



rivista italiana igiene dentale



LISTERINE®

**Azione locale
benessere generale**

L'efficacia antibatterica
non è mai andata così in profondità.

**PROTEGGE DENTI E GENGIVE
LISTERINE**

Contiene Eucalipto, Mirra, Peppermintolo, Clove e Canfora.
Efficace contro i batteri.
Cura la parodontite, gengiviti,
stomatiti, carie e alitosi.

Sommario

lavori originali

STUDIO OSSERVAZIONALE

Epidemiologia e fattori di rischio del cancro orale:
conoscenze e competenze dell'igienista dentale

Giusy Bonifati, Amerigo Giudice, Maria Giulia Cristofaro,

Antonio Crispino pag. 117

AGGIORNAMENTO PROFESSIONALE

Coordinamento Odontoiatrico Preventivo Territoriale:
caratteristiche e modalità di attuazione mediante
collegamenti multimediali

Dorina Lauritano, Maria Cristina Panzeri, Marco Baldoni pag. 123

ABSTRACT PRESENTAZIONI POSTER

IX Convegno della Commissione Nazionale
dei Corsi di Laurea in Igiene Dentale

Ancona, 11-12 giugno 2010 pag. 129

aggiornamento professionale

Fumo di tabacco e salute orale: storia e attualità

Ignazia Casula pag. 146

Schede prodotto pag. 112; 113; 114; 115

Commissione CLID pag. 111

ANID pag. 136

AIDI pag. 138

UNID pag. 140

Gestione dello studio pag. 142

Curiosità storiche pag. 150

Risposte fiscali pag. 152

Congressi e corsi pag. 154



in copertina

Un utile supporto alle tecniche di igiene orale può essere fornito dai colluttori.

Esistono significative prove scientifiche a sostegno della capacità di alcuni colluttori di eliminare buona parte dei batteri orali senza sviluppare effetti collaterali. In particolare, una recente revisione sistematica della letteratura ha dimostrato come l'uso del collutorio agli oli essenziali (Listerine) si associ a una riduzione degli indici infiammatori gengivali e all'abbattimento dei batteri contenuti nella placca, quelli normalmente più difficili da eliminare con gli abituali strumenti per l'igiene orale.

Ma c'è anche un altro aspetto da considerare: l'estrema facilità e rapidità d'utilizzo del collutorio, che si rivela uno strumento particolarmente pratico ed efficace per prendersi cura dell'igiene, non solo tra le pareti domestiche ma anche in altri contesti come la sede di lavoro, che diviene così anche luogo di prevenzione. Ciò determina una serie di vantaggi che sono stati rilevati dai dipendenti di un gruppo di 16 aziende che hanno aderito al progetto promosso da Listerine: curare l'igiene orale nell'intero arco della giornata, anche quando non si avrebbe un tempo sufficiente da dedicare alla propria bocca, e migliorare così la propria immagine, grazie a una bocca sana, a prova di relazioni sociali.

per informazioni
JOHNSON&JOHNSON SPA
www.listerine.it
consumer@csclit.jnj.com
tel. 06.910.96.273



**rivista italiana
igiene dentale**



Organo Ufficiale
Commissione Nazionale Corsi
di Laurea in Igiene Dentale

Quadrimestrale edito da Ariesdue S.r.l.

Copyright © Ariesdue S.r.l.

La proprietà letteraria spetta all'editore. Non è permessa la riproduzione di articoli della rivista senza l'autorizzazione scritta dell'editore.

Tutti gli articoli pubblicati sulla rivista sono redatti sotto la responsabilità dell'autore.

Registrazione del Tribunale di Como

n. 8/2005 del 22.02.2005

ISSN 1825-4683

International
Standard Serial
Number

DIRETTORE RESPONSABILE

Dino Sergio Porro

REDAZIONE, MARKETING E PUBBLICITÀ

Angela Battaglia a.battaglia@ariesdue.it

Barbara Bono b.bono@ariesdue.it

Cristina Calchera farma@ariesdue.it

Paola Cappelletti p.cappelletti@ariesdue.it

Franco De Fazio f.defazio@ariesdue.it

Simona Marelli doctoros@ariesdue.it

UFFICIO ABBONAMENTI

Antonella Lambertoni

abbonamenti@ariesdue.it

GRAFICA E WEB

Michele Moscatelli grafica@ariesdue.it

Simone Porro simone@ariesdue.it

DIREZIONE E REDAZIONE

A Ariesdue S.r.l.

Via Airoldi, 11 - 22060 Carimate (Co)

Tel. 031 792135 Fax 031 790743

www.ariesdue.it

info@ariesdue.it

STAMPA

SATE S.r.l. - Zingonia-Verdellino (Bg)

Al sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/03, i dati di tutti i lettori saranno trattati sia manualmente sia con strumenti informatici e utilizzati per l'invio di questa e altre pubblicazioni o materiale informativo e promozionale. Le modalità di trattamento saranno conformi a quanto previsto dall'art.11 D.Lgs.196/03. I dati potranno essere comunicati a soggetti con i quali Ariesdue srl intrattiene rapporti contrattuali necessari per l'invio della rivista. Il titolare del trattamento dei dati è Ariesdue srl, al quale il lettore si potrà rivolgere per chiedere l'aggiornamento, l'integrazione, la cancellazione e ogni altra operazione di cui all'art. 7 D.Lgs. 196/03. In base alle norme sulla pubblicità l'editore non è tenuto al controllo dei messaggi ospitati negli spazi a pagamento. Gli inserzionisti rispondono in proprio per quanto contenuto nei testi pubblicitari.

HONORARY EDITOR

Giovanni Dolci

EDITORS

Mario Giannoni

Dipartimento di Scienze Chirurgiche

Clinica Odontoiatrica

Edificio Delta 6 - Località Coppito

67100 L'Aquila (Aq)

Tel. 0862.433821 (diretto)

0862.433822 (segreteria)

338.3266032 (portatile)

Fax 0862.433826

e-mail: giannonimario@virgilio.it

Luca Levrini

Coordinator

Università degli Studi dell'Insubria

Via Piatti, 10 - Velate

21100 Varese

Tel. 0332.825625(623)

Fax 0332.825655

e-mail: luca.levrini@uninsubria.it

EDITOR COORDINATOR

Ignazia Casula

Università degli Studi di Brescia

RUC, Coordinatrice CLID

degli insegnamenti tecnico-pratici

e del tirocinio

P.le Spedali Civili 1

25123 Brescia

Tel. 030.383424

328.3014900 (portatile)

e-mail: ignaziacasula@inwind.it

EDITORIAL BOARD

Antonino Antonini (Firenze)

Edoardo Baldoni (Sassari)

Gian Paolo Bertelè (Verona)

Giorgio Calura (Ferrara)

Filippo Caruso (II Univ. Napoli)

Vittorio Collesano (Pavia)

Annunziata Cozzolino (Siena)

Maria Giulia Cristofaro (Catanzaro)

Paolo Crupi (Messina)

Massimo De Luca (Roma Sapienza 1)

Giorgio Deli (Roma Cattolica)

Roberto Di Giorgio (Roma Sapienza Isernia)

Roberto Di Lenarda (Trieste)

Raffaella Docimo (Roma Tor Vergata)

Giampietro Farronato (Milano)

Gian Antonio Favero (Padova)

Pier Luigi Foglio Bonda (Piemonte Orientale)

Andrea Forabosco (Modena)

Ottavio Gandolfi (Bologna)

Sergio Gandolfo (Torino)

Valentino Garau (Cagliari)

Enrico Gherlone (Milano San Raffaele)

Mario Giannoni (L'Aquila)

Giovanna Giuliana (Palermo)

Luca Levrini (Insubria)

Francesco Mangini (Bari)

Corrado Paganelli (Brescia)

Paolo Pera (Genova)

Manlio Quaranta (Roma Sapienza Terracina)

Bruno Rossetti (Catania)

Gaspere Rumi (Roma Cattolica)

Ludovico Sbordone (Pisa)

Giovanni Tredici (Milano Bicocca)

Fernando Zarone (Napoli Federico II)

abbonati subito

3 numeri a euro 20,00

sconto studenti 50%



www.ariesdue.it

IX Convegno della Commissione Nazionale dei Corsi di Laurea in Igiene Dentale

Gli abstract delle relazioni presentate

Ancona, 11-12 giugno 2010



Proponiamo in questo numero gli abstract delle presentazioni poster realizzate in occasione del IX Convegno dei CLID, tenutosi lo scorso giugno ad Ancona.

