Dental Tribune

The World's Dental Newspaper · Italian Edition

Dicembre 2019 - anno XV n. 12

www.dental-tribune.com

AD

ESACROM
electronics and medical devices

CORSO TEORICO – PRATICO
SU PREPARATI ANATOMICI UMANI

50 crediti E.C.M. F.A.D.

«L'IMPIANTO PTERIGOIDEO»

Approccio chirurgico, indicazioni e linee guida nella scelta terapeutica dello pterigoideo nell'era del digitale e delle nuove tecnologie.

RELATORI
Dott. Ugo Graziani
Prof. Salvatore Parascandolo
Dott. Luigi Grivet Brancot

Napoli, 31 gennaio - 1 febbraio 2020

DENTALPROTO.com

SEDE DEL CORSO
A.O.R.N Cardarelli Centro di Biotecnologie

G.I.O.S.

www.esacrom.com

PER INFORMAZIONI E ISCRIZIONI:
Sig. Marini Maurizio - Cell. 393 858 60 68 - E-mail: marketing@esacrom.com

GESTIONE DELLO STUDIO ODONTOIATRICO

Microclima dello studio

Per microclima di un ambiente di lavoro si intende il complesso di quei parametri fisici che, insieme all'attività metabolica e all'abbigliamento, influenzano gli scambi termici tra il corpo umano e l'ambiente in cui si trova.

pagina 21

La riduzione dell'invasività in ortodonzia

Intervista al prof. Luca Lombardo

Patrizia Biancucci

Prof. Lombardo, cosa intende per mini-invasività in Ortodonzia?

Per approccio mini-invasivo in Ortodonzia si intende l'utilizzo di apparecchiature in grado di trattare una malocclusione nel minor tempo possibile e con il minore impatto possibile sull'estetica e sulle attività quotidiane come la masticazione e la fonazione.

› pagina 19

© Luca Lombardo

AD

TePe

Scovolini TePe

Qualità e funzionalità in ogni dettaglio

L'INTERVISTA
L'importanza di un trattamento multidisciplinare per la cura dell'OSAS 8

ATTUALITÀ
18° Rapporto nazionale AIFA sulla sperimentazione clinica dei medicinali 20

INFOPOINT
Italia ed Estero 23

Stomatite Aftosa trattata con LLLT e terapia fotodinamica

Cinzia Casu, Michael Loviglio, Jacopo Marini, Luca Viganò

Introduzione

La stomatite aftosa ricorrente (RAS) è una malattia di natura infiammatoria che colpisce la mucosa orale non cheratinizzata e rappresenta la più frequente patologