

Prof. Aggr. Gianna Maria Nardi

PROTOCOLLO OPERATIVO TAILOR-MADE NELLA TERAPIA PARODONTALE NON CHIRURGICA

Personalizzare il trattamento nel management della TPNC (Terapia Parodontale Non Chirurgica), scegliendo tecnologie che permettano un debridement parodontale efficace e minimamente invasivo, che possa essere vissuto dal paziente con maggiore accettabilità e dal professionista come strumentazione ergonomica e sicura, è alla base della buona pratica clinica.

La tecnologia *Combi touch*, utilizzata nel case report di seguito descritto, rappresenta un valido approccio alla TPNC. Il *Combi touch* riunisce infatti in unico apparecchio ablatore multifunzionale piezoelettrico e pulitore a getto, per un trattamento di profilassi completo, sopra e sottogengivale. La parte ablatore permette di eseguire uno scaling ultradelicato, grazie alla funzione soft mode, oltre a garantire performance ottimali in protesi e conservativa. La parte air-polishing rende disponibile l'utilizzo di due tipi di polvere (bicarbonato di sodio e glicina), a seconda del tipo di trattamento che si vuole eseguire. Il grande vantaggio è la possibilità di gestire con un solo click entrambe le polveri sullo stesso paziente (Fig. 1).



Inoltre non è necessario cambiare manipolo pulitore, ma basta inserire uno dei 3 terminali disponibili, da scegliere in base all'applicazione clinica da eseguire.

L'apparecchio è di facile e rapida manutenzione, grazie ai flaconi estraibili senza dover spegnere il dispositivo, e ad un sistema esclusivo che evita l'intasamento della polvere. Può essere inoltre collegato alla normale rete idrica dello studio o utilizzato con flacone esterno da 500 ml.

CASE REPORT

Si presenta alla nostra attenzione un paziente maschio di 67 anni, in apparente buono stato di

salute sistemica, lamentando una sensazione di fastidio gengivale e alito sgradevole. L'osservazione clinica con l'utilizzo di una videocamera, rivela presenza di biofilm batterico e tartaro negli spazi interprossimali (Fig. 2).



Dall'esame obiettivo, si evince manifesto rossore a livello della maggior parte dei colletti dentali, con elevata presenza di biofilm batterico, localizzato principalmente lungo le superfici interprossimali (Fig. 3). Malgrado non vengano riscontrati



segni di abrasione sulle superfici dentali, risultano invece evidenti segni di usura lungo il margine incisale degli elementi 4.3 - 4.2 - 4.1 - 3.1 - 3.2 - 3.3 con perdita di verticalità, della guida canina ed eccessiva escursione in lateralità.

All'esame radiografico (Fig. 4) si evince un riassorbimento osseo di tipo orizzontale distribuito in tutti i 4 quadranti, con interessamento maggiore



Prof. Aggr. Gianna Maria Nardi

- Ricercatore Universitario Confermato Università Sapienza di Roma
- Dottore in Igiene Dentale e Laurea Magistrale in Scienze delle Professioni Tecniche Sanitarie Assistenziali
- Direttore Didattico e Docente al CLID Università di Roma Sapienza, polo A, B e C
- Università San Raffaele Milano e Modena
- Docente Laurea Magistrale Professioni Sanitarie Sapienza di Roma
- Direttore al Master di I livello della Sapienza di Roma "Tecnologie Avanzate nelle Scienze di Igiene Orale"
- Vice Pres.te Accademia di Prevenzione Odont. "Il Chirone"
- Relatore in campo nazionale e internazionale.
- Autrice di lavori scientifici in materia di prevenzione su riviste nazionali e internazionali
- Autrice di diversi testi in materia di prevenzione odontoiatrica
- Responsabile scientifico di diverse riviste scientifiche

Fig. 1 Terminali pulitori con angolazioni differenti in base all'applicazione clinica da eseguire

Fig. 2 Osservazione clinica con l'utilizzo di una videocamera

Fig. 3 Situazione iniziale

Fig. 4 Esame radiografico

dei settori anteriore, superiore e inferiore. Fatta eccezione per il terzo quadrante, i molari e i premolari sono stati estratti e sostituiti con impianti.