Gingivite ipertrofica da trattamento ortodontico con bandaggio fisso: trattamento con laser a diodi

A. Delli Carpini, B. Marcelli, E. Coccia, M. Procaccini
Università Politecnica delle Marche, Istituto di Scienze Odontostomatologiche -
Direttore: professor M. Procaccini

RIASSUNTO

Obiettivi La gengivite è un'infiammazione della gengiva caratterizzata da tumefazione, arrossamento, alterazione dei normali contorni, essudato e sanguinamento. Una forma di gengivite cronica è la gengivite ipertrofica, così detta perché provoca un notevole aumento del volume delle gengive in assenza di sintomatologia dolorosa. La causa dell'ipertrofia ed iperplasia della gengiva è da attribuire a svariate cause: infiammatorie, farmacologiche o meccanico-traumatiche. Tutte le superfici del corpo a contatto con l'ambiente esterno sono sottoposte alla colonizzazione di diverse specie batteriche presenti nell'ambiente. In generale questi batteri vivono in simbiosi con chi li ospita grazie a meccanismi di difesa dell'organismo. I denti offrono superfici soggette all'accumulo di questi depositi batterici, il cui metabolismo è la causa principale della carie dentale, della gengivite, della parodontite, delle infezioni perimplantari e delle stomatiti. La presenza di apparecchio ortodontico fisso rende più difficoltosa l'igiene domiciliare, favorendo l'accumulo di placca intorno ai bracket e creando nicchie ritenitive che favoriscono la colonizzazione batterica. Il trattamento ortodontico, inoltre, induce delle modificazioni nell'ecosistema orale che sono responsabili dell'aumento del numero di batteri cariogeni nella saliva e nella placca. Per questo la presenza dell'apparecchio ortodontico, sia fisso che removibile, può favorire l'infiammazione delle gengive. Il paziente portatore di questi dispositivi necessita non solo di una maggiore assistenza professionale, ma anche di istruzioni precise per l'igiene orale domiciliare che deve essere continua e rigorosa data la loro presenza. **Materiali e metodi** Sono giunti alla nostra osservazione 4 pazienti, da qualche mese in cura ortodontica con bandaggio fisso; tutti presentavano una gengivite ipertrofica estesa negli elementi dell'arcata superiore. Sono stati trattati con igiene professionale e terapia locale con Clorexidina 0,20%, sciacqui 3 volte al dì per 7 giorni; nella totalità dei casi c'è stato il miglioramento dell'indice di sanguinamento ma non la remissione della ipertrofia. È stato perciò programmato un intervento di gengivectomia ovvero l'asportazione chirurgica del tessuto gengivale fatta a livello dell'attacco epiteliale per la creazione di un nuovo margine gengivale. L'intervento è stato effettuato mediante chirurgia laser assistita con fibra da 300 µm alla potenza di 1,5 W per cicli di 30 secondi fino a rimodellare la gengiva marginale. In tutti i pazienti la gengivectomia è stata realizzata senza l'ausilio dell'anestesia locale per infiltrazione, ma soltanto con anestesia topica effettuata con anestetico spray. A tutti è

stata prescritta terapia domiciliare con collutorio Meridol. Sono stati effettuati controlli a 7, 15 e 30 giorni e nella totalità dei casi all'ultimo controllo i tessuti apparivano trofici con restituito ad integrum. **Conclusioni** L'utilizzo del laser a diodi ha dato ottimi risultati in campo chirurgico. Utilizzandolo con la fibra a contatto con i tessuti molli è paragonabile al comune bisturi rispetto al quale presenta numerosi vantaggi come le proprietà battericide e coagulanti che rendono il campo operatorio esangue. Il risultato di un intervento effettuato con il laser è prevedibile in quanto il decorso postoperatorio è privo di sequele che potrebbero compromettere la guarigione ottimale. La minor traumaticità sia per i tessuti trattati che per quelli circostanti, l'assenza di vibrazioni e rumore, la ridotta necessità di anestesia locale influenzano positivamente la collaborazione del paziente, soprattutto dei bambini, spesso portatori di apparecchi ortodontici con problemi di infiammazione gengivale.

Studio del riflesso inibitorio masseterino nella sclerosi laterale amiotrofica ad esordio bulbare. Studio sperimentale

E. Gastaldo, S. Karaman, A. Scabbia
Università degli Studi di Ferrara, Sezione di Neurologia,
Direttore: professor E. Granieri
Corso di Laurea in Igiene Dentale, Presidente: professor G. Calura

RIASSUNTO

Obiettivi La diagnosi di Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è basata sull'evidenza clinica di un disordine motorio ad andamento progressivo, nel quale si riscontra la caratteristica combinazione dei segni di coinvolgimento del primo e del secondo neurone di moto. Molto frequentemente sintomi precoci possono essere la disfagia sia per i liquidi sia per i solidi e la difficoltà nella masticazione a causa della paralisi dei muscoli masticatori (deficit nucleo motore del V). Può accadere che i pazienti in fase iniziale attribuiscono i disturbi disfagici o della masticazione a patologie odontoiatriche. Lo scopo del presente lavoro è stato quello di valutare l'eventuale presenza di un'alterazione della modulazione dei circuiti inibitori trigemino/trigeminali ad integrazione tronco-encefalica, in soggetti affetti da SLA, in presenza di segni clinici od elettromiografici di coinvolgimento della muscolatura bulbare. **Materiali e metodi** Sono stati selezionati 19 pazienti (10 maschi e 9 femmine, di età media pari a 67±12 anni, compresa fra i 33 e gli 82 anni). I soggetti presentavano evidenze cliniche o elettromiografiche di coinvolgimento del distretto bulbare; sono stati esclusi da tale studio soggetti portatori di bruxismo, pazienti che assumevano farmaci quali benzodiazepine e antidepressivi in grado di alterare l'eccitabilità neuronale centrale, o

affetti da patologie neurologiche come l'epilessia e la nevralgia trigeminale. Per valutare l'eccitabilità del sistema trigeminale i pazienti sono stati sottoposti alle seguenti valutazioni neurofisiologiche: 1) MIR da (singolo) stimolo elettrico; 2) MIR da (singolo) stimolo magnetico. **Risultati** Dopo aver selezionato i pazienti che rispondono a questi criteri, sono stati sottoposti allo studio del Riflesso Inibitorio Masseterino (MIR). La stimolazione esercitata a livello dell'emergenza del nervo mentoniero evoca due periodi silenti, uno precoce (SP1) ed uno tardivo (SP2). Con il MIR da singolo stimolo elettrico, il SP1 presenta una durata media di circa 20 msec, piuttosto costante, senza sostanziali differenze tra i pazienti. Il SP2 presenta una durata media di $59,9 \pm 19,6$ msec (range 29,7-94,5 msec), ed una latenza di comparsa media di $45,5 \pm 7,9$ msec. L'ampiezza del SP2 era pari al $98,3 \pm 2,6\%$. Con MIR da singolo stimolo magnetico, sono stati riscontrati SP solo nel 47% dei pazienti. La durata media del SP1 è di circa 20 msec, sovrapponibile a quanto rilevato con stimolo elettrico. La durata media del SP2 risulta di circa $55,2 \pm 19,0$ msec (range 35,6-101,8 msec), con valore di latenza di comparsa media pari a $47,8 \pm 5,0$ msec. Il SP2 mostra un'ampiezza pari al $97,8 \pm 2,1\%$. In base ai dati ottenuti i pazienti sono stati suddivisi in due sottogruppi, in relazione alla presenza o meno del SP2 dopo stimolo magnetico. **Conclusioni** I risultati dimostrano un'alterazione dell'eccitabilità motoneuronale trigeminale, in senso di ridotta inibizione ed aumentata eccitabilità, a carico della rete interneuronale responsabile del periodo silente tardivo, che appare modulabile da centri sovragegmentari. Tale alterazione si correla con l'esordio clinico e la gravità della sintomatologia.

