ENDO TRIBUNE

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Novembre 2017 - anno XIII n. 11

www.dental-tribune.com

A VENEZIA IGIENE ORALE IN SCENA

Perché grandi registi hanno inserito scene di igiene orale? "Inviata" al Festival di Venezia Gianna Maria Nardi "mi piace pensare – dice - che gli stili di vita in igiene orale di ogni individuo siano stati interiorizzati come importante necessità di benessere psico-fisica-ambientale".

pagina 16

CONTRATTO DI RISULTATO VS VISIONE OLISTICA

Medico chirurgo specializzato in Ortognatodonzia, iscritto al Tribunale di Bergamo come Odontoiatra Forense, Mario Turani ricostruisce una vertenza legale aggiungendovi alcune considerazioni di carattere clinico "metagiuridiche".

pagina 2

Riabilitazione estetica con resine composite

in caso di severa Molar Incisor Hypoplasia Case report

I. Franchi, G. Malaguti, R. Bianchi

Leggi articolo a pagina 14

MEDICINA ORALE: L'INTERVISTA
Dentisti oggi uguale medici orali in futuro 3

BOCCA E MALATTIE SISTEMICHE
Scoperto il meccanismo di un'infiammazione potenzialmente letale 6

INDUSTRY REPORT
Nuovi traguardi ortodontici al servizio dell'estetica 10

MEETING & CONGRESSI
L'identikit del dentista al Congresso Dentsply Sirona di Venezia 22

ENDO TRIBUNE
L'Intervista
Endodonzia accurata e avanzata per tutti pagina 8

L'EBDM (Evidence Based Digital Medicine)

e le notizie online sulla salute

C. Pergolizzi

La rivoluzione digitale ha cambiato completamente il modo di conoscere quanto succede nel mondo, come emerge da un Rapporto Newsruption presentato dal network internazionale Burson-Marsteller e da Human Highway, dopo aver analizzato il cambiamento nel modo d'informarsi negli ultimi dieci anni e il sistema di divulgazione con nuovi soggetti e abitudini di interazione con la notizia. La diffusione di informazioni online sulla cura e la salute genererebbe infatti nei pazienti un crescente desiderio di un confronto "alla pari" su temi in passato alla sola portata dei medici. Una maggiore "consapevolezza" che può anche rappresentare un fattore positivo per la buona riuscita del trattamento. Ma se le notizie cui attinge il paziente non sono corrette?

› pagina 2

Contratto di risultato vs visione olistica

Conflitto giuridico in intervento ortodontico: case report

‹ pagina 1

Storia

Nel 2007 i genitori di M.M. si rivolgono al proprio dentista per necessità specificatamente di carattere ortodontico. La richiesta dei genitori sottendeva, come spesso accade, un aspetto prevalentemente estetico in quanto il figlio Mauro, 14 anni, presentava una situazione di III classe dento-scheletrica con testa a testa dentario e deviazione della linea interincisiva inferiore a destra di 4 mm. Deviazione strutturata della mandibola a destra, affollamento minimo, senza problemi particolari a livello articolare e muscolare, come veniva riportato in cartella dal curante. In estrema sintesi ecco il piano di trattamento ortodontico effettuato:

- Espansione del palato con placca mobile;
- Sostituzione con espansore palatale fisso;•
- Trattamento ortodontico fisso ad entrambe le arcate.

Durata complessiva della terapia anni 4 con risultati "buoni", a detta del curante. Al termine vennero posizionati splint palatale frontale superiore e linguale frontale inferiore a mantenimento del risultato ottenuto e, a maggior garanzia di stabilità, venne realizzato posizionatore bi-mascellare morbido notturno. Nel corso di regolari controlli orali effettuati dopo circa un anno venne sospeso il posizionatore e dopo circa altri 2 rimossi entrambi gli splint. Per quanto sopra indicato i genitori di Mauro spesero 12 mila euro.

A distanza di circa due anni la situazione ortognatica recidivò di molto e dopo un altro anno la situazione clinica ed estetica ritornò molto simile a quella iniziale, con parametri, sostanzialmente e proporzionalmente simili a quelli pre-cura, pur tenendo conto della crescita e della individualità del paziente. Al curante venne contestato l'inadempimento contrattuale e conseguenti danni.

Il paziente venne visitato da Odontoiatra Forense (successivamente divenuto CTP) che elaborò perizia sfavorevole al curante, che venne citato in giudizio, non essendo stata raggiunta una soluzione stragiudiziale .

In risposta ai quesiti posti dal Giudice, il CTU si espresse in totale favore del paziente addossando al curante la colpa in tre forme; imperizia, imprudenza e negligenza. Gli venne addebitato l'inadempimento e la restituzione (quasi completa) delle somme corrisposte dai genitori.

Fatte proprie le conclusioni del CTU il Giudice condannò il curante al risarcimento cui, per il danno conseguente, provvide la sua Assicurazione.

Considerazioni

Il caso suesposto rientra nella moltitudine di controversie ortodontiche con risvolti di carattere giuridico, nulla di originale. Una giurisprudenza consolidata inquadra ormai il rapporto di carattere odontoiatrico come un contratto di risultato, in particolare se di materia ortodontica. Nel caso di specie l'aspettativa dei genitori era il miglioramento (estetico) della situazione stomatognatica del figlio. Risultato non avvenuto, con incontestabile evidenza. Il curante non aveva ottemperato all'obbligo derivante dall'accordo evidenziato dalla totale recidiva (o quasi) che riportando la situazione del paziente allo stato iniziale, ha provocato inutile perdita di tempo, di denaro e conseguente richiesta di risarcimento .

Abbandoniamo per il momento il concetto di "contratto di risultato" e le obbligazioni che comporta, eludendo evidentemente la "ratio" di tutta la problematica e cerchiamo di ragionare solo da un punto di vista clinico. Se avessimo capacità e voglia di uscire dalla visuale limitata della bocca inserendola in un contesto più ampio, "olistico", ci accorgeremmo quante e quali possano risultare le informazioni e interrelazioni fra apparato stomatognatico e sistema. Coglieremmo la coerenza strutturale e funzionale fra i vari apparati tale da valutare la parte esaminata come inquadrata in un contesto ottimale.

Se avessimo pertanto capacità e voglia di farlo, ci accorgeremmo come nel caso in questione, potremmo avere la totalità della struttura corporea di "III classe" con particolare tipo di appoggio podalico, di arti inferiori, bacino, colonna, struttura cranio-cervicale e quindi, inevitabilmente, di bocca. Una postura intesa in senso globale, di III classe. Noteremmo quanto ogni parte risulti "giusta" in quella posizione, quanto sia relazionata con il resto del corpo e quanto ogni variazione avvenga nei due sensi. Ci accorgeremmo quanto risulti difficile lottare contro un sistema molto più ampio e potente del singolo distretto ove operiamo nonché considerare i reali rapporti di forza e di convenienza fra le parti: la recidiva rappresenta spesso, la risultante di questi equilibri.

Conclusioni

Considerare nella giusta ottica il rapporto costi/benefici di un intervento rappresenta una delle priorità in ogni settore; economico, biologico, medico. Ed anche l'ambito giuridico non fa eccezione. Modificare un sistema può significare, a volte, destabilizzarlo e ottenere un compromesso peggiore di quello che si voleva migliorare. Con l'espressione "giusta" sopra indicata non si intende "perfetta" ma "il miglior compromesso" possibile per quel sistema. Fatta nostra questa prospettiva e non considerando per il momento l'obbligazione da contratto di risultato, indichiamo le nostre conclusioni sul caso in oggetto. Possiamo imputare al curante il mancato raggiungimento di un obiettivo difficilmente raggiungibile, soprattutto se inquadrato in un'ottica settoriale carente di basilari e strategiche informazioni generali di sistema? Possiamo addebitargli i danni di un risultato fallimentare secondo l'impostazione convenzionale, senza perlomeno ipotizzare secondo un'impostazione olistica, un'anomalia iniziale dell'attuale protocollo operativo? Il ritorno a una situazione di partenza magari peggiorata (recidiva) è conseguenza del cattivo operato del curante o l'adattamento fisiologico di un sistema che non accetta la variazione? Ultimo, ma non meno importante, considerato il danno come nuovo stato peggiorativo dell'integrità psico-fisica del soggetto, si può conoscere se, dove e come l'intervento odontoiatrico ha provocato alterazioni disfunzionali (leggasi patologie) in altri distretti corporei, a distanza?

