'intervento? I disturbi post-operatori che il paziente può accusare sono paragonabili a quelli che si verificano in seguito all'estrazione di un elemento dentale. L'eventuale dolore e gonfiore possono essere combattuti dall'assunzione di farmaci antidolorifici ed antiedemigeni. Tuttavia, nell'arco di tempo di 2-3 giorni la sintomatologia si risolve completamente.

Quando il paziente può ritornare al lavoro?

Il paziente può ritornare alla propria attività lavorativa, se non impegnativa dal punto di vista fisico, dopo 4-5 ore dall'intervento. Un giorno di riposo può essere consigliato a seconda del tipo di intervento richiesto.



L'importante lesione di origine endodontica non è guarita neppure con un ritrattamento correttamente eseguito. Si procederà quindi ad un intervento di apicectomia sugli apici della radice interessata dall'infezione.



A 6 mesi di distanza dall'intervento i tessuti appaiono normali e nell'area della lesione si è completamente riformato tessuto osseo sano.

PARODONTOLOGIA

Oltre alla carie esistono altre malattie in grado di compromettere la salute dei denti. Le più frequenti colpiscono l'apparato di sostegno, definito appunto parodonto.

Il **PARODONTO** o periodonto o tessuto parodontale è formato dai seguenti tessuti:

- GENGIVA
- LEGAMENTO PARODONTALE (robuste fibre di tessuto che si ancorano da un lato all'osso alveolare e dall'altro lato alla radice del dente, creando una sorta di robusta "ragnatela" che mantiene la radice del dente sospesa all'interno dell'alveolo)
- CEMENTO (tessuto duro che riveste la superficie della radice dentale)
- OSSO ALVEOLARE (sottile lamina ossea che circonda il dente).

Il parodonto ha la duplice funzione di mantenere attaccato il dente all'osso e di conservare l'integrità dei tessuti coinvolti nella masticazione.

La **PARODONTOLOGIA** è la branca dell'odontoiatria che studia i tessuti del parodonto (peri = attorno; odons = dente) e le patologie ad esso correlate definite appunto malattie parodontali o parodontopatie, o piorrea (termine storico oggi ancora utilizzato nel linguaggio comune).

Si calcola che siano almeno dieci milioni gli italiani che soffrono di tali patologie dopo i trenta anni di età, ma anche nei giovani questa malattia può insorgere a causa della predisposizione genetica e/o condizioni anatomiche particolarmente sfavorevoli che portano ad una precoce perdita degli elementi.



LA MALATTIA PARODONTALE

La malattia parodontale è una malattia infiammatoria provocata dai microrganismi della placca batterica, è indicata anche parodontopatia perché colpisce il parodonto cioè le strutture che circondano il dente e lo mantengono saldamente attaccato all'osso.



La malattia parodontale è quindi un'infezione cronica delle strutture parodontali. Essa viene causata da certi batteri, in parte anaerobici, ossia viventi in assenza di ossigeno, e decorre solitamente in modo indolore.



Batteri dalle tasche parodontali
sotto il microscopio

La nostra bocca è normalmente colonizzata da ca. 500 ceppi diversi di batteri. Il sistema immunitario riesce facilmente a tenerli a bada finché non diventano troppo numerosi. Se invece l'igiene orale è trascurata, i batteri formano la cosiddetta placca dentale, uno strato appiccicoso, nel quale i germi possono moltiplicarsi indisturbati. Le tossine da essi prodotte portano dapprima alla gengivite che si manifesta con gengive che sanguinano quando si spazzolano i denti.



Gengivite con tendenza
al sanguinamento

Se non curata l'infiammazione può estendersi in profondità dalle gengive all'apparato parodontale e può distruggere le fibre parodontali e l'osso alveolare che sorregge i denti.

Si formano allora delle tasche prima gengivali, poi ossee, che celano al loro interno residui tartarei e placca batterica.



Piorrea avanzata con tasca ossea profonda

La malattia parodontale, se lasciata incurata, progredisce e porta all'allentamento e alla perdita dei denti.

Quali fattori favoriscono la piorrea?