Il ruolo dell'igienista dentale nella cura delle affezioni orali del paziente in terapia intensiva

P. Bollero, A. Barlattani, C. Salvatori, E. Andreini
Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"
Corso di Laurea in Igiene Dentale, Presidente: professoressa R. Docimo
Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche

RIASSUNTO

Obiettivi La problematica del conseguimento e del mantenimento della salute oro-dentale all'interno delle unità operative terapia intensiva è di fondamentale importanza, ma la responsabilità di attuarla è stata finora affidata agli infermieri, che spesso non hanno a disposizione protocolli completi da seguire. Normalmente, i pazienti in Terapia Intensiva affrontano problemi medici che minacciano la loro vita e che fanno trascurare le più comuni attività igieniche quotidiane. Questi individui, tuttavia, hanno spesso preesistenti problemi dentali, che potrebbero esacerbarsi durante il periodo della loro ospedalizzazione. Non solo: le terapie farmacologiche e gli stessi stati patologici che conducono il paziente al ricovero in TI spesso si ripercuotono sulla salute dell'intera cavità orale. Le pratiche di igiene orale entrano a far parte della prevenzione delle infezioni e della prevenzione delle complicanze in una situazione medica già di per sé compromessa. Inoltre migliorano il comfort del paziente, valutazione quest'ultima non trascurabile in una ospedalità che è sempre più rivolta non solo alla cura ma al benessere dell'individuo. Sebbene gli infermieri riconoscano che l'igiene orale sia parte integrante delle cure in TI, la relazione tra igiene orale e riduzione della colonizzazione orofaringea, da parte di microrganismi patogeni, è sottostimata. La vulnerabilità dei pazienti in TI alle infezioni nosocomiali sottolinea l'importanza di cercare e verificare nuovi interventi e strategie per migliorare l'outcome del paziente. L'igienista dentale, nel rispetto dei profili definiti dal Decreto Ministeriale n. 137 del 15/03/99, potrebbe, nei reparti di TI, effettuare la valutazione della cavità orale, la condivisione delle informazioni con gli altri operatori sanitari professionisti, la facilitazione del processo decisionale sulla prevenzione e trattamento delle patologie orali, la scelta della strumentazione più idonea per il singolo paziente, e il trattamento di igiene orale. In questo contesto e in relazione alle attuali ricerche "evidence based", il seguente studio, si pone lo scopo di identificare un ruolo per l'Igienista Dentale nel team sanitario delle Unità di Terapia Intensiva (TI), proponendo un progetto di inserimento nella Unità operativa di Terapia Intensiva del Policlinico Tor Vergata. **Materiali e metodi** Il progetto, partendo dall'identificazione degli ostacoli ad una efficiente igiene orale e dall'esame dell'efficacia dei metodi più comunemente utilizzati per provvedere alla cura dell'igiene orale nei pazienti in TI, propone e presenta, con il supporto di una revisione critica della letteratura, un protocollo di igiene orale basato su metodologie e strumentazioni nuove per il policlinico di Tor Vergata, in cui

l'igienista dentale venga inserito nel team interdisciplinare per la cura delle affezioni oro-dentali nei pazienti in terapia intensiva. Ci si propone quindi di fornire una valutazione qualitativa sul contributo che questa figura professionale è in grado di apportare in TI. Il progetto potrà inoltre essere supportato, ed avere così possibile attuazione, dai risultati di una comparazione tra i costi che le strutture ospedaliere sostengono per la degenza dei pazienti affetti da VAP ed altre infezioni nosocomiali, e i costi dell'attività dell'igienista dentale e degli strumenti che utilizzerà, con l'eventuale riduzione dell'incidenza di VAP nei pazienti trattati con corretta igiene orale, nelle unità operative di Terapia Intensiva. **Risultati** La revisione della letteratura scientifica legittima il percorso analitico eseguito e attesta che l'igiene orale possa effettivamente aiutare a prevenire le infezioni nosocomiali delle vie respiratorie nei reparti di TI. In questi reparti tali infezioni si verificano cinque volte più spesso che nei reparti dell'ospedale generale, comportando una degenza più lunga e un aumento del rischio di morte. Il tasso di infezione delle vie respiratorie tra i pazienti critici è strettamente correlato con la presenza di microrganismi patogeni all'interno della cavità orale, e ciò indica indiscutibilmente che un'assidua cura del cavo orale è cruciale in questa popolazione di pazienti. La figura dell'igienista dentale avrà il compito di avvicinare correttamente il paziente, valutarne il grado di collaborazione, istruire e motivare il paziente cosciente, programmare un trattamento adatto per ogni persona, conoscendo i rischi intraoperatori a cui sono esposti i pazienti critici.

Protocollo latex-free: approccio dell'igienista dentale

F. Inchingolo, M. Marrelli, M. Tatullo, A.D. Inchingolo, S. Lombardo, A.M. Inchingolo, V. Picciarrello, A. Palladino, F. Schinco, M. Decarolis, F. Carbotti, G. Dipalma
Università degli Studi di Milano - Fondazione IRCCS
Clinica Odontoiatrica e Stomatologica
Dipartimento di Scienze Chirurgiche Ricostruttive Diagnostiche
Direttore: Prof. Franco Santoro

RIASSUNTO

Obiettivi L'allergia al lattice è stata esaminata in letteratura per la prima volta nel 1927. Da allora è stato registrato un crescente aumento della prevalenza di ipersensibilità da lattice oscillante tra lo 0,87% ed il 12% nella popolazione. L'aumento della prevalenza si ritiene sia correlata anche alle cross-reazioni con alimenti e/o materiali di uso comune contenenti particelle di lattice o simili (caucciù, kiwi, banana, frutti esotici), oltre che all'uso quotidiano di dispositivi contenenti lattice da parte delle categorie mediche e paramediche. A causa della severità e rarità delle allergie al lattice, la Food and Drug Administration ha emesso alcune linee guida che devono essere scrupolosamente rispettate. Lo scopo del nostro lavoro è descrivere l'approccio corretto dell'igienista dentale nei casi di pazienti con sensibilizzazione al lattice. **Materiali e metodi** Appurato, previo approccio diagnostico ed anamnestico, che il paziente presenta allergia al lattice, o anche il solo sospetto, si ricorre ad un protocollo ben definito. Abbiamo sottoposto un gruppo di 38 pazienti a manovre di igiene orale professionale (abt, scaling e root-debridement) e di chirurgia orale seguendo tale protocollo latex-free:

- ☒ la sala operatoria è stata privata di tutto ciò che contiene lattice ed è stata fatta areare dal giorno antecedente (eliminazione di particelle di lattice inalabili);
- ☒ "carrello" apposito privo di qualsiasi materiale in gomma o plastica che possa contenere lattice;
- ☒ guanti in vinile e non in lattice;
- ☒ anestetico in fiale di vetro e non in tubo-fiale con tappi in gomma;
- ☒ scarpe di uso comune coperte da copriscarpe monouso e non scarpe da sala operatoria in gomma;
- ☒ cannula dell'aspiratore in metallo e tutto lo strumentario metallico;
- ☒ copertura con pellicola di tutte le componenti non sostituibili in cui presumibilmente sono contenute particelle di lattice;
- ☒ preparazione corticosteroidica ed antistaminica;
- ☒ flebodisi preventiva con soluzione fisiologica nella eventualità di una reazione allergica;
- ☒ adrenalina in soluzione e.v. o i.m. a portata di mano.

Risultati Il trattamento è stato portato a termine nei 38 pazienti senza riportare alcun caso di reazione allergica. **Discussione e conclusioni** L'individuazione dei meccanismi patogenetici che

possono essere IgE mediati (di I tipo) o da contatto (di IV tipo) spiega il manifestarsi della sintomatologia clinica che nel primo caso si manifesta con asma, rinite, orticaria-angioedema e anafilassi, mentre nel secondo caso è responsabile di dermatite allergica da contatto, eritema e prurito. Alla luce di queste osservazioni, l'individuo che entra in contatto con il lattice può sensibilizzarsi sia per via aerea, inalando particelle di lattice aerodisperse, che mediante il contatto con gli oggetti che contengono tale materiale. Questo discorso è ancor più valido per coloro che sono esposti per necessità professionale (medici e paramedici). In caso di allergia accertata, l'igienista dentale ed il paziente devono attenersi alle linee guida evitando il contatto con qualunque tipo di materiale in lattice; il paziente deve portare con sé una piastrina che permetta di identificare la propria condizione di soggetto allergico al lattice ed una confezione di adrenalina autoiniezzabile (Fastjekt) in caso l'allergia si dovesse manifestare con reazioni sistemiche gravi.