In definitiva. Il percorso medico-giuridico è risultato corretto e il curante condannato per un risultato forse raggiunto, ma non mantenuto e quindi fallimentare. Ma anche le considerazioni avanzate in questo articolo dovrebbero sollevare una riflessione serena ed obiettiva sui risultati e conseguenti valutazioni medico-legali di una visione globale e olistica rispetto a quelle limitate ad un intervento settoriale.

Mario Turani

L'EBDM e le notizie online sulla salute

‹ pagina 1

Gli "health seekers" i cd. ricercatori online di informazioni sulla salute costituiscono l'80% degli utenti di internet. La maggior parte lo fa almeno una volta al mese: il 91% cerca materiale correlato ad una malattia fisica, il 26% informazioni sulla salute mentale, il 13% sulla forma fisica e nutrizione, l'11% informazioni di base o fondanti. Internet appare quindi più uno strumento per chi sta male che una risorsa educativa per chi vuole stare bene. Molti "ricercatori di salute" affermano inoltre che le risorse trovate sul web migliorano il modo di prendersi cura di se, avendo un effetto diretto sulle decisioni assunte in merito all'assistenza sanitaria e alle interazioni con i medici. A spingere sempre più pazienti a informarsi della propria salute su internet, come riferisce uno studio dell'Università della California, non sembrerebbe tanto la sfiducia verso i camici bianchi ma il desiderio di avere più informazioni ed essere più attivi nel rapporto col medico. Secondo altri invece, medici e pazienti vivono un rapporto reciproco di sospetto e delusione, malgrado la medicina sia sempre più in grado di guarire. Oggi tuttavia la ricerca di informazioni reali sulla salute è diventata più rischiosa: le notizie più clamorose di "cure miracolose" sono spesso quelle promosse più aggressivamente sui social network e che pertanto diventano più facilmente virali raccogliendo più attenzione della stessa verità. Di qui l'epidemia delle cd. "fake news" da sempre circolanti sul web, che oggi tuttavia investono più frequentemente il mondo medico con un impatto importante sulla promozione di corretti stili di vita, su cure rispettose delle linee guida internazionali e sulla comunicazione medico-paziente. Anche i pazienti odontoiatrici arrivano sempre più informati all'incontro con il dentista o l'igienista dentale. Anche tra loro il "self treatment" il fai da te odontoiatrico sta diventando frequente: prodotti o dispositivi domiciliari, acquistabili sui principali siti di shopping online (Amazon, eBay, ecc.) si moltiplicano, come i consigli su come gestire patologie dento-gengivali o sbiancare i denti. Al popolo internet arrivano campagne di marketing incisive come quella dei "low cost" e del "turismo odontoiatrico" influenzandolo nella scelta del professionista cui affidare la propria salute. Di qui l'importanza per il professionista odontoiatrico di conoscere il fenomeno e condividere le proprie conoscenze basate sull'evidenza scientifica per dare basi forti al paziente nella valutazione di notizie online e siti non scientifici. In un periodo in cui il passaparola ha perso parte della sua storica potenza, l'utilizzo di nuove tecnologie digitali nella diffusione di notizie scientificamente certificate ma anche di informazioni inerenti il proprio operato, appare un dovere più che una scelta. Obiettivo dell' Evidence Based Digital Medicine (EBDM) è anche combinare il rigore della medicina basata sull'evidenza con le tecnologie emergenti per una medicina digitale fondata su prove di efficacia. Per rallentare la diffusione di false informazioni mediche, si dovrebbe stare più attenti a comunicare in maniera semplice ed efficace gli sviluppi della ricerca. Nella scuola media e superiore si dovrebbe insegnare cosa si intende per evidenza scientifica e come funziona la ricerca in campo medico, in modo da evitare la diffusione di fake news, mentre i motori di ricerca come Google dovrebbero addirittura eliminarle. In un' intervista rilasciata l'8 settembre scorso il Ministro della salute Lorenzin ha dichiarato infatti che «stiamo lavorando in collaborazione con Google per indicizzare le notizie certificate scientificamente. Con Google e polizia postale stiamo anche cercando la via per rimuovere le false notizie in rete pericolose per la salute pubblica». Un progetto ambizioso e difficile da raggiungere. Ma la salvaguardia della salute, la valorizzazione della ricerca scientifica e la gestione più attiva e consapevole da parte dei pazienti della propria salute, meritano lo sforzo.

Chiara Pergolizzi

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

GROUP EDITOR - Daniel Zimmermann
[newsroom@dental-tribune.com] +44 161 223 1830
CLINICAL EDITORS
Magda Wojtkiewicz; Nathalie Schüller
EDITOR & SOCIAL MEDIA MANAGER - Monique Mehler
EDITORS - Kristin Hübner; Yvonne Bachmann
MANAGING EDITOR & HEAD OF DTI COMMUNICATION SERVICES
Marc Chalupsky
COPY EDITOR - Sabrina Raaff

PUBLISHER/PRESIDENT/CEO - Torsten R. Oemus
CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich
CHIEF TECHNOLOGY OFFICER - Serban Veres
BUSINESS DEVELOPMENT MANAGER
Claudia Salwiczek-Majonek
PROJECT MANAGER ONLINE - Tom Carvalho
JUNIOR PROJECT MANAGER ONLINE - Hannes Kuschick
E-LEARNING MANAGER - Lars Hoffmann
EDUCATION DIRECTOR TRIBUNE CME - Christiane Ferret
EVENT SERVICES/PROJECT MANAGER TRIBUNE CME & CROIXTURE
Sarah Schubert
MARKETING SERVICES - Nadine Dehmel
TEAM ASSISTANT - Julia Maciejek
SALES SERVICES - Nicole Andrä
ACCOUNTING SERVICES
Anja Maywald; Karen Hamatschek; Manuela Hunger
MEDIA SALES MANAGERS - Antje Kahnt (International); Barbora Solarova (Eastern Europe); Hélène Carpentier (Western Europe); Matthias Diessner (Key Accounts); Melissa Brown (International); Peter Witteczek (Asia Pacific); Weridiana Mageswki (Latin America)
EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer
ADVERTISING DISPOSITION - Marius Mezger

©2017, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved.

Dental Tribune makes every effort to report clinical information and manufacturer's product news accurately, but cannot assume responsibility for the validity of product claims, or for typographical errors. The publishers also do not assume responsibility for product names or claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International.

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL GMBH
Holbeinstr. 29, 04229, Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 48 474 302 | Fax: +49 341 48 474 173
info@dental-tribune.com | www.dental-tribune.com

DENTAL TRIBUNE ASIA PACIFIC LTD.
c/o Yonto Risio Communications Ltd.
Room 1406, Rightful Centre
12 Tak Hing Street, Jordan, Kowloon, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +852 3113 6199

TRIBUNE AMERICA, LLC
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 244 718

DENTAL TRIBUNE ITALIAN EDITION
Anno XIII Numero 11, Novembre 2017

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Boccaletti
[m.boccaletti@dental-tribune.com]
COORDINAMENTO TECNICO-SCIENTIFICO - Aldo Ruspa
COMITATO SCIENTIFICO
G. Barbon, G. Bruzzone, V. Bucci Sabattini, A. Castellucci, G.M. Gaeta, M. Labanca, C. Lanteri, A. Majorana, M. Morra, G.C. Pescarmona, G.E. Romanos, P. Zampetti
COMITATO DI LETTURA E CONSULENZA TECNICO-SCIENTIFICA
L. Aiazzi, P. Biancucci, E. Campagna, M. Del Corso, L. Grivet Brancot, R. Kornblit. C. Mazza, G.M. Nardi, G. Olivi, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, F. Tosco, A. Trisoglio
CONTRIBUTI
E. Aquilio, R. Bianchi, I. Franchi, P. Gatto, K. Hübner, G. Malaguti, G. M. Nardi, C. Pergolizzi, N. Perrini, M. Petruzzi, G. Rossini, M. Turani, L. Viganò.
REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Cordinamento: Adamo Buonerba
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363
GRAFICA -Tueor Servizi
STAMPA
Del Gallo Editori DGE Green Printing srl
Via Tornitori 7 - 06049 Spoleto (PG) - IT
COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITT srl
PUBBLICITÀ
Alessia Murari *[alessia.murari@tueorservizi.it]*
Stefania Dibitonto *[s.dibitonto@dental-tribune.com]*
UFFICIO ABBONAMENTI
Tueor Servizi Srl
Via Domenico Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 | Fax: 011 3097363
segreteria@tueorservizi.it
Copia singola: euro 3,00