- Igiene orale inadeguata: La causa principale per la stragrande maggioranza dei casi di parodontite. La placca batterica provoca prima la gengivite che poi diventa piorrea. Soprattutto in presenza di altri fattori di rischio l'igiene orale gioca un ruolo determinante.
- Fumo: Solo da alcuni anni sappiamo che i forti fumatori (10 e più sigarette per giorno) hanno un rischio più elevato di contrarre la piorrea che i non-fumatori. La piorrea nei fumatori avanza spesso più rapidamente e ha un decorso più aggressivo e refrattario alle cure.
- Predisposizione genetica: Da sempre era un enigma: Certe persone soffrono di malattia parodontale nonostante un'igiene orale impeccabile, mentre altri possono vantare strutture parodontali sane a dispetto di ammassi di tartaro e placca. Oggi sappiamo che ca. il 30% della popolazione ha ereditato un genotipo che predispone alla parodontite.
- Stress: Molti studi scientifici rilevano un nesso fra lo stress e la malattia parodontale, dovuto probabilmente al fatto che lo stress indebolisce la difesa immunitaria.
- Gravidanza: Le forti fluttuazioni ormonali favoriscono l'insorgenza di gengivite e parodontite.
- Patologie generali: Qui bisogna menzionare soprattutto il diabete scompensato con glicemia alta, inoltre certe forme di poliartrite reumatoide nonché le deficienze immunitarie congenite o acquisite (p.e. AIDS).

Quali sono le conseguenze della piorrea?

1. Bisogna distinguere fra (1.) le conseguenze per i tessuti parodontali e (2.) le ripercussioni della piorrea sulla salute in generale.
- 2.
3. 1) La recessione gengivale comporta in primo luogo una compromissione estetica, la denudazione dei colletti e delle superfici radicolari favorisce l'ipersensibilità e carie. In stadio più avanzato si assiste all'allentamento o alla migrazione dei denti, infine alla loro perdita.
- 4.
5. 2) Hanno suscitato scalpore recentemente i risultati di studi scientifici comprovanti che chi soffre di piorrea ha un rischio 2-3 volte maggiore, rispetto agli altri, di subire un infarto cardiaco o un ictus cerebrale. Inoltre, per le donne parodontopatiche incinte, la probabilità di un aborto spontaneo o di un parto prematuro aumenta del fattore 8. Questi fenomeni si spiegano con la disseminazione per via ematica dei batteri anaerobici che causano la parodontite.

Da cosa si riconosce la “piorrea”?

Essendo la malattia parodontale una patologia cronica e indolore, i primi sintomi non sono molto caratteristici. Un campanello d'allarme può essere il sanguinamento gengivale in fase di spazzolamento, come lo è il gonfiore del bordo gengivale e l'alitosi (alito cattivo). Allentamenti o migrazioni di elementi dentari sono di solito sintomi di una piorrea già avanzata.

La diagnosi appropriata della piorrea è demandata allo specialista esperto nella cura della malattia parodontale. Per diagnosticare una malattia parodontale bisogna mettere in atto:

-procedure visive:

Controllo della salute delle gengive in termini di colore (arrossamenti), volume (gonfiore), simmetria (apparente allungamento o accorciamento di alcuni denti), accumulo di placca batterica.

-procedure diagnostiche:

Sondaggio parodontale, cioè si misura la profondità di distacco tra la gengiva ed il dente tramite una sonda millimetrica. Una sonda graduata è delicatamente mossa lungo il bordo gengivale misurando in 6 punti diversi per ogni dente la profondità delle tasche gengivali. Se le gengive sono intatte, la profondità misurata sarà di 1-2 mm. Valori oltre 4 mm di profondità segnalano spesso una piorrea già avanzata.

-Esame della mobilità dentale

- Esame radiografico



Sondaggio parodontale. A sinistra: gengive sane, a destra: tasche parodontali

La “piorrea” è curabile, ma come?

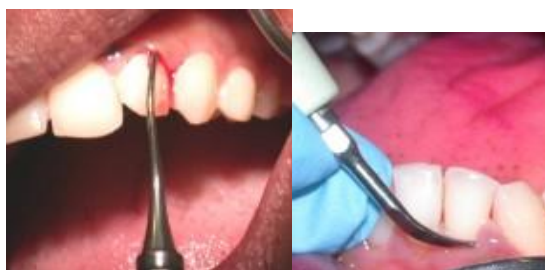
La prima fase di cura (terapia iniziale) mira a migliorare l'igiene orale del paziente. L'igienista rimuove tartaro e placche batteriche, lucida le superficie dentarie e impartisce istruzioni e consigli su come ottimizzare l'igiene orale quotidiana. Se il paziente collabora, già la terapia iniziale porta a un netto miglioramento delle condizioni parodontali. Se si tratta soltanto di gengivite, i tessuti possono guarire senza residui.