Il ruolo dell'igienista dentale nella gestione del paziente affetto da Sindrome di Rett

F. Inchingolo, M. Marrelli, A.D. Inchingolo, M. Tatullo, V. Picciariello, A.M. Inchingolo, F. Carboti, D. Falzone, A. Palladino, M. De Carolis, F. Schinco, G. Dipalma
Università degli Studi di Milano - Fondazione IRCCS
Clinica Odontoiatrica e Stomatologica
Dipartimento di Scienze Chirurgiche Ricostruttive Diagnostiche
Direttore: Prof. Franco Santoro

RIASSUNTO

Obiettivi La Sindrome di Rett (SR) è un disordine neurodegenerativo progressivo di tipo genetico a carico del Sistema Nervoso Centrale. Interessa prevalentemente soggetti di sesso femminile e si manifesta durante l'infanzia. Lo scopo del nostro lavoro è definire il ruolo dell'igienista dentale nella gestione dei pazienti affetti da tale patologia. **Materiali e metodi** Sono stati esaminati in totale 33 pazienti di sesso femminile affetti da SR. Il percorso clinico-terapeutico, con la collaborazione dell'odontoiatra, ha previsto una serie di step diagnostici e terapeutici, quali la prima visita odontoiatrica con esame obiettivo ed RX-OPT (ove reso possibile dalla collaborazione del paziente), analisi del flusso salivare, visita gnatologica e valutazione del grado di collaborazione. Per quanto concerne le alterazioni di interesse stomatologico, abbiamo rilevato: gengiviti di grado medio-severo (26/33), iperscalia a prevalente contenuto mucoso (30/33), aumenti di volume gengivale (5/33), parodontite giovanile (8/33), accessi dentali e parodontali (7/33). È stato impostato un piano di trattamento che prevedeva istruzioni e motivazione all'igiene orale (nei pazienti collaboranti), assunzione di collutorio a base di Clorexidina 0,12% 2 volte/die per 2 settimane, terapia parodontale non chirurgica (scaling e root-debridement), fluoroprofilassi e terapia parodontale di supporto. **Risultati** La corretta esecuzione del piano di trattamento previsto ha condotto a notevole riduzione di siti con accumuli di tartaro e placca batterica garantendo ottimi risultati clinici nei controlli a 6 e 12 mesi. Infatti c'è stata una riduzione significativa degli indici di placca, sanguinamento e dei siti affetti da gengivite e parodontite. **Discussione e conclusioni** Nel trattamento della Sindrome di Rett è prioritario un approccio multidisciplinare che comprenda uno scrupoloso protocollo preventivo di igiene orale: previa eliminazione dei foci infettivi odontogeni, corroborando l'aspetto preventivo attraverso una igiene orale domiciliare che preveda uno stretto controllo di placca ed una fluoroprofilassi, è stato possibile conseguire ottimi risultati nella gestione di questi pazienti.

Valutazione dell'efficacia di collutorio a base di oli essenziali nel trattamento sintomatico della BMS

F. Inchingolo, M. Marrelli, M. Tatullo, A.D. Inchingolo, F. Schinco, A. Valenzano, A.M. Inchingolo, V. Angelini, M. Colombo, V. Picciariello, G. Dipalma
Università degli Studi di Milano - Fondazione IRCCS
Clinica Odontoiatrica e Stomatologica
Dipartimento di Scienze Chirurgiche Ricostruttive Diagnostiche
Direttore: Prof. Franco Santoro

RIASSUNTO

Obiettivi Si è valutata l'efficacia di un collutorio a base di oli

essenziali nel trattamento sintomatico della BMS. **Materiali e metodi** Sono stati reclutati 16 pazienti con una sintomatologia riferibile alla BMS. I pazienti sono stati sottoposti a visita odontostomatologica, routine ematologica (emocromo, glicemia, sideremia, transferrina, Vit B12, folati), brushing intraorale per la valutazione di una eventuale micosi; solo i pazienti che non presentavano altre possibili cause alla loro sintomatologia sono stati inclusi nel presente studio. La BMS essenziale è stata diagnosticata in 12 soggetti di sesso femminile con età compresa fra i 44 e 78 aa. Utilizzando una metodica "singolo cieco" è stato chiesto ai pazienti di utilizzare per 3 mesi, a giorni alterni: a) un collutorio a base di oli essenziali (3 sciacqui orali della durata di 60 secondi/die); b) una soluzione fisiologica edulcorata (stessa posologia e modalità di somministrazione). Ai fini della valutazione è stata considerata la sintomatologia riferita a distanza di 15 gg, 30 gg e 90 gg attraverso la compilazione di una scala analogica visiva (VAS). **Risultati** Il 47% dei soggetti riferisce una fase di esacerbazione del dolore all'atto dell'assunzione del collutorio, seguita da una remissione della sintomatologia algica con sollievo del paziente; il 33% dei soggetti riferisce una sostanziale assenza di differenze nella sintomatologia; il 5% dei soggetti riferisce una aumentata manifestazione algica durante l'assunzione della soluzione controllo e quella a base di oli essenziali. **Conclusioni** Lo studio è ancora in fase di sviluppo, tuttavia, i primi risultati evidenziano una parziale riduzione della sintomatologia algica nei pazienti in trattamento con collutorio a base di oli essenziali.

Valutazioni microbiologiche sulla composizione microbica della placca batterica a seguito di terapia parodontale non chirurgica

F. Inchingolo, M. Marrelli, A.D. Inchingolo, M. Tatullo, A.M. Inchingolo, F. Carboti, V. Picciariello, A. Palladino, S. Lombardo, M. De Carolis, G. Dipalma
Università degli Studi di Milano - Fondazione IRCCS
Clinica Odontoiatrica e Stomatologica
Dipartimento di Scienze Chirurgiche Ricostruttive Diagnostiche
Direttore: Prof. Franco Santoro

RIASSUNTO

Obiettivi Lo scopo del presente lavoro è valutare la composizione della flora microbica prima e dopo la terapia parodontale non chirurgica in pazienti parodontopatici, nonché di valutarne gli effetti dal punto di vista clinico. **Materiali e metodi** Il nostro studio è stato eseguito su un gruppo di 14 pazienti di età compresa tra i 21 e i 65 anni per una durata di 6 mesi ed ha previsto 2 fasi. Durante la prima fase i pazienti sono stati sottoposti ad esame anamnestico, compilazione della cartella parodontale, sedute di educazione e motivazione al controllo dei fattori predisponenti e determinanti della malattia parodontale, status parodontale, rilevazione fotografica, indagine microbiologica e terapia parodontale causale. Nella seconda fase sono state eseguite la rivalutazione clinica e l'indagine microbiologica. Per ciascun paziente sono stati eseguiti diversi prelievi microbiologici (prelievo della placca subgengivale attraverso coni di carta o curette sterili e processazione entro un'ora dal prelievo), a livello dei siti interessati da profondità di tasca >5 mm. Le indagini microbiologiche sono state eseguite nelle stesse sedi parodontali, per ciascun paziente, prima e dopo l'intervento terapeutico. **Risultati** I risultati delle indagini microbiologiche hanno rivelato: riduzione della positività per *Streptococcus intermedius* (dal 71% al 14%); riduzione della positività per *Prevotella intermedia* (dal 43% al 14%); nessun cambiamento riguardo alle percentuali di rilevazione di *Porphyromonas gingivalis*. I risultati clinici hanno rivelato: riduzione dell'indice di placca (dal 85% al 30%); riduzione dell'indice di sanguinamento (dal 70% al 35%); riduzione dei siti caratterizzati da profondità di tasca >5mm (dal 65% al 25%); riduzione della mobilità patologica (dal 55% al 15%). **Discussione e conclusioni** La collaborazione dei pazienti nel prevenire e ridurre la formazione della placca batterica, nel ridurre i fattori di rischio e nel seguire una corretta alimentazione, associata al nostro intervento diagnostico e terapeutico, si sono dunque rivelati efficaci per la diminuzione della concentrazione dei suddetti microrganismi patogeni nei siti investigati. Dal punto di vista clinico, tali cambiamenti microbici si sono estrinsecati in un efficace controllo degli indici diagnostici di malattia parodontale.

La profilassi dell'endocardite batterica in igiene dentale

F. Inchingolo, M. Marrelli, A.D. Inchingolo, M. Tatullo, A. Palladino, A.M. Inchingolo, F. Carbotti, S. Lombardo, V. Angelini, A. Valenzano, G. Dipalma
 Università degli Studi di Milano - Fondazione IRCCS
 Clinica Odontoiatrica e Stomatologica
 Dipartimento di Scienze Chirurgiche Ricostruttive Diagnostiche
 Direttore: Prof. Franco Santoro