DENTAL TRIBUNE EDIZIONE ITALIANA FA PARTE DEL GRUPPO DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL CHE PUBBLICA IN 25 LINGUE IN OLTRE 90 PAESI

È proibito qualunque tipo di utilizzo senza previa autorizzazione dell'Editore, soprattutto per quanto concerne duplicati, traduzioni, microfilm e archiviazione su sistemi elettronici. Le riproduzioni, compresi eventuali estratti, possono essere eseguite soltanto con il consenso dell'Editore. In mancanza di dichiarazione contraria, qualunque articolo sottoposto all'approvazione della Redazione presuppone la tacita conferma alla pubblicazione totale o parziale. La Redazione si riserva la facoltà di apportare modifiche, se necessario. Non si assume responsabilità in merito a libri o manoscritti non citati. Gli articoli non a firma della Redazione rappresentano esclusivamente l'opinione dell'Autore, che può non corrispondere a quella dell'Editore. La Redazione non risponde inoltre degli annunci a carattere pubblicitario o equiparati e non assume responsabilità per quanto riguarda informazioni commerciali inerenti associazioni, aziende e mercati e per le conseguenze derivanti da informazioni erronee.

Dentisti oggi uguale medici orali in futuro

Specializzato in Parodontologia e implantologia orale, Rajiv Saini è un docente appassionato di entrambe le specialità. Direttore dell'International Journal of Experimental Dental Science e del Journal of Periodontology and Implant Dentistry, alla vigilia della sua conferenza all'IDEC 2017 di Jakarta sul legame tra igiene orale e salute sistemica, è stato intervistato da Dental Tribune Online su alcuni temi significativi quali la conoscenza dei pazienti, le aspettative di cura e il cambio di ruolo dell'odontoiatra.

Secondo Rajiv Saini, relatore dell'IDEC, occorre concentrarsi maggiormente sulla salute orale, nei paesi in via di sviluppo e sull'educazione orale dei bambini. (Fotografia: Rajiv Saini)

Nell'abstract della sua conferenza lei afferma che «l'odontoiatria ha sperimentato i più grandi cambiamenti della sua storia nel corso degli ultimi 30 anni». Cosa intende dire?

L'odontoiatria è cambiata moltissimo negli ultimi tre decenni in settori quali diagnosi, prevenzione e cura. Ora siamo nell'epoca della diagnosi cellulare e biotecnologica, delle nuove misure preventive, come l'eliminazione avanzata del biofilm dentale e le nuove modalità terapeutiche, tra cui l'intelligenza artificiale.

La consapevolezza del legame tra salute orale e sistemica sta crescendo: a che punto siamo?

Siamo in una fase molto dinamica. Ogni giorno stiamo sperimentando nuove evidenze scientifiche che aggiungono conoscenze su tale legame.

Oltre a interessare il benessere generale, malattie quali la parodontite sono state associate alle malattie cardiovascolari e ad alcuni tipi di cancro. Lei ritiene che il ruolo importante giocato dall'odontoiatria in rapporto alla salute sistemica sia riconosciuto dal pubblico e dai politici?

No! Il pubblico non è ancora consapevole dell'impatto di questo legame. Per quanto riguarda i politici, personalmente credo che sia più opportuno privilegiare le strategie preventive piuttosto che le modalità terapeutiche.

Quali sono i pregiudizi più comuni riguardanti lo stato dell'igiene e della salute orale riscontrabili di solito?

Molti, specie nell'area asiatica, credono che dalla regolare pulizia professionale derivino sensibilità o mobilità dei denti. In secondo luogo, scarseggiano in coerenza e coscienza del regime d'igiene orale da osservare. Per modificare la situazione, credo che ci dovrebbe essere maggior educazione attraverso i media e le campagne di informazione pubbliche.

L'Odontoiatria ha continuato progredire verso il digitale, tuttavia molti Paesi soffrono di disparità nelle cure di base. Dove ci condurrà questo trend?

Dovremmo considerarlo uno sforzo comune promuovere misure preventive. Inoltre, nei paesi in via di sviluppo ci si dovrebbe concentrare maggiormente sulla salute orale e sull'educazione dei bambini.

Oltre all'attuale conservativa e alla domanda crescente di estetica, quali saranno in futuro le principali sfide della professione?

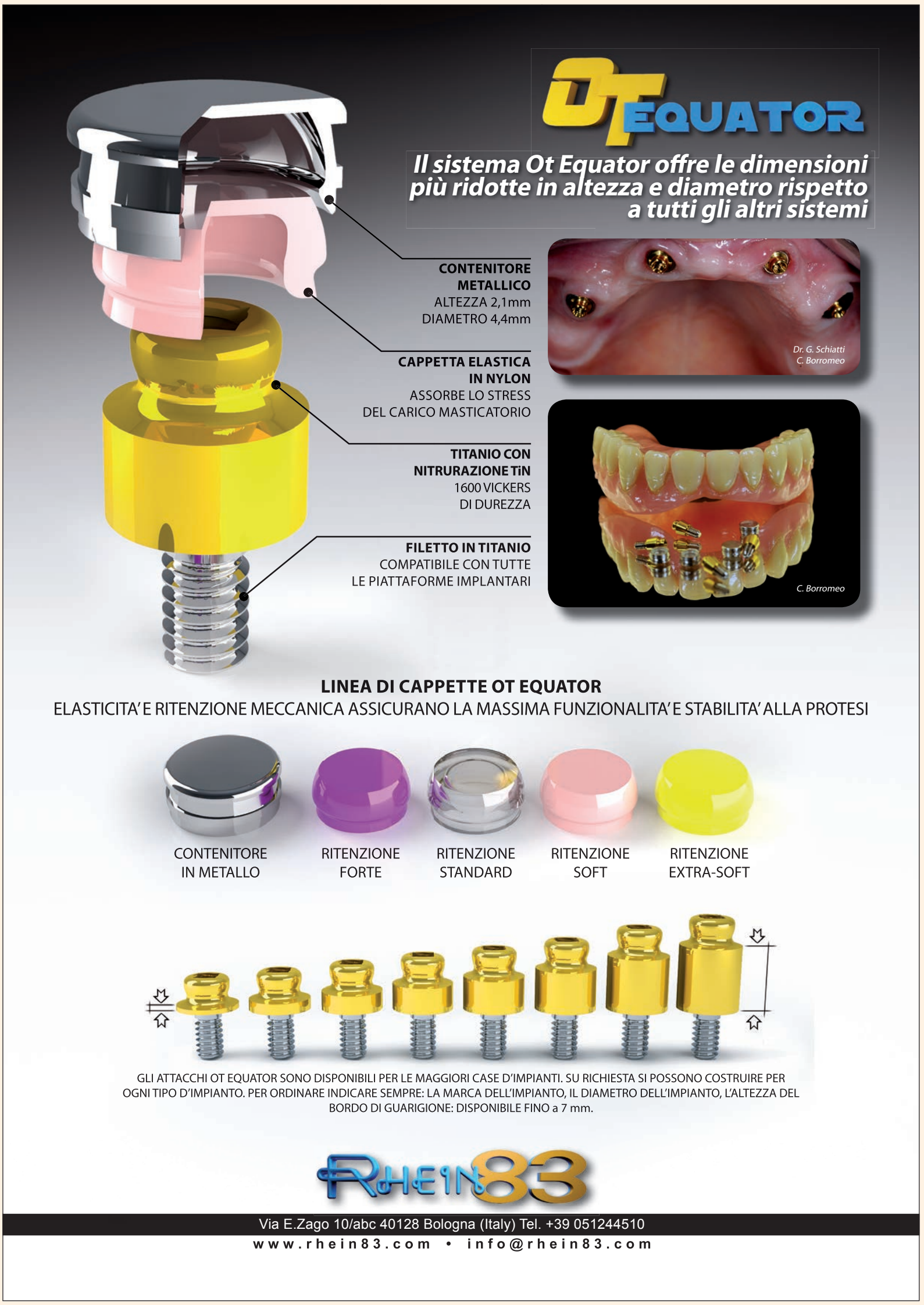
La sfida principale sarà l'equilibrio tra le aspettative dei pazienti da un lato e le procedure relative alla salute orale dall'altro. Ad esempio, gli impianti stanno affrontando i fallimenti causati da scarsa igiene orale. Si dovrebbe ricercare un miglior equilibrio tra le aspettative dei pazienti e il realismo dei risultati.