TPNC

Per avere un campo operatorio più ampio e per un maggiore comfort per il paziente, è stato utilizzato un retrattore di labbra e guance.

Viene inserito un pulisci lingua (Fig. 5) nella cannula dell'aspirasaliva, e dopo aver pulito la superficie della lingua, viene rilevato l'indice di placca con l'utilizzo di un rilevatore alla fluoresceina (Fig. 6).

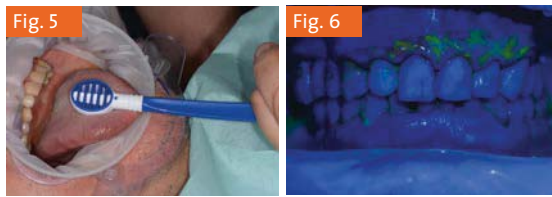
Fig. 5 Utilizzo di un pulisci lingua inserito nella cannula dell'aspirasaliva

Fig. 6 Rilevamento indice di placca con l'utilizzo di un rilevatore alla fluoresceina

Fig. 7 Deplaquing nella zona dei retromolari con l'utilizzo del terminale a 120° con polvere di glicina

Fig. 8 Utilizzo del terminale a 90° con polvere di bicarbonato per la rimozione di pigmentazioni particolarmente tenaci

Fig. 9 Debridement parodontale con l'utilizzo di Combi touch e dell'inserto Mectron S1 utilizzando la funzione soft mode



Si passa all'utilizzo dell'apparecchiatura *Combi touch* per la pratica clinica di deplaquing.

Per il deplaquing nella zona dei retromolari (Fig. 7), è stato utilizzato il terminale a 120° con polvere di glicina. Grazie alla particolare angolazione di questo terminale, è possibile eseguire un deplaquing efficace, anche nei casi in cui l'operatore incontra delle difficoltà dovute a particolari strutture anatomiche dei tessuti molli e posizionamento di denti o manufatti protesici in zone di difficile accesso.

Per eliminare una pigmentazione particolar-

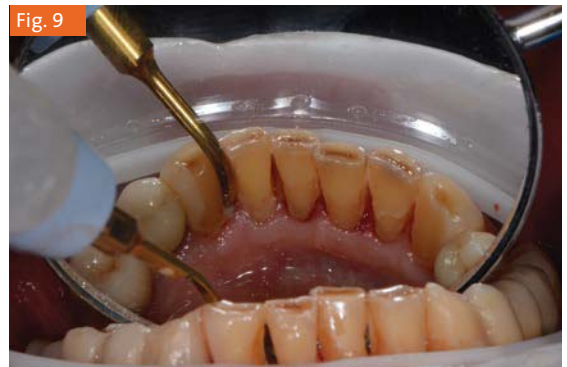


mente tenace, è stato montato sullo stesso manipolo il terminale orientato a 90°, utilizzato questa volta con la polvere di bicarbonato, veramente efficace per rimuovere tali pigmentazioni (Fig. 8) e per decontaminare le superfici occlusali, grazie al particolare getto che salva-guarda il tessuto gengivale.

Durante l'operatività di air-polishing è stato utilizzato uno strumento che permette di aspirare la saliva e le particelle di bicarbonato o di glicina, evitando la diffusione di aerosol infetti. L'air-polishing con *Combi touch*, risulta molto gradito al paziente, grazie anche al sistema di riscaldamento dell'acqua ad una temperatura fisiologica che garantisce il massimo comfort durante l'operatività.

È importante eseguire il deplaquing prima del sondaggio, per evitare la trasmigrazione batterica da un sito all'altro. Nel caso di superfici radicolari esposte, il deplaquing viene effettuato con l'utilizzo della polvere di glicina, che è biocompatibile e finemente micronizzata e può essere utilizzata sul delicato tessuto gengivale.