RIASSUNTO

L'endocardite batterica è una patologia che colpisce soprattutto individui cardiopatici con stasi sanguigna a livello della valvola mitrale. I batteri presenti a livello del cavo orale, in caso di infezioni severe e di immunodepressione del soggetto, tendono ad introdursi nel torrente circolatorio attraverso il microcircolo periferico e producono particolari adesine attraverso le quali aderiscono alle superfici valvolari cardiache determinando in casi estremi la rottura delle corde tendinee. Nonostante l'avvento degli antibiotici ad ampio spettro, l'endocardite batterica si presenta attualmente come una patologia potenzialmente mortale. Il ricorso a terapie antibiotiche mirate non è infatti sempre sufficiente: la mortalità può raggiungere il 30% dei casi. Queste considerazioni hanno portato alla elaborazione di un valido protocollo di profilassi antibiotica nei soggetti a rischio. È importante sottolineare che qualsiasi manovra cruenta può esporre il paziente ad infezioni severe che a loro volta possono esitare in endocardite batterica. Dati statistici riportano che, anche a seguito di consueta igiene orale domiciliare, la batteriemia transitoria può raggiungere il 25% dei casi, in pazienti trattati con terapia parodontale non chirurgica il 75% dei casi ed in pazienti trattati con chirurgia parodontale sino al 90% dei casi. In pazienti cardiopatici o comunque immunodepressi la componente infettiva può avere il sopravvento e dalla batteriemia può conseguire l'endocardite batterica. Per tale ragione è necessario che anche l'igienista, nell'ottica di un trattamento multidisciplinare volto alla prevenzione, sia in grado di riconoscere i soggetti a rischio attraverso adeguata indagine anamnestica e distinguerli in base al rischio. Inoltre è opportuno che l'igienista sia al corrente dei protocolli di corretta profilassi. Recentemente la British Society Antimicrobial Chemotherapy ha revisionato i quadri cardiologici da considerare a rischio di endocardite ed i trattamenti odontoiatrici che richiedono la profilassi antibiotica. Secondo le nuove indicazioni, le tipologie di pazienti a rischio di endocardite batterica sono solo tre: a) pazienti con episodi precedenti di endocardite, b) pazienti con sostituzione di valvole cardiache, c) pazienti sottoposti ad interventi chirurgici di correzione o costruzione di shunt polmonari o sistemici. I pazienti, inoltre, non vengono più distinti in tre sottogruppi (alto, medio e basso rischio) come avveniva con le vecchie indicazioni. In base alle nuove indicazioni vengono notevolmente ampliate le procedure odontoiatriche che possono rappresentare un pericolo per tale evenienza: dallo scaling, abt e root-planing alla chirurgia parodontale. La profilassi antibiotica standard dell'endocardite batterica prevede la somministrazione per os di amoxicillina 2,0 gr 1 h prima del trattamento ed 1 gr 6 h dopo il trattamento. In casi di allergie il farmaco d'elezione è la clindamicina 600 mg per os 1 h prima del trattamento e 600 mg 6 h dopo il trattamento. Questo nuovo protocollo rappresenta una sorta di "rivoluzione" nella profilassi dell'endocardite batterica in quanto semplifica notevolmente la valutazione del rischio eliminando qualsiasi ambiguità.

L'igienista dentale e la gestione dei pazienti in TAO

F. Inchingolo, M. Marrelli, M. Tatullo, A.D. Inchingolo, V. Picciariello, F. Carbotti, A.M. Inchingolo, A. Palladino, S. Lombardo, M. Decarolis, F. Schinco, G. Dipalma
 Università degli Studi di Milano - Fondazione IRCCS
 Clinica Odontoiatrica e Stomatologica
 Dipartimento di Scienze Chirurgiche Ricostruttive Diagnostiche
 Direttore: Prof. Franco Santoro

RIASSUNTO

I pazienti in Terapia Anticoagulante Orale (TAO) sono individui particolarmente esposti al rischio emorragico. Questi soggetti sono affetti da problematiche coagulative che possono esitare in eventi tromboembolici e che li costringono ad intraprendere una terapia anticoagulante con il fine di allungare i tempi di formazione del coagulo. I farmaci anticoagulanti interferiscono sull'attivazione dei

fattori della cascata coagulativa, fondamentali per la formazione di un coagulo, inibendo l'azione della vitamina K, necessaria per attivarli. Il risultato è un rallentamento della capacità di formazione del coagulo con un meccanismo di tipo indiretto. È possibile riscontrare fenomeni di diatesi emorragica o, al contrario, fenomeni tromboembolici a seguito di qualsiasi manovra cruenta nel cavo orale, dallo scaling alla chirurgia exodontica. Per tali ragioni l'igienista dentale deve essere al corrente che il rischio di infezioni emorragiche ed il rischio tromboembolico possono essere elevati. È da sottolineare che l'insorgenza di queste complicanze non è esclusivamente immediata ma può essere anche ritardata nel tempo. L'igienista, l'odontoiatra ed il medico devono valutare l'assetto coagulativo dei pazienti in TAO monitorando i valori ematici di PT (Tempo di Protrombina), PTT (Tempo di Tromboplastina Parziale), INR (International Normalized Ratio), PLT (conta piastrinica), fibrinogeno, glicemia. Nel caso in cui un paziente in TAO debba essere sottoposto a trattamento, è necessaria una preparazione eseguita dall'ematologo secondo i protocolli recenti: a) mantenimento della TAO nei pazienti con INR < 2,5 (per il basso rischio di emorragie importanti), b) sospensione almeno 2 gg prima dell'intervento, in modo da evitare l'effetto "rebound" a seguito della sospensione, c) sostituzione della TAO nei pazienti con INR > 2,5, con molecole ad emivita breve (eparina sodica a basso PM); questa scelta è la più frequente e garantisce una buona gestione intra e postoperatoria. In casi particolarmente a rischio è possibile impiegare acido tranexamico in fase preoperatoria (irrigazione del campo operatorio con 10 ml di soluzione) ed in fase postoperatoria (terapia a base di sciacqui orali da 10 ml per 7 gg: 4 volte al giorno per 2 minuti). Nel caso in cui sia presente una emorragia copiosa è possibile eseguire: tamponamento diretto attraverso digito-pressione; applicazione di garza emostatica al solfato ferrico; applicazione di acido tranexamico in soluzione al 4,8%; applicazione di garza imbevuta di H₂O₂ nei casi in cui non si disponga di altri presidi; applicazione di cellulosa ossidata sulla ferita; emostasi attraverso sutura meticolosa; emostasi attraverso laser o diatermocoagulazione; somministrazione di vitamina K (10 mg/ml ev). Concludendo, riteniamo che la terapia parodontale del paziente in TAO sia possibile in completa sicurezza previa corretta valutazione del caso multidisciplinare al fine di evitare complicanze emorragiche o tromboemboliche.

Strumentazione manuale vs strumentazione meccanica: limiti e vantaggi di ciascuna metodica nei confronti dell'anatomia radicolare

G. Fantozzi*, F. Donnini*, A. Candela*, C. Leuter**, M.A. Continenza***

Università degli Studi dell'Aquila

*Igienista Dentale

**Dipartimento di Medicina Interna e Sanità Pubblica

***Dipartimento di Scienze della Salute

RIASSUNTO

Obiettivi Il trattamento parodontale non chirurgico è una procedura clinica che l'igienista dentale affronta quotidianamente. La conoscenza dell'anatomia radicolare accompagnata dalla conoscenza degli strumenti meccanici e manuali sono fondamentali ai fini di un corretto trattamento. Lo scopo di questo lavoro è quello di illustrare le caratteristiche peculiari nonché le differenze principali fra gli strumenti manuali e quelli meccanici più diffusamente utilizzati, mettendo in evidenza limiti e vantaggi di ciascuna di queste metodiche di lavoro della pratica clinica dell'igienista dentale. **Materiali e metodi** Sulla base di una precedente analisi morfologica dell'anatomia radicolare, è stata valutata l'efficacia della strumentazione meccanica e di quella manuale, mettendo anche in evidenza quelli che sono i più comuni errori commessi nella pratica clinica. **Risultati** La perfetta conoscenza dell'anatomia radicolare è la guida ideale ai fini della scelta della metodica di lavoro e degli strumenti più idonei per poter gestire al meglio il trattamento parodontale di ciascun paziente. **Discussione** Lo strumentario parodontale manuale e quello meccanico sono estremamente ampi per varietà di forme e materiali. Ogni classe di strumenti mostra delle caratteristiche peculiari così specifiche da poter consentire un adattamento assolutamente preciso e mirato alle caratteristiche proprie delle radici di ciascun elemento dentario. **Conclusioni** Solo partendo dalla conoscenza dell'anatomia radicolare l'igienista dentale può scegliere, di caso in caso, la metodica prima, e lo strumento poi, più adeguati per l'impostazione

di un corretto trattamento parodontale non chirurgico, il quale potrebbe comunque richiedere il ricorso all'utilizzo di entrambe le procedure cliniche.