Come cambierà il ruolo del dentista? Ci sarà o dovrebbe esserci più interconnessione tra medicina e odontoiatria?

Il ruolo è cambiato significativamente nell'ultimo decennio e attualmente la sua responsabilità riguarda il mantenim ento della salute generale piuttosto che il concentrarsi solo su quella orale. Negli anni a venire, avrà un ruolo importante nel conservare la salute sistemica fino ad essere riconosciuto come medico orale.

Il 17 settembre Rajiv Saini ha tenuto una conferenza dal titolo "Oral hygiene and systemic health" alla Dental Exhibition and Conference d'Indonesia.

Kristin Hübner, DTI



Carcinoma del cavo orale e le lesioni potenzialmente maligne

Efficacia della diagnosi precoce

Alla stregua di altri distretti anatomici, il cavo orale presenta numerose problematiche di tipo neoplastico in senso benigno e maligno. Le neoplasie maligne del cavo orale comprendono una vasta realtà anatomo-patologica e clinica. Il 90% dei tumori maligni è rappresentato dal carcinoma squamo cellulare del cavo orale ma non bisogna dimenticare i tumori delle ghiandole salivari, dei tessuti duri e molli non epiteliali (es. melanoma) e quelli odontogeni.

La dimensione del problema è apprezzabile se si consultano gli ultimi dati del Globocan 2012 (www.globocan.iarc.fr), dati ritenuti il gold standard statistico dall'OMS. Nel mondo si stima un' incidenza di circa 200.000 casi annui (il 2.7%di tutte le neoplasie maligne) con una mortalità del 50% (circa 100.000 morti annui per tumori al cavo orale). Nei soggetti di sesso maschile occupano l'11° posto per incidenza, superiore al tumore del pancreas e al melanoma. In alcune Nazioni (es. India), a causa delle abitudini di masticare il tabacco o il betel, risulta tra le prime neoplasie in assoluto, rappresentando quindi un'emergenza di salute pubblica.

Le stime basate su proiezioni statistiche (Globocan 2008) indicano che vi siano in Italia circa 5000 soggetti all'anno ai quali viene diagnosticato un tumore ai tessuti del cavo orale mentre la mortalità ammonta al 50%. Si potrebbe semplificare dicendo che in Italia ogni 2 ore viene diagnosticato un tumore maligno al cavo orale e ogni 4 ore uno muore per tale causa. Le cifre relative all'incidenza e alla mortalità seguono peraltro un trend in salita e questo da oltre 50 anni. Il paradosso risiede nel fatto che pur essendo un sito facilmente ispezionabile il cavo orale non viene adeguatamente valutato: quasi il 70 % dei carcinomi viene diagnosticato in stadio III o IV ovvero avanzato con compromissione dei tessuti adiacenti, dei linfonodi e metastasi a distanza[1].

La terapia chirurgica, in questi casi, assume un aspetto demolitivo, resettivo con postumi funzionali e psicologici non trascurabili. Nei casi in cui la neoplasia venga diagnosticata in uno stadio I o meglio ancora intercettata quando è ancora "in situ", è sufficiente una buona biopsia escissionale, con margini liberi da lesione per poter porre una diagnosi e contemporaneamente eliminare il problema. Necessario il follow-up.

Circa le cause dell'insorgenza di tale carcinoma, gli stili di vita non corretti sono responsabili di circa il 70%. Nello specifico fumo e alcool sono i maggiori fattori causali: soggetti forti fumatori presentano un rischio circa 13 volte maggiore rispetto ai non fumatori; soggetti forti bevitori presentano un rischio 5 volte maggiore; l'associazione tra alcool e fumo determina un rischio ben 50 volte superiore rispetto ai non fumatori e bevitori. Fumo e alcool, cronicamente assunti esercitano un'azione istolesiva e genotossica, compromettendo i normali meccanismi di controllo della crescita e della morte cellulare.

Negli ultimi 20 anni si è notata tuttavia, un'aumentata incidenza di carcinomi del cavo orale in soggetti giovani, con meno di 40 anni, non bevitori e non fumatori[4,5].

L'assenza di fattori di rischio e l'età giovane di questi pazienti ha sospinto i ricercatori a ricercare nuovi potenziali agenti carcinogeni e l'attenzione è stata focalizzata sul virus del Papilloma Umano (HPV)[6], responsabile di circa il 90% dei carcinomi della cervice uterina motivo per il quale dal 2006 è possibile per le donne vaccinarsi per l' HPV e si pensa di estendere tale presidio profilattico anche ai soggetti di sesso maschile. Anche una buona parte dei tumori del faringe e del laringe (i così detti "tumori della gola") risultano essere HPV positivi[7]. Questo dato è utile

in chiave eziopatologica, epidemiologica e terapeutica poiché rispondono bene alla radioterapia, evitando, secondo alcuni protocolli, l'intervento chirurgico[8]. Per il cavo orale, i sierotipi dell'HPV 16 e 18 sono quelli maggiormente isolati nelle lesioni neoplastiche HPV positive, in quelle leucoplasiche ed eritroplasiche[9]. Circa il riverbero positivo che la campagna di vaccinazione del 2006 potrebbe avere anche sui tumori del distretto testa-collo, si è fiduciosi nel leggere nei dati epidemiologici dei prossimi decenni un decremento dell'incidenza (e della mortalità) tumorale.

Attualmente la prevenzione primaria si attua dissuadendo ed informando i pazienti circa i rischi del fumo e dell'alcool, insegnando l'autoispezione e mettendo in campo iniziative di informazione per i medici, odontoiatri e operatori della salute orale. La prevenzione secondaria, invece, mira a cogliere quanto più precocemente possibile le lesioni che potrebbero rappresentare gli stadi iniziali della malattia. Potenzialmente maligne, sono rappresentate dalla leucoplachia, dalla eritroplachia, dalla cheilite attinica, dalla stomatite nicotinica, fibrosi sottomucosa: ciascuna ha un proprio potenziale degenerativo, valutabile esclusivamente con l'esame istologico[10].

Nello specifico, la leucoplachia è una macchia bianca che ricopre porzioni più o meno ampie della mucosa orale, non altrimenti caratterizzabile sul piano clinico e istopatologico. Tale lesione potrebbe presentare esclusivi caratteri di iperortocheratosi, acantosi, senza displasia oppure mostrare già quelle modificazioni istopatologiche che possono fungere da preambolo ad un deragliamento tumorale. Un quadro di displasia grave, per esempio può in un tempo più o meno breve evolvere verso un quadro francamente neoplastico. La eritroplachia ("macchia rossa") è il più delle volte già un carcinoma, con aspetti infiltrativi ed invasivi nei confronti del sottostante corion[11].

D'altra parte, il carcinoma del cavo orale può presentare un polimorfismo clinico che rende difficoltoso l'inquadramento diagnostico, soprattutto nei primi stadi. Forme vegetanti, ulcerative, infiltranti, simil-leucoplasiche possono essere le sfaccettature di una patologia carcinomatosa che è facile confondere con lesioni traumatiche, infettive o reattive[12].

Le indicazioni dell'OMS suggeriscono di sottoporre ad intervento bioptico con relativo esame istolopatologico quelle lesioni che in 14 giorni non mostrano guarigione o netto miglioramento una volta intervenuti sulla presunta causa scatenante. Ulcere croniche e sanguinanti, lesioni vegetanti con tendenza all'aumento di volume o aree di radio trasparenza osservate alla RX ortopantomografica meritano sempre un approfondimento diagnostico ed un attento follow-up. Le implicazioni medico-legali per la mancata diagnosi (la così detta doctor-delay) sono sempre più frequenti e la tempestività nell'attuazione di protocolli di gestione e trattamento di tali patologie mette il professionista al sicuro da sgradevoli risvolti legali[13]. Anche l'impiego di ausili diagnostici o metodiche ancillari può aiutare il professionista a porre un corretto sospetto diagnostico[14].