La polvere di bicarbonato, invece, verrà riserva-



ta alle discromie di origine acquisita più tenaci, strumentando in costante movimento circolare ad una distanza di 4-5 mm dalla superficie dentale.

Grazie alla tecnologia *Combi touch*, che combina air-polishing e tecnologia ad ultrasuoni in un'unica unità, è possibile quindi passare all'ablazione del tartaro in maniera delicata con l'ausilio dell'inserto S1 (Mectron Spa, Italia) e utilizzando la funzione *Soft Mode* (Fig. 9) che riduce l'ampiezza dell'oscillazione dell'inserto rendendo il suo movimento compatibile anche con i pazienti più sensibili.

Dopo il deplaquing viene eseguito il sondaggio parodontale (Fig. 10), che evidenzia tasche > 5 mm in diversi siti: si procede con la decontaminazione di tali siti attraverso l'utilizzo del terminale perio a 120 gradi sul quale viene mon-



tato manualmente l'apposito puntale sottogengivale sterile e monouso, che permette di entrare in maniera minimamente invasiva all'interno della tasca parodontale. Tale puntale infatti è morbido, flessibile e anatomicamente adattabile alla tasca. Viene utilizzato esclusivamente con polvere di glicina, eseguendo piccoli movimenti all'interno della tasca per decontaminare il sito (Fig. 11).

IGIENE DOMICILIARE

Viene mostrato al paziente il corretto utilizzo degli strumenti di igiene orale domiciliare.

Sarà necessario l'uso di scovolino, (Fig. 12) che deterge in maniera efficace e poco traumatica gli spazi interprossimali di difficile accesso e sostituisce il filo interdentale.

Per un controllo di placca efficace, viene suggerito uno spazzolino idoneo alle esigenze strutturali e anatomiche per una igiene efficace sotto, lungo il bordo gengivale e negli spazi interdentali (Fig. 13).



Per il controllo chimico della placca viene consigliato 2 volte al giorno l'utilizzo di collutorio a base

di 0,06% CHX+0,05% CPC e di gel GUM Paroex. Il controllo effettuato dopo 2 settimane, evidenzia un significativo miglioramento degli indici clinici (Fig. 14). Il paziente, soddisfatto e motivato dal professionista, ha percepito l'importanza della adherence ai protocolli operativi domiciliari. Il paziente viene inserito in un follow-up ogni 3 mesi.



CONCLUSIONI

La tecnologia *Combi touch* ha permesso all'operatore di decontaminare il cavo orale in maniera efficace (Fig. 15), potendo disporre di terminali con differenti inclinazioni a 90° o 120°, da usare in base all'esigenza, con il vantaggio di lavorare in maniera ergonomica, raggiungendo con facilità tutti i siti, sempre con gli opportuni punti di appoggio e senza affaticare il tunnel carpale.

Il grande vantaggio per l'operatore è quindi quello di disporre di una strumentazione completa per una TPNC efficace, rapida e minimamente invasiva, anche in tasche parodontali superiori a 5 mm.



Fig. 10 Sondaggio parodontale che evidenzia tasche > 5 mm in diversi siti

Fig. 11 Decontaminazione tasche parodontali > 5 mm con terminale perio e apposito puntale sottogengivale sterile e monouso.

Fig. 12 Igiene domiciliare con l'utilizzo dello scovolino

Fig. 13 Controllo di placca efficace con uno spazzolino idoneo alle esigenze anatomiche e strutturali.

Fig. 14 Follow-up a 2 settimane che evidenzia un significativo miglioramento degli indici clinici

Fig. 15 Esito finale

CORSO DI FORMAZIONE

Terapia parodontale non chirurgica e mantenimento implantare

29 OTTOBRE, MILANO

Per l'iscrizione rivolgersi all'indirizzo mail: segreteriaeventi@mectron.com