■ Igiene orale e ortognatodonzia: realizzazione CAD/CAM di una nuova apparecchiatura di Herbst igienica in titanio

G. Farronato, P. Cressoni, G. Santamaria, A. Magni, G. Passaler, D. Falzone, M. Colombo, S. Lombardo, A.M. Inchingolo
Università degli Studi di Milano - Fondazione IRCCS
Clinica Odontoiatrica e Stomatologica
Dipartimento di Scienze Chirurgiche Ricostruttive Diagnostiche
Direttore: Prof. Franco Santoro

RIASSUNTO

Obiettivi Lo scopo del nostro lavoro è descrivere le caratteristiche di una nuova apparecchiatura di Herbst igienica da noi ideata attraverso CAD/CAM e realizzata in titanio. **Materiali e metodi** L'Herbst igienico da noi progettato nella fase CAD presenta alcune differenze rispetto al disegno delle componenti conosciute dei comuni Herbst. Il nostro Herbst a supporto dentale presenta splint aperti per 2/3 del versante occlusale, che si estendono dal primo molare al primo premolare per ogni emiarcata, con uno spessore di circa 0,5 mm, sino al punto di contatto interdentale, senza superarlo. Terminata la fase CAD si è proceduto alla fase realizzativa CAM, terminata con la produzione del nostro Herbst igienico in titanio. Il paziente è stato istruito e motivato alle corrette manovre di igiene orale domiciliare. Sono stati eseguiti: scaling, lucidatura professionale e fluoroprofilassi con finalità preventiva ed infine cementazione con cemento vetroionomerico. Abbiamo monitorato durante i controlli mensili i valori di profondità di sondaggio, gli indici di placca e sanguinamento attraverso una sonda parodontale. **Risultati** Il paziente presentava prima del trattamento un livello di igiene orale migliorabile con presenza di esigui accumuli di placca ed un quadro di discreta salute del parodonto. Durante i controlli successivi alla cementazione si è riscontrato che l'igiene è stata mantenuta correttamente ed il parodonto si è presentato con un ottimo stato di salute. Il parodonto infatti sembrava esente da flogosi. Il sanguinamento era assente al sondaggio, non erano presenti accumuli di placca ed i valori rilevati dalla sonda non erano patologici. **Discussione e conclusioni** I vantaggi dell'Herbst igienico in titanio di nostra realizzazione sono: assenza di dolore e fastidio da parte del paziente durante l'applicazione dell'Herbst (perché non si effettua la separazione interdentale con elastici); agevolazione del paziente nella esecuzione delle corrette manovre di igiene orale con una consistente riduzione di accumulo di placca; elevata precisione nelle fasi di virtual design e produzione CAD/CAM; assenza di reazioni allergiche grazie all'impiego di materiale altamente biocompatibile e resistente alla corrosione. I primi due vantaggi sono dovuti agli spessori minimi degli splint ottenuti con sistematica CAD/CAM. Le comuni leghe al cromo-cobalto degli Herbst tradizionali possono causare reazioni immunologiche per il lento rilascio di ioni metallici durante la corrosione. Il titanio di cui è composto il nostro Herbst è, invece, un materiale altamente biocompatibile grazie alla sua resistenza alla corrosione. Concludendo, è preferibile da un punto di vista ortodontico l'impiego di un nuovo Herbst igienico in titanio perché le bande degli Herbst tradizionali richiedono una gestione complessa e non confortevole per il paziente (applicazione di elastici separatori). Le bande degli Herbst tradizionali si estendono oltre i punti di contatto determinando spesso zone di ristagno non correttamente dettersibili e pertanto riteniamo che, dal punto di vista dell'igiene orale, la scelta di splint igienici rappresenti il raggiungimento di una condizione ideale.

■ Bite in PMMA: vantaggi clinici

G. Farronato, G. Santamaria, M. Colombo, A. Magni, A.M. Inchingolo, D. Falzone, G. Passaler, S. Lombardo
Università degli Studi di Milano - Fondazione IRCCS
Clinica Odontoiatrica e Stomatologica
Dipartimento di Scienze Chirurgiche Ricostruttive Diagnostiche
Direttore: Prof. Franco Santoro

RIASSUNTO

Obiettivi Valutare i vantaggi clinici di un bite in polimetilmetacrilato (PMMA).

Materiali e metodi La produzione dell'apparecchiatura è stata effettuata tramite tecnologia CAD/CAM. È stato scelto il polimetilmetacrilato (PMMA) per costruire il bite. Tale materiale, polimerizzato industrialmente con autoclavi ad alta pressione, impedisce la formazione di monomeri residui e riduce l'assorbimento dell'acqua. Attraverso il passaggio di una gomma silicatica, uno spazzolino di cotone e con pietra pomice si ottiene un'ottima liscatura superficiale. Inoltre, è da sottolineare l'assenza di porosità e un coefficiente di attrito favorevole. **Risultati** Il materiale offre molti vantaggi clinici derivanti dalle sue proprietà. L'assenza di monomeri residui che possono provocare reazioni allergiche al paziente permette il suo utilizzo anche su soggetti suscettibili. Grazie al suo basso assorbimento di acqua non subisce facilmente pigmentazioni, che possono generare un risultato estetico nel tempo non soddisfacente. È molto liscio e questo garantisce un minor accumulo di placca ed elimina l'abitudine viziosa dello sfregamento della lingua sul dispositivo. **Conclusioni** Il bite costruito con PMMA, attraverso una tecnica semplice e rapida, garantisce migliori risultati biologici ed estetici a differenza dei dispositivi prodotti in resina acrilica (MMA) con metodi tradizionali.

■ Compliance di una nuova tecnica di motivazione in pazienti con parodontite. Studio clinico

G. Schirru, N. Satta, F. Setzu, M. Melis, C. Coiana
Università degli Studi di Cagliari,
Dipartimento di Chirurgia e Scienze Odontostomatologiche

RIASSUNTO

Obiettivi Lo scopo primario di questo studio è di valutare l'efficacia di un nuovo metodo di motivazione all'igiene orale domiciliare e secondariamente verificare eventuali differenze di compliance tra pazienti affetti da parodontite e individui sani nell'ipotesi che la malattia possa rappresentare un elemento motivazionale per una migliore compliance. **Materiali e metodi** 27 pazienti sono stati selezionati sulla base delle seguenti caratteristiche: maschi o femmine, età compresa tra i 30 e i 75 anni, assenza di malattie generali invalidanti o non compensate, un quadro di parodontite moderata o severa (Gruppo A) e non essere stati trattati localmente per i precedenti 6 mesi. Un gruppo di pazienti con parodonto sano è stato selezionato come controllo (Gruppo B). Lo study design prevedeva una seduta di detartrasi professionale preceduta dalla rimozione dei fattori di ritenzione di placca, come restauri incongrui, seguito dall'accertamento dell'indice di placca (PT) calcolato secondo il metodo di O'Leary e collaboratori e dell'indice di placca interprossimale (IPI) ottenuto usando la medesima metodologia. I gruppi A e B sono stati suddivisi ulteriormente in due sottogruppi: Gruppo A1 e B1: motivazione verbale; A2 e B2: motivazione verbale + manuale istruzione igiene orale. Tutti i pazienti sono stati rivalutati (T1) dopo un mese dalla prima valutazione (T0) comparando i risultati ottenuti. **Risultati** I pazienti con parodontite (Gruppo A) si presentavano con indici di placca elevati rispetto a quelli sani (Gruppo B) sia al T0 sia dopo la prima rivalutazione (T1) e quindi anche dopo aver effettuato la terapia attiva. Nei pazienti dei gruppi A1 e A2 (Parodontite) il miglioramento degli indici di placca è stato irrilevante mentre i pazienti B1 e B2 (Sani) hanno mostrato un miglioramento assai più sensibile in particolare nel gruppo B2 a cui è stato dato l'opuscolo. **Conclusioni** Questo metodo motivazionale ha prodotto un miglioramento della compliance con particolare evidenza nei soggetti sani, tanto da affermare che possa rappresentare una modalità di prevenzione utile. Tuttavia è necessario migliorare tale metodo con particolare riguardo verso i pazienti affetti da parodontite che hanno mostrato un limitato beneficio dall'uso di tale dinamica motivazionale.