Il blu di toluidina rappresenta una delle metodiche più conosciute ed usate nella valutazione di lesioni sospette: la ritenzione del colorante (blu royal) da parte di una lesione o sua porzione indica con una buona percentuale di sensibilità e specificità la presenza di un processo replicativo in atto[15]. Anche la soluzione di Lugol, utilizzata da sola o in associazione con il blu di toluidina aumenta la capacità ispettiva, evidenziando e demarcando in maniera netta i margini di lesioni[16].

Si è affacciato negli ultimi anni sul panorama odontoiatrico il VELscope, ausilio tecnologico che sfrutta l'autofluorescenza dei tessuti orali per la detection di lesioni displastiche e neoplastiche[17].

La perdita della fluorescenza da parte dei tessuti colpiti dalla malattia neoplastica è causata dalla ridotta quota in collagene ed elastina (fluorofori endogeni), ridotta produzione di FADH, aumento della neoangiogenesi e della cellularità. La differenza tra le porzioni di tessuto che normalmente emette fluorescenza e quelle che invece la ritengono, può aiutare nel porre il sospetto diagnostico e riferire il paziente verso i centri specializzati. Un elenco dettagliato ed esteso sul tutto il territorio nazionale dei centri di patologia e medicina orale e consultabile sul sito della SIPMO (www.sipmo.it) ovvero la Società Italiana di Patologia e Medicina Orale.

Lo screening dovrebbe essere condotto durante la prima visita odontoiatrica (con l'ausilio di una garzina) e durante le successive visite di controllo, a prescindere della problematica per la quale il paziente è seduto sul riunito odontoiatrico. Un'ispezione delle mucose della durata di qualche minuto appena, può aiutare a salvare diverse vite umane, contribuendo a decrementare i tassi di mortalità per le patologie delle mucose orali[18].

La diagnosi precoce è stata stimata migliorare di circa il 50% la mortalità, e questo praticamente a costo zero[19]. La sorveglianza da parte dei professionisti del cavo orale, dei medici di famiglia, degli otorinolaringoiatri e di tutte le figure mediche che approcciano il cavo orale è requisito indispensabile per ridurre i drammatici dati statistici che li interessano[20]. La biopsia correttamente eseguita rimane a tutt'oggi il gold-standard nella valutazione diagnostica delle lesioni: le colorazioni vitali, le metodiche in autofluorescenza o la citologia esfoliativa si offrono come metodiche ancillari e coadiuvanti, al servizio del processo diagnostico.

Ogni anno, nel mese di Maggio ricorre l'appuntamento con l' Oral cancer day (www.oralcancerday.it), motivo in più per informare i pazienti, i medici e gli odontoiatri sull'importanza della diagnosi di una neoplasia per troppo e lungo tempo "dimenticata".

Massimo Petruzzi
Professore Associato
Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"
Piazza Giulio Cesare 11
70124 BARI
massimo.petruzzi@uniba.it

bibliografia

1. Gómez I, Seoane J, Varela-Centelles P, Diz P, Takkouche B. Is diagnostic delay related to advanced-stage oral cancer? A meta-analysis. Eur J Oral Sci. 2009 Oct;117(5):541-6;
2. Franceschi S, Levi F, Dal Maso L, Talamini R, Conti E., Negri E, La Vecchia C. Cessation of alcohol drinking and risk of cancer of the oral cavity and pharynx. Int J Cancer. 2000 Mar 15;85(6):787-90;
3. Talamini R, La Vecchia C, Levi F, Conti E., Favero A, Franceschi S . Cancer of the oral cavity and pharynx in nonsmokers who drink alcohol and in nondrinkers who smoke tobacco. J Natl Cancer Inst. 1998 Dec 16;90(24):1901-3;
4. Oliver RJ, Dearing J, Hindle I. Oral cancer in young adults: report of three cases and review of the literature. Br Dent J. 2000 Apr 8;188(7):362-5;
5. Beena VT, Chauhan I, Heera R, Rajeev R. Oral cancer in young non-habituè females: a report of four cases and review of the literature. Aust Dent J. 2011 Sep;56(3):322-7;
6. Martín-Hernán F, Sánchez-Hernández JG, Cano J, Campo J, del Romero J. Oral cancer, HPV infection and evidence of sexual transmission. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2013 May 1;18(3):e439-44;
7. Tornesello ML, Perri F, Buonaguro L., Ionna F, Buonaguro FM, Caponigro F. HPV-related oropharyngeal cancers: from pathogenesis to new therapeutic approaches. Cancer Lett. 2014 Sep 1;351(2):198-205;
8. Psychogios G, Alexiou C, Agaimy A, Brunner K, Koch M, Mantsopoulos K, Tomppert A, Iro H. Epidemiology and survival of HPV-related tonsillar carcinoma. Cancer Med. 2014 Jun;3(3):652-9;
9. Syrjanen S, Termine N, Capra G, Paderni C, Panzarella V, Campisi G. Oral HPV infection: current strategies for prevention and therapy. Curr Pharm Des. 2012;18(34):5452-69;
10. Woolgar JA, Triantafyllou A. Squamous cell carcinoma and precursor lesions: clinical pathology. Periodontol 2000. 2011 Oct;57(1):51-72;
11. Boy SC. Leukoplakia and erythroplakia of the oral mucosa--a brief overview. SADJ. 2012 Nov;67(10):558-60;
12. [No authors listed]. Oral cancer. Lancet. 1989 Aug 5;2(8658):311-2;
13. Stefanuto P, Doucet JC, Robertson C .Delays in treatment of oral cancer: a review of the current literature. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. 2014 Apr;117(4):424-9;
14. Messadi DV. Diagnostic aids for detection of oral precancerous conditions. Int J Oral Sci. 2013 Jun;5(2):59-65;
15. Epstein JB, Sciubba J, Silverman S Jr, Sroussi HY. Utility of toluidine blue in oral premalignant lesions and squamous cell carcinoma: continuing research and implications for clinical practice. Head Neck. 2007 Oct;29(10):948-58;
16. Petruzzi M, Lucchese A, Baldoni E, Grassi FR, Serpico R. Use of Lugol's iodine in oral cancer diagnosis: an overview . Oral Oncol. 2010 Nov;46(11):811-3;
17. Petruzzi M, Lucchese A, Nardi GM, Lauritano D, Favia G, Serpico R, Grassi FR. Evaluation of autofluorescence and toluidine blue in the differentiation of oral dysplastic and neoplastic lesions from non dysplastic and neoplastic lesions: a cross-sectional study. J Biomed Opt. 2014;19(7):76003;
18. Mignogna MD, Fedele S. Oral cancer screening: 5 minutes to save a life. Lancet. 2005 Jun 4-10;365(9475):1905-6;
19. Seoane J, Alvarez-Novoa P, Gomez I, Takkouche B, Diz P, Warnakulasiruya S, Seoane-Romero JM, Varela-Centelles P. Early oral cancer diagnosis: The Aarhus statement perspective. A systematic review & meta-analysis. Head Neck. 2015 Mar 17;
20. Tilstone C. Dentists: a crucial part to play in oral cancer. Lancet Oncol. 2007 Jul;8(7):575.

www.dental-tribune.com

EVENTS

Consulta sul nostro sito l'area Events, un aggiornamento continuo sui migliori eventi del dentale

Concretezza delle conoscenze in patologia orale

Viareggio si prepara a ospitare il 5° Congresso dell'Istituto Stomatologico Toscano

Sul tema relatori di prestigio si daranno appuntamento in un simposio dedicato al tema

Il congresso annuale dell'Istituto Stomatologico Toscano è giunto quest'anno alla sua quinta edizione così da avviarsi ad essere una tradizione.
Come sempre il congresso si indirizza agli operatori dello studio odontoiatrico identificando temi che possano accomunare i vari operatori in un appuntamento che sia al tempo stesso formazione e aggiornamento, ma con il denominatore comune dell'alto livello culturale e scientifico.
Il tema dell'edizione 2018 è quello della patologia orale, che verrà affrontato privilegiando un approccio pratico che partendo da considerazioni scientifiche giunga ad identificare una serie di indicazioni concrete per la pratica di tutti i giorni. "Concretezza", infatti, sarà la parola chiave sulla quale modulare tutte le relazioni.
L'intenzione dell'organizzazione è quella di sintetizzare lo stato dell'arte sia sui rapporti delle infezioni orali con le malattie sistemiche sia quello di dare chiare indicazioni per la diagnosi e il trattamento delle patologie orali più frequenti e segnatamente quelle infiammatorie e quelle neoplastiche.
Ancora una volta l'ambizione è quella di far sì che gli Odontoiatri e gli Igienisti dentali, dopo il Congresso, possano tornare ai loro studi arricchiti per sè stessi e per i loro Pazienti.
Arrivederci a Viareggio dunque per questa nuova avventura.