L' **IGIENE ORALE PROFESSIONALE** è una pulizia accurata dei denti, così definita perché eseguita da professionisti laureati in igiene dentale. Scopo principale della pulizia professionale è togliere sia il tartaro sopragengivale sia quello sottogengivale, non visibile e non raggiungibile dallo spazzolino.

Il normale spazzolamento, infatti, non consente un'accurata pulizia delle superfici posteriori degli incisivi inferiori e delle pareti dentali approssimali (tra un dente e l'altro). Quindi in queste zone si accumula rapidamente placca e tartaro che possono essere rimossi solo con una pulizia professionale.

Il tartaro e la placca sono infatti responsabili dell'insorgenza di infiammazione gengivale che può progredire anche verso i tessuti di sostegno del dente, dando vita alla patologia parodontale, la quale si manifesta con recessioni gengivali, mobilità dentale e perdita dei denti

Nella pratica dell'igiene professionale si utilizzano, per la rimozione dei depositi di placca, strumenti a ultrasuoni e strumenti manuali.



Gli **STRUMENTI AD ULTRASUONI** sono dotati di particolari punte che permettono di raggiungere il tartaro sottogengiva. La punta compie un movimento vibratorio (fino a 20000 vibrazioni al minuto) che riesce a rimuovere delicatamente il tartaro.

Gli **STRUMENTI MANUALI**, oltre che per il tartaro, servono anche per la levigatura radicolare e possono essere utilizzati da soli o insieme agli strumenti ad ultrasuoni.

L'igiene orale professionale cura anche l'aspetto estetico rimuovendo le pigmentazioni esogene



(macchie depositate sulla superficie dentale) che fanno apparire gialli e/o scuri i nostri denti. Ciò viene grosso modo ottenuto mediante particolari gomme, paste contenenti abrasivi e sostanze sbiancanti che hanno una azione smacchiante.

Le sedute di igiene orale professionale includono anche un programma personalizzato di trattamento che si pone obiettivi ben precisi sempre in riferimento al quadro clinico del paziente. Questo comporta anche l'istruzione e la motivazione del paziente nel praticare le corrette manovre igiene orale domiciliare (lavaggio dei denti a casa).



Curettage di una
tasca parodontale

1-3 mesi dopo la terapia iniziale, il paziente è convocato per un controllo con ripetizione del sondaggio parodontale. Se si verifica la persistenza delle tasche profonde, il prossimo passo terapeutico consiste nella levigatura sottogengivale delle radici, il cosiddetto "deep scaling" or "root planing". Anche questa misura è eseguita in modo indolore dall'igienista sotto anestesia locale. La rimozione del tartaro e la lucidatura delle radici sotto gengiva sono accompagnate da un curettage profondo delle tasche parodontali.

Chirurgia parodontale

Mentre fino a pochi anni addietro la terapia chirurgica parodontale andava per la maggiore, oggigiorno siamo molto più cauti nell'impiego del bisturi. L'opzione chirurgica viene presa in considerazione soltanto qualora permangano delle tasche profonde dopo la prima fase di pretrattamento conservativo.

L'obiettivo della chirurgia parodontale è l'eliminazione delle tasche gengivali ed ossee nonché la levigatura delle radici e il curettage sotto controllo visivo diretto

Alcuni degli interventi classici sono: curettaggio a cielo aperto (tasche fino a 5mm)

_intervento a lembo classico (tasche >5 mm, coinvolgimento di biforcazioni

_lembo a riposizionamento apicale chirurgia mucogengivale

- Risultati attesi dalla terapia chirurgica sono:
- riduzione del sanguinamento al sondaggio
- riduzione della profondità di sondaggio
- modificazioni del livello clinico di attacco
- stabilizzazione della dentatura interessata da mobilità

- recessione del tessuto marginale

Obiettivo primario della terapia chirurgica è quello di facilitare l'igiene orale domiciliare instaurando una morfologia gengivale, ossea e dentale conforme al raggiungimento di questo obiettivo.