■ Disturbi del comportamento alimentare e correlazioni oro-dentali

I. Casula, A. Cerioli, F. Massetti, F. Moreschetti, S.S. Tassoni
Università degli Studi di Brescia, Corso di Laurea in Igiene Dentale

RIASSUNTO

Obiettivi I disordini del comportamento alimentare (DCA) sono un gruppo di disturbi psicopatologici che influenzano la relazione del paziente con il cibo e con il suo corpo, dando origine a comportamenti alimentari distorti e devianti. Tra questi disturbi sono

presenti l'anoressia e la bulimia nervosa accanto a numerose varianti meno note e non ancora classificate come patologie vere e proprie. Nel decorso di queste gravi malattie, oltre a complicazioni a livello sistemico e psicologico, tali da richiedere un approccio multidisciplinare, compaiono frequentemente tipiche manifestazioni orali ad esse conseguenti. Scopo del lavoro è stilare un protocollo d'intervento per la prevenzione e la gestione delle alterazioni oro-dentali nei pazienti affetti da DCA per contrastarne l'insorgenza e/o arrestarne la progressione se già presenti. **Materiale e metodi** È stata condotta una revisione della letteratura consultando testi scientifici e importanti banche dati come Pubmed e Cokhrane Library per conoscere quali sintomi derivanti da DCA si possono rilevare a livello dei tessuti duri e molli della cavità orale. La ricerca è stata condotta digitando le seguenti parole chiave: oral hygiene, dental care, eating disorders. Inoltre, presso la Clinica Odontoiatrica dell'Università degli studi di Brescia è stato intrapreso uno studio osservazionale (novembre 2008 – marzo 2009) su un campione di 120 pazienti (di età compresa tra i 12 e i 75 anni) afferenti alla struttura. Attraverso rilevamenti clinici, annotati su apposite schede, sono state monitorate le lesioni oro-dentali di origine non batterica caratterizzate da perdite di tessuto duro riconducibili a DCA. **Risultati** Dall'analisi della letteratura si è rilevato che i DCA sono un fenomeno in costante crescita e che circa l'8-10% della popolazione ne è affetta, di cui il 90-95% di sesso femminile. La sfera maschile non ne è esente e i nuovi casi sono in continuo aumento. Oltre alle ormai conosciute anoressia e bulimia, si è notata la comparsa di nuovi DCA come la dronkorexia, l'ortorexia, la night eating syndrome e il binge eating disorder. Dagli studi esaminati è risultato che le più frequenti manifestazioni orali legate ai DCA colpiscono la dentizione, le ghiandole salivari, il parodontio e le mucose. Il vomito autoindotto, persistente o ricorrente, è il principale responsabile dei danni alla salute orale e l'erosione dentale ne è il primo segno. Nelle differenti forme di DCA si è riscontrato che le sequele oro-dentali più frequenti e caratteristiche sono: erosioni (perimolisi), carie, xerostomia, secchezza delle fauci, ipertrofia delle ghiandole salivari. Nel campione studiato presso la Clinica Odontoiatrica di Brescia il 72% dei casi presentava abrasioni dovute a parafunzioni, spazzolamento e bruxismo e il 28% dei casi mostrava erosioni riconducibili nel 10% dei casi a DCA e nel 32% dei casi alla dieta. **Conclusioni** Dall'analisi dei dati della letteratura scientifica e dall'esperienza svolta presso la clinica odontoiatrica emerge che le persone affette da DCA sono in costante aumento. Considerata la complessità della malattia è necessaria una gestione multidisciplinare del paziente. Il ruolo dell'igienista dentale consiste nell'intercettare precocemente il disturbo, nel prevenire i danni e le affezioni oro-dentali, nel minimizzare le sequele tramite l'applicazione di protocolli specifici finalizzati alla prevenzione dell'erosione dentale e della carie.

Polimerizzazione dei sigillanti dentali: influenza del tempo di esposizione e del tipo di lampada

G. Liani, B. Codan, R. Di Lenarda, L. Breschi, M. Cadenaro
Università degli Studi di Trieste, Dipartimento di Biomedicina

RIASSUNTO

Obiettivi Lo scopo di questo studio è stato quello di valutare l'entità della polimerizzazione (EP) di due sigillanti dentali in relazione a diversi dispositivi fotopolimerizzanti e tempi di esposizione. È stato ipotizzato che la tipologia di sigillante dentale, la lampada utilizzata e la durata temporale di fotoesposizione non condizionano il valore di EP. **Materiale e metodi** Sono stati testati i seguenti materiali: Concise White Sealant (3M ESPE), un sigillante dentale a base resinosa mediamente riempito, e UltraSeal XT Plus (Ultradent Products Inc.), un sigillante dentale altamente riempito contenente fluoro. L'EP è stata misurata con un calorimetro differenziale a scansione (DSC, Q10 TA Instruments), ottenendo le curve relative alla cinetica della polimerizzazione. I campioni sono stati fotopolimerizzati con le lampade Elipar 2500 Halogen Curing Light (3M ESPE), Ultra-Lume LED 5 (Ultradent Products Inc.) e Bluephase G2 LED Curing Light (Ivoclar Vivadent Inc.) per 120 s. L'EP è stata calcolata a 20 s, 40 s o 60 s e i dati sono stati analizzati statisticamente (three-way ANOVA e Tukey's post-hoc test). **Risultati** A 20 s (tempo di fotoesposizione raccomandato dalle case produttrici di Concise White Sealant e UltraSeal XT Plus) UltraSeal XT Plus in associazione con Elipar 2500

Halogen Curing Light ha dimostrato il valore maggiore di EP (88,2% ± 2,6%), mentre i risultati minori sono stati ottenuti con Concise White Sealant polimerizzato con Ultra-Lume LED 5 (15,2% ± 4,0%) ($p < 0,05$). Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative con l'utilizzo di Bluephase G2 LED Curing Light, per entrambi i materiali testati. L'EP di entrambi i sigillanti ha dimostrato incrementi significativi quando il tempo di fotoesposizione è stato prolungato (40 s e 60 s), sia con la lampada alogena che con quelle LED ($p < 0,05$). **Discussione** Gli scarsi valori di EP ottenuti con Concise White Sealant polimerizzato con Ultra-Lume LED 5 per 20 s sono correlati alla mancanza di affinità tra il picco di emissione dell'unità fotopolimerizzatrice e la lunghezza d'onda necessaria all'attivazione del fotoiniziatore canforochinone ($\lambda=465$ nm), mentre l'incremento relativo ai valori di EP di Concise White Sealant osservati prolungando l'esposizione a 40 s e 60 s può essere giustificato dal picco esotermico raggiunto da Ultra-Lume LED 5 solamente 32 s dopo l'inizio della reticolazione. I tempi di fotoesposizione raccomandati dai produttori dei materiali sigillanti non garantiscono in ogni caso la polimerizzazione ottimale di Concise White Sealant e UltraSeal XT Plus. **Conclusioni** Le ipotesi iniziali sono state rigettate, poiché sono state riscontrate differenze statisticamente significative tra le associazioni dei sigillanti e dei dispositivi luminosi analizzate durante i diversi intervalli temporali considerati. Il prolungamento del tempo di fotoesposizione rispetto a quello consigliato dal produttore incrementa significativamente l'entità della polimerizzazione dei sigillanti dentali analizzati, indipendentemente dal tipo di unità fotopolimerizzatrice.

Effetti microbiologici della strumentazione meccanica ultrasonica associata all'utilizzo locale di clorexidina

M.E. Guarnelli, M. Calderoni, G. Franceschetti, R. Manfrini, L. Trombelli
Università degli Studi di Ferrara, Centro di Ricerca e Servizi per lo Studio delle Malattie Parodontali, Direttore: professor L. Trombelli
Corso di Laurea in Igiene Dentale, Presidente: professor G. Calura

RIASSUNTO

Obiettivi L'obiettivo del presente studio controllato, doppio cieco, randomizzato è stato di valutare gli effetti microbiologici della Strumentazione Meccanica Ultrasonica (SMU) associata all'uso professionale di una formulazione contenente clorexidina (CHX) confrontata alla sola SMU durante una sessione di richiamo della terapia parodontale di supporto in pazienti affetti da parodontite aggressiva generalizzata (G-AgP). **Materiale e metodi** Nove pazienti (gruppo test) sono stati sottoposti a un'unica sessione di SMU sopra e sottogengivale dell'intera bocca associata ad irrigazione subgengivale con una formulazione di CHX allo 0.02%. È stata utilizzata una soluzione di CHX allo 0.2% per lo spazzolamento professionale del dorso della lingua e per gli sciacqui effettuati dal paziente alla poltrona. Dieci pazienti (gruppo controllo) hanno ricevuto una sessione di SMU associata ad irrigazione subgengivale, spazzolamento professionale del dorso della lingua e sciacqui con la formulazione controllo, identica a quella del gruppo test ma priva di CHX. È stata eseguita la valutazione quantitativa Real-Time PCR della conta batterica totale (TBC) e dei seguenti batteri parodontopatogeni: *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* (A.a.), *Porphyromonas gingivalis* (P.g.), *Tannerella forsythia* (T.f.), *Treponema denticola* (T.d.), *Fusobacterium nucleatum* (F.n.) e *Prevotella intermedia* (P.i.), al tempo 0 (baseline, pre-trattamento) e a 3, 6 e 12 settimane dopo il trattamento. Per ciascun paziente è stata inoltre calcolata la conta dei patogeni totali (TP) sommando le singole conte di A.a., P.g., T.f., T.d., F.n. e P.i., e la conta del "complesso rosso" (RC) sommando le singole conte di P.g., T.f. and T.d. **Risultati** I risultati indicano che la SMU, con e senza l'uso aggiuntivo di CHX, ha determinato una riduzione significativa dal baseline a 3 settimane dal trattamento della Conta Batterica Totale, dei Patogeni Totali e del Complesso Rosso. Tale riduzione persiste a 6 e 12 settimane dal trattamento. Non sono state osservate differenze significative fra il gruppo test e il gruppo controllo in termini di riduzione della Conta Batterica Totale, dei Patogeni Totali e del Complesso Rosso in nessuno degli intervalli di osservazione. **Conclusioni** L'utilizzo professionale di formulazioni a base di CHX in associazione alla SMU non sembra determinare benefici microbiologici aggiuntivi se paragonato alla sola SMU nella fase di terapia di supporto in pazienti affetti da G-AgP.