QUANDO

26-27 Gennaio 2018

DOVE

Viareggio – Grand Hotel Principe di Piemonte

CATEGORIE

Odontoiatri, igienisti dentali e studenti.

SCADENZA QUOTE AGEVOLATE

15 novembre 2017

Per info: segretaria@tueorservizi.it – www.istitutotoscanocongress.it

FORMULA "TUTTO INCLUSO"

Come per le scorse edizioni, sono previsti i seguenti pacchetti:

- Iscrizione, coffee break, camera, presso il Grand Hotel Principe di Piemonte (sino a esaurimento camere o in altro hotel 4 stelle);
- Iscrizione, coffee break, corso ECM online da 50 crediti ("MEDICINA ORALE: il cavo orale finestra della salute sistemica").

A richiesta è possibile personalizzare i pacchetti, includendo gli accompagnatori.

Quote a partire da 150 euro*

CENA E GRAN GALÀ

Evento a numero chiuso, si consiglia di prenotare al momento dell'iscrizione.

*la quota di partecipazione minima è riservata alla categoria degli igienisti dentali se acquistata entro il 15/11/2017.

5° Congresso

ISTITUTO STOMATOLOGICO TOSCANO

VIAREGGIO, 26 – 27 GENNAIO 2018

PROGRAMMA PROVVISORIO

VENERDÍ MATTINA

L'INFEZIONE ORALE E LE MALATTIE SISTEMICHE: QUALI SONO I PROBLEMI CONCRETI

Silvio Abati (Università San Raffaele, Milano)
I virus a DNA (HSV e HPV): dalla ricerca di base alla moderna pratica clinica
Ugo Covani (Università di Pisa)
Dal biofilm al microbiota: considerazioni generali e prospettive cliniche
Francesco D'Aiuto (University College of London)
Batteri parodontopatogeni: dalla ricerca di base alla moderna pratica clinica
WORKSHOP *in fase di definizione*

VENERDÍ POMERIGGIO

LE MALATTIE INFIAMMATORIE DELLA MUCOSA ORALE: INDIRIZZI CONCRETI DI DIAGNOSI E TERAPIA

Sergio Gandolfo (Università di Torino)
Lichen planus e reazioni lichenoidi: una visione d'insieme
Tommaso Lombardi (Université de Geneve)
Le stomati aftose ricorrenti
Torello Lotti (Università G. Marconi – Roma)
Le malattie infiammatorie della mucosa orale: la visione dermatologica

SABATO

IL CANCRO ORALE: STRATEGIE CONCRETE DI PREVENZIONE NELLO STUDIO ODONTOIATRICO

José Vicente Bagan (Universitat de Valencia)
The truth in oral cancer prediction
Giuseppina Campisi (Università di Palermo)
La prevenzione del cancro orale al tempo di internet: informazione e formazione
Lorenzo Lo Muzio (Università di Foggia)
Il futuro della diagnosi e della terapia personalizzata per il carcinoma orale
WORKSHOP *in fase di definizione*

5° Congresso ISTITUTO STOMATOLOGICO TOSCANO

CONCRETEZZA DELLE CONOSCENZE IN PATOLOGIA ORALE

26 • 27 Gennaio 2018

Grand Hotel Principe di Piemonte - **VIAREGGIO**

- *L'infezione orale e le malattie sistemiche: quali sono i problemi concreti*
- *Le malattie della mucosa orale: indirizzi concreti di diagnosi e terapia*
- *Il cancro orale: strategie concrete di prevenzione nello studio odontoiatrico*

ISCRIZIONI APERTE

Segreteria organizzativa
Tueor Servizi Srl
Via D. Guidobono, 13 - 10137 Torino
Tel. +39 011 3110675
segreteria@tueorservizi.it

www.istitutotoscanocongress.it

SI RINGRAZIANO

GOLD SPONSOR

SILVER SPONSOR

SPONSOR

Elenco sponsor
in fase di aggiornamento

Malattie reumatologiche: scoperto il meccanismo di un'infiammazione potenzialmente letale

Si chiama interferone-gamma la molecola responsabile dell'insorgenza della sindrome da attivazione macrofagica (MAS), una complicanza molto grave e potenzialmente letale di alcune malattie reumatologiche, in particolare dell'artrite idiopatica giovanile sistemica. Sono stati i ricercatori dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù a scoprire l'esatto meccanismo alla base della pericolosa infiammazione. I risultati dello studio, appena pubblicati sulla rivista scientifica Journal of Allergy and Clinical Immunology, aprono la strada a nuove possibilità di cura per i bambini che ne sono affetti. La MAS è un raro disordine del sistema immunitario che risponde in maniera abnorme ad un agente scatenante. Questa complicanza si presenta nel 10-20% dei bambini colpiti da alcune malattie reumatologiche. A seconda delle forme, può causare la morte nel 10-30% dei casi. Al Bambino Gesù vengono seguiti circa 10 piccoli pazienti l'anno. «Avevamo intuito che l'esagerata attivazione di alcune cellule del sistema immunitario fosse la causa della malattia, ma oggi, finalmente, abbiamo individuato i precisi processi molecolari coinvolti nella sua comparsa» spiega il dott. Fabrizio De Benedetti, responsabile di Reumatologia del Bambino Gesù e direttore dello studio realizzato dalla dott.ssa Giusi Prencipe e dai ricercatori del laboratorio di Immuno-Reumatologia.

Ricercatori ospedale Bambino Gesù - Roma.

La ricerca ha preso in esame il ruolo dall'interferone-gamma (IFN-gamma) nell'insorgenza della malattia. Si tratta di una molecola generata dalle cellule del sistema immunitario coinvolta nell'innesco e nella modificazione del processo infiammatorio. Lo studio ha dimostrato che l'interferone-gamma viene prodotto in grande eccesso nel fegato e nella milza, gli organi principalmente coinvolti nella MAS. Inoltre è stato dimostrato che negli stessi organi, in risposta all'eccesso di IFN-gamma, vengono prodotte altre due piccole molecole dell'infiammazione che poi filtrano nel sangue, dove possono essere facilmente misurate. Queste piccole molecole, chiamate CXCL9 e CXCL10, sono due nuovi indicatori di malattia. «La loro misurazione, che è tecnicamente piuttosto facile» afferma la dott.ssa Prencipe «potrebbe permettere una diagnosi più rapida e un più stretto monitoraggio della gravità della MAS».

Sul piano terapeutico, gli esperimenti eseguiti sul modello animale hanno permesso di accertare che il blocco dell'IFN- gamma, mediante l'utilizzo di un particolare farmaco (un anticorpo monoclonale specifico), determina l'aumento della sopravvivenza e il miglioramento dei parametri clinici e di laboratorio.

I risultati della ricerca aprono nuove prospettive nella diagnosi rapida, nel monitoraggio di questa malattia potenzialmente mortale, ma anche promettenti strade verso nuove cure. «Ad oggi la MAS viene curata con alte dosi di cortisonici e con immunosoppressione generalizzata, ma i risultati» aggiunge De Benedetti «sono tutt'altro che soddisfacenti, con una mortalità che permane inaccettabilmente alta. L'applicazione di terapie mirate ad antagonizzare specificamente IFN- gamma potrebbe rivoluzionare il trattamento. Un trial clinico con un nuovo farmaco sperimentale anti-IFN- gamma è appena iniziato presso il nostro Ospedale».

Surgical Tribune Italia

L'azione dei fitoterapici nelle terapie parodontali

Fitoterapici a base di componenti naturali, preparati a base di erbe che contengono principi attivi di piante o di altri componenti vegetali vengono percepiti come mezzi terapeutici con effetti benefici su malattie sistemiche e sempre più utilizzati nel trattamento delle terapie parodontali. Ma questo è vero? Quali le loro potenzialità? Come agiscono? Quale il loro utilizzo in ambito odontoiatrico? Circa l'80% della popolazione mondiale usa erbe o derivati nella cura di varie patologie o manifestazioni sistemiche. I prodotti a base di erbe sono preferiti, sempre con maggior frequenza, ai farmaci convenzionali per l'ampia attività biologica, una maggiore sicurezza ma principalmente per assenza o scarsi effetti collaterali. Resta da dimostrare la loro efficacia. Inoltre uno dei problemi più seri sono le resistenze derivanti dall'uso di antisettici, chemioterapici e antibiotici. La parodontite è una malattia infiammatoria cronica che induce la distruzione delle strutture di supporto degli elementi dentali.

L'eziologia multifattoriale con la formazione di periodonto patogeni

È il problema cruciale nell'avvio e nella progressione della malattia. L'accumulo di placca consente la crescita di batteri anaerobi che porta al reclutamento e all'attivazione dei neutrofili. Attivazione che si traduce ulteriormente nella deregolazione delle citochine pro-infiammatorie e porta anche al rilascio di enzimi neutrofili e all'attivazione del ROS (Stress Ossidativo e formazione di Radicali liberi).

Non si possono né vedere né sentire, sono subdoli e silenziosi, eppure i radicali liberi dell'ossigeno (ROS; molecole instabili di ossigeno) rappresentano una costante minaccia per il nostro organismo, perché ne minano l'integrità esercitando una vera e propria aggressione cellulare. Lo stress ossidativo è un fenomeno derivante dalla particolare condizione di equilibrio fra processi ossidativi e riduttivi che avvengono continuamente in ogni cellula durante le complesse trasformazioni biochimiche del metabolismo fisiologico. Gran parte dei processi biologici generano normalmente radicali liberi con effetti addirittura benefici (ad es., i processi di difesa immunitaria), ma quando la formazione dei radicali liberi diventa eccessiva, possono essere estremamente distruttivi e attaccare componenti fondamentali delle cellule come lipidi, proteine e DNA. Di conseguenza, i sistemi viventi sono caratterizzati dalla presenza di efficienti sistemi naturali di difesa antiossidanti, parte dei quali sono composti endogeni (es., enzimi e metallo-proteine), mentre altri sono introdotti con gli alimenti (es., vitamine).

L'esposizione prolungata del tessuto connettivo a questi determina la degradazione e la successiva perdita di supporto del legamento e dell'osso alveolare che come risultato finale si esprime localmente con perdita degli elementi dentali e a livello sistemico con effetti collaterali ampiamente documentati.

La terapia parodontale offre 2 opzioni: chirurgica e non chirurgica. Inoltre offre la gestione del processo di malattia. L'utilizzo di vari antimicrobici e agenti chemioterapici, come la clorexidina, il triclosan, il Cetylpyridinium chloride, le piperacilline o tetracicline topiche che sono stati provati e testati nella gestione delle malattie periodontali. Oppure un approccio diverso che mira all'eradicazione dei patogeni per competizione, utilizzando sostanze a base naturale, o metodiche non chirurgiche che prevedono l'ossigeno come veicolo di riduzione flogistica.

A causa della sua genesi multifattoriale (eziologia, processo della malattia, trattamento) la parodontite è ancora un compito formidabile per gli specialisti del cavo orale. Per questo motivo sono stati ricercati rimedi erboristici per ottenere effetti antimicrobici, antiossidante, antisettici, anti-infiammatori e anticollagenasi.

La recensione descrive brevemente il ruolo dello stress ossidativo nella parodontite e alcune sostanze naturali con potenziale antiossidante utilizzato al fine di gestirne gli effetti. È ampiamente dimostrato che lo stress ossidativo è un importante causa di danni cellulari associati all'avviamento e alla progressione di molte malattie croniche. Una recente recensione di Bullon descrive le prove alla base delle relazioni tra parodontite cronica, ateromi o il diabete, in cui il danno intracellulare, ossia lo stress ossidativo e la derivante disfunzione mitocondriale con conseguente effetto pro-ossidante a dispetto di quello antiossidante, induca la produzione di molecole come il superossido anione, il perossido di idrogeno, ossido nitrico, acido ipo-cloroso che insieme costituiscono il termine "ROS". In sostanza lo stress ossidativo è una condizione di sbilanciamento tra sostanze ossidanti e antiossidanti.

Si deve intervenire lì, nel ridurre gli effetti ossidanti, limitando l'eccessiva risposta dei neutrofili, prima linea della nostra difesa immunitaria. L'elevazione dell'effetto ossidante attiva il RANK-L causa del riassorbimento osseo locale e l'attività osteoclastica. Per combattere lo stress ossidativo, tutte le cellule del corpo sono dotate di un deposito intrinseco di molecole note come "antiossidanti", che possono essere considerati come quelle sostanze che ritardano significativamente o inibiscono l'ossidazione di quel substrato.

Numerosi studi hanno dimostrato che la capacità totale antiossidante nei pazienti con parodontite è significativamente più bassa rispetto a pazienti sani. Questi risultati hanno indotto sempre di più l'uso di integratori esogeni per il trattamento della malattia parodontale. Ad esempio le catechine del tè verde sono state osservate per avere profondi effetti sui patogeni parodontali.

Su batteri anaerobici come il Porphyromonas gingivalis e la Prevotella che sono tra i principali agenti eziologici in periodontite. Studi in vitro hanno dimostrato che impedisce l'aderenza del P. gingivalis sulle mucose. La catechina presente nel

tè verde è altamente specifica nel sopprimere il riassorbimento osseo quando mediata da una risposta infiammatoria come nella malattia parodontale. Alcuni lavori hanno indicato che collutori contenenti catechine avevano una efficacia antiplacca sovrapponibile alla clorexidina se utilizzati per un periodo di almeno 1 settimana. Questi studi preliminari mostrano l'importanza di ulteriori ricerche per esplorare e valutare i benefici del tè verde, e poterlo utilizzare nella gestione delle malattie periodontali.

Durante il corso dell'infiammazione in risposta alle specie batteriche presenti, i fibroblasti gengivali producono interleukin-1 (il-1), IL-6, IL-8, un fattore di necrosi tumorale (TNF-) e fattore di crescita trasformante beta (TGF-). Inoltre, la risposta infiammatoria stimola l'attività osteoclastica, che degrada l'osso alveolare di sostegno dei denti nella zona infetta.

Lo stress ossidativo gioca un ruolo centrale nel tessuto parodontale e nella distruzione dell'osso alveolare. Infatti, un recente studio clinico ha indicato che un aumento nei livelli del plasma di metaboliti ossigeno reattivi (ROM). Questo aumento di metaboliti era presente a livelli elevati nei pazienti affetti da malattia parodontale mentre risultava basso in pazienti sani. Sebbene la secrezione di citochine infiammatorie nei siti parodontali è inizialmente protettiva ed è mirata all'eliminazione dei batteri patogeni, la eccessiva produzione di citochine proinfiammatorie viceversa è correlata alla distruzione parodontale, con perdita di attacco parodontale e riassorbimento dell'osso alveolare. La concentrazione di citochina nel fluido crevicolare gengivale (GCF) e nella saliva è più alta in pazienti con malattia parodontale rispetto a soggetti sani e diminuisce dopo il trattamento parodontale.

Una correlazione positiva tra consumo di tè verde e la salute cardiovascolare è stata stabilita da diversi studi. Le catechine esercitano effetti protettivi vascolari attraverso molteplici meccanismi, come antinfiammatori, antiossidanti, antipertensivi, azione anti-trombogenetica e inoltre favoriscono la solubilità dei lipidi, diminuendo di fatto la formazione delle placche ateromasiche e sono efficaci nella protezione vascolare con miglioramento della funzione endoteliale.

Le catechine per eseguire attività antiossidante contro i radicali liberi, inibiscono gli enzimi prossidanti e sono inoltre efficaci nell'attenuazione della biosintesi lipidica tramite modulazione di enzimi pertinenti e regolazione dell'assorbimento intestinale dei lipidi, migliorando di fatto i lipidi ematici. Effetti fondamentali nell'influenzare la progressione delle lesioni aterosclerotiche e nel miglioramento delle malattie cardiovascolari. Questi risultati confermano il ruolo della perossidazione lipidica come perno centrale tra malattia parodontale ed aterosclerosi.