Patologie muscolo-articolari: malattie dell'igienista dentale

C. Salvatori, A. Sansovini

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata", Corso di Laurea in Igiene Dentale,
Presidente: professoressa R. Docimo
Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche

RIASSUNTO

Scopo del lavoro è individuare le patologie che affliggono maggiormente i lavoratori che orbitano in campo odontoiatrico, analizzare gli agenti eziologici e determinare una condotta preventiva nei confronti di tali affezioni. La patologia professionale corrisponde allo stato morboso in cui si trova l'organismo dell'operatore, correlato alle mansioni svolte e a cui seguiranno alterazioni tali da compromettere, parzialmente o totalmente, le sue attività lavorative. Questa definizione, ampiamente trattata e descritta nella giurisprudenza e classificata in molteplici categorie dall'INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro), può essere paragonata alla Patologia Sociale, intesa dall'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) come quella malattia che, per l'elevata incidenza e frequenza di mortalità, comporta un importante assenteismo dai posti di lavoro, quindi notevoli perdite economiche e la conseguente diminuzione della qualità della vita della collettività. Fondamentale a tal proposito diventa attuare delle misure preventive di difesa nei confronti di tali affezioni. Queste ultime sono molteplici e spesso si riscontrano anche in professioni differenti poiché è l'eziologia che le caratterizza. Per esempio possiamo individuare come responsabili di patologie professionali: il ripetersi dei cicli lavorativi, la forza necessaria a compierli, la postura con cui vengono eseguiti, il tempo e la precisione richiesta, l'utilizzo di strumenti vibranti. In campo odontoiatrico l'insieme di questi fattori può determinare, come già detto, numerose malattie tra cui le più comuni sono la sindrome miofasciale, la stenosi del canale vertebrale, l'ernia del disco, la sindrome del tunnel carpale. L'analisi della letteratura scientifica ha evidenziato il fondamentale ruolo che giocano, nella prevenzione di tali disturbi, una preparazione fisica ottimale ed una meticolosa organizzazione della giornata di lavoro e del luogo in cui la si trascorre.

Fluorosi e sbiancamento. Studio di un prodotto a base di acido cloridrico e carburi di silicio

G.S. Condò, C. Salvatori, R. Nicosanti

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata",
Corso di Laurea in Igiene Dentale, Presidente: professoressa R. Docimo
Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche

RIASSUNTO

Obiettivi L'equilibrio estetico si rivela quotidianamente un fatto determinante ai fini di una comunicazione efficace, che avviene per buona parte tramite il sorriso, facilita inoltre le relazioni interpersonali anche sotto il punto di vista psicologico aumentando l'autostima. La fluorosi è una patologia a carico delle cellule progenitrici dello smalto che causa alterazioni morfofunzionali dello smalto, dovuta ad un'eccessiva assunzione di fluoro nella fase di odontogenesi. Questa patologia risulta essere molto diffusa nelle zone vulcaniche dove la concentrazione di fluoro nelle acque è maggiore ai limiti fissati dalla Comunità Europea. Lo scopo di questo lavoro è quello di dimostrare l'efficacia del trattamento di fluorosi di entità molto lieve, lieve e moderata, mediante microabrasione delle superfici interessate con un prodotto a base di acido cloridrico (6,6%) e carburi di silicio, seguito da un processo di sbiancamento professionale con perossido di idrogeno al 35%.
Materiali e metodi Sono stati esaminati 10 pazienti, 6 uomini e 4 donne, di età compresa tra i 18 ed i 40 anni. I pazienti sono residenti, o hanno vissuto durante il periodo dell'odontogenesi,

nella zona dei castelli romani dove le concentrazioni di fluoro nelle acque comunali superano di molto i valori guida (0,7-1,2 mg/l) fissati con la legge 258/00 e quelli fissati dalla direttiva comunitaria 98/83/CE di 1,5 mg/l. Ogni paziente, previa anamnesi ed esame obiettivo, per escludere la presenza, sugli elementi da trattare, di perdita di vitalità, recessioni gengivali, protesi, ricostruzioni estetiche vestibolari, patologie parodontali, è stato sottoposto ad una prima fase di igiene professionale, comprensiva di rilevamento degli indici di placca, sanguinamento e profondità di sondaggio, ablazione tartaro, motivazione e IO. I dati sono stati registrati su apposita cartella. Ai fini della verifica dell'efficacia del trattamento, sono state effettuate fotografie degli elementi dentali prima e dopo il trattamento. **Risultati** I pazienti trattati sono stati sottoposti a visita di controllo dopo 3 giorni dal trattamento e una volta al mese per i 3 mesi successivi. I pazienti hanno riportato un alto indice di soddisfazione del trattamento, in quanto le precedenti discromie sono state rimosse e questo ha migliorato il loro profilo psicologico permettendo un aumento dell'autostima dovuta ad un sorriso migliore. I pazienti non hanno riportato problemi di sensibilità. Da notare, in alcuni pazienti, la risposta delle macchie biancastre in corrispondenza delle perichimata, che sono risultate più evidenti acquistando una colorazione bianco-candida in risposta alla foto attivazione con luce a led; queste macchie si sono riassorbite nelle 24-48 ore successive al trattamento. Il trattamento di microabrasione con acido cloridrico seguito da sbiancamento, come dimostrato dai risultati ottenuti, è molto efficace nella cura di fluorosi molto lievi, lievi e moderate.

Effetti delle procedure di polishing sulla ipersensibilità dentinale: studio ultramorfologico al SEM e valutazione della permeabilità dentinale

W. Zenobi*, M. Giannoni*, I. Thompson**, S. Sauro***

*Università degli Studi dell'Aquila, Corso di Laurea in Igiene Dentale

**Biomaterials, Biomimetics & Biophotonics,

King's College London Dental Institute, London, UK

***Dental Materials, School of Dentistry, University of Granada,
Colegio Máximo, Granada, Spain

RIASSUNTO

Obiettivi In questo studio si è valutata la riduzione della permeabilità dentinale indotta dai prodotti e dalle procedure di polishing; il secondo obiettivo è stato quello di valutare al SEM i cambiamenti morfologici della dentina sottoposta ai differenti trattamenti. **Materiali e metodi** Un certo numero di paste da profilassi e polveri per la lucidatura (*) sono state applicate su dischi di dentina provenienti da terzi molari umani recentemente estratti. La riduzione quantitativa della permeabilità dentinale è stata misurata mediante un dispositivo idrostatico che funziona ad una pressione costante di 20 cm di H₂O. Ulteriori campioni sono stati preparati per l'analisi morfologica al SEM. **Risultati** I risultati di questo studio hanno mostrato importanti differenze sull'effetto di riduzione della permeabilità dentinale in base al tipo di prodotto impiegato. L'uso dei bioactive glass e del bicarbonato di sodio sono stati i più efficaci nel ridurre la permeabilità della dentina. Il bioactive glass (Sylc) nelle procedure di air polishing è stato l'unico prodotto a formare uno strato di fango dentinale in grado di occludere completamente i tubuli dentinali. Colgate Sensitive Pro-Relief e Nupro NU-Solution hanno ridotto la permeabilità della dentina fino al 69,8% e 66,9% rispettivamente. **Conclusioni** Tutti i prodotti testati in questo studio sono in grado di ridurre statisticamente la permeabilità della dentina, tuttavia i risultati ottenuti con i bioactive glass (Sylc) risultano più incisivi nella riduzione della permeabilità dentinale e nell'obliterazione dei tubuli dentinali.

(*): Sylc bioactive glass powder; Sylc bioactive glass paste; Cavitrone Prophy-Jet sodium bicarbonate; Air-flow Perio powder; Colgate Sensitive Pro-Relief; Nupro Nu-Solutions Prophy Paste.