Questi studi possono essere un punto di partenza per ulteriori ricerche sull'efficienza di diversi prodotti contenenti antiossidanti naturali, da usare nelle pratiche di igiene orale, al fine di diminuire lo stress ossidativo presente nella patologia infiammatoria locale, tipica delle parodontiti e, quindi favorendo la protezione verso l'avanzamento progressivo della malattia parodontale.

Altre sostanze naturali attualmente in fase di studio per la loro efficacia nel trattamento parodontale sono:

- La Triphala: ben nota preparazione in polvere in Ayurvedica. Consiste di parti uguali di Amalaki (Emblica officinalis), Haritaki (Terminalia chebula) e Bahera (Terminalia belerica). Questa composizione ha un forte potere antimicrobico, antiossidante e anticollagenasi. Gli antiossidanti presenti nella Triphala sono in grado di ridurre lo stress ossidativo e proteggere le cellule dai danni causati dai radicali liberi. Una ricerca clinica ha dimostrato che la Triphala ha un'efficace azione antiplacca e antiinfiammatoria come un collutorio 0,2% di clorexidina.
- Rubia Cordifolia: Le radici di questa pianta sono state utilizzate nella medicina naturale. Essa contiene anche un composto organico noto come Alizarin, che dà il colore rosso ai coloranti tessili.

› pagina 8

ESACROM electronics and medical devices
The Aliens of Ultrasonic
SUS
Surgery Ultrasonic Site
Tecnica di preparazione ad ultrasuoni sito differenziato biologicamente guidata
Offerta KIT SUS: sconto 20%
Compreso Corso dedicato

Iniziativa valida fino a Gennaio 2018*
* Info: ESACROM Srl Tel.: 0542 643527 - cell.: 3938586068 marketing@esacrom.com
www.esacrom.com

< pagina 7

La Mollugin, è la componente più importante contenuta nella R. cordifolia per la sua capacità antinfiammatoria. Un recente studio ha dimostrato che la Mollugin ha inibito la differenziazione degli osteoclasti indotta dal RANKL. Ovviamente, sono necessari ulteriori studi per utilizzare questo prodotto a base di erbe come approccio terapeutico per il trattamento di disturbi degenerativi ossei quali la parodontite, l'artrite reumatoide e l'osteoporosi per la sua capacità di agire sulle cellule ossee immature.

- Piperina: è un alcaloide presente in piante come il Piper nigrum e il Piper longum. Dimostra proprietà antiossidanti e antiinfiammatorie. In un modello animale, questa sostanza riduceva i livelli di TNF-. Un altro studio sui ratti ha rivelato che la piperina riduce significativamente la produzione di interleuchine-1, MMP-8 e MMP-13. La Piperina ha inibito chiaramente la perdita di osso alveolare e riformazione di strutture ossee trabecolari dose dipendente.
- Sumac: (Rhus coriaria) è una spezia ben nota utilizzata ampiamente nei medicinali a base di erbe per i suoi effetti antinfiammatori, antimicrobici e le proprietà antiossidanti. La letteratura esistente sul Sumac mostra nello specifico l'attività antiossidante contro la perossidazione lipidica e sui radicali liberi.
- Ginkbo Biloba: L'estratto di foglia G. biloba (EGb) è tra le erbe più utilizzate come supplemento dietetico negli Stati Uniti. È composto da Ginkgo Glicosidi flavone (24%), terpenoidi (6%) e meno di 5ppm di acido Ginkgolico. I suoi effetti biologici sono legati all'attività sui radicali liberi, abbassando lo stress ossidativo l'infiammazione e l'attività osteoclastica indotta.
- Psidium Guajava: presenta un'ottima proprietà antiossidante perché è principalmente ricca di vitamina C (acido ascorbico). Contiene anche quercetina, carotenoidi e polifenoli che aumentano il suo effetto antiossidante. Studiata in particolare per la sua efficacia nel ridurre il sanguinamento gengivale.

Conclusioni

Le terapie naturali stanno dimostrando di avere una vasta gamma di proprietà biologiche, antimicrobiche, antiossidanti ed effetti antiinfiammatori. Inoltre sono presenti in alcuni fitoterapici elementi che riducono la perdita di osso alveolare, che è la caratteristica peculiare della parodontite. Inoltre, lo stress ossidativo e il suo danno indotto, che è causa della cronicità della malattia può essere ridotto grazie alla proprietà intrinseca antiossidante di queste erbe.

Anche se molti studi hanno dimostrato l'efficacia delle erbe come alternativa alla terapia convenzionale, esiste ancora un vuoto nella ricerca rispetto all'applicazione clinica di questi agenti in parodontologia. Progetti futuri mirati all'apprendimento e al meccanismo di azione di questi rimedi erboristici devono essere un traguardo da raggiungere al fine di ridurre la malattia e creare uno stadio di simbiosi scevro da effetti collaterali.

L'Accademia Italiana Ricerca Orale, (ricercaorale.it) con il Suo gruppo di lavoro sta effettuando ricerche su principi attivi da utilizzare nell'Oral Care. Molti prodotti dimostrano in vitro attività sovrapponibili alla clorexidina ma scevri da effetti collaterali. Altro capitolo estremamente promettente è legato all'utilizzo di farmaci probiotici nel riequilibrio della popolazione batterica orale.

Lo studio del bioma orale rappresenta l'elemento fondamentale e l'anello di congiunzione tra simbiosi e disbiosi. I fitoterapici sono lo strumento che insieme alle metodiche non chirurgiche (ozonoterapia, ossigenoterapia, terapia fotodinamica) rappresentano la nuova rivoluzione nelle terapie parodontali e come legare queste terapie al benessere dell'individuo.

Il futuro di queste metodiche sarà integrato con il concetto di medicina orale, dove terapie convenzionali chirurgiche o con l'ausilio di antibiotici avranno sempre più ruoli ridotti. L'introduzione dei test salivari batterici e genetici apre un altro supporto per cure sempre più individuali e mirate.

Credere in questi nuovi approcci rappresenta un cambio epocale nella visione delle terapie, le attuali resistenze dovute all'abitudine delle terapie tradizionali verranno sempre più limitate dall'evidenza scientifica. Altra porta estremamente interessante è l'utilizzo della "low dose medicine" che tramite l'omotossicologia prevede il controllo dell'infiammazione e dell'espressione dei polimorfismi. Non bisogna avere il timore di cambiare, in odontoiatria non si devono cercare nuove terre ma avere nuovi occhi per vedere un cavo orale integrato nel corpo umano e a lui strettamente connesso.

Luca Viganò

SENZA ANTIBIOTICI, FINO ALLA SOLUZIONE

In un’epoca in cui i batteri e i virus sono sempre più resistenti, la necessità di alternative agli antibiotici sintetici è sempre più al centro dell’attenzione della medicina moderna.

I principi attivi di therasan oral gel sono naturali, puramente vegetali e biosostenibili.

La combinazione di oli essenziali di menta piperita, timo, rosmarino, neem, estratti di semi di pompelmo e di uva e gelificante di origine vegetale consentono di raggiungere una perfetta guarigione.

Una rivoluzione per la moderna odontoiatria.

- ✔ Modifica la pellicola e dissolve le sostanze polimeriche extracellulari
- ✔ Ha un effetto antibatterico in grado di contenere infiammazioni anche acute
- ✔ Previene la nuova formazione di biofilm patogeni
- ✔ Annienta i batteri e ne previene la colonizzazione sulla superficie dello smalto ed in cavità orale
- ✔ Effetto naturale contro la perimplantite ed il tartaro

100% NATURAL

Totalmente naturale!

therasan oral gel

Therasan oral gel è un efficace trattamento privo di antibiotici e privo di clorexidina per la cura delle infiammazioni del cavo orale: perimplantiti, gengiviti, afte, mucositi, antitartaro.

INTERMEDICAL®

Per informazioni/campioni:
T. 0471 066 023
info@intermedical.dental

Esperienza, competenza e professionalità

Intermedical S.r.l. nasce grazie alla intraprendenza di un gruppo di imprenditori affermati, competenti ed esperti sia nell'ambito della realizzazione di prodotti farmaceutici che in quello della distribuzione di prodotti nel settore dentale. L’azienda è parte di una importante multinazionale svizzera operante nel settore dentale.

Via Enzenberg, 20 - 39018 Terlano (BZ) - ITALY - Tel. +39 0471 066088 - Fax +39 0471 066089 - E-Mail info@intermedical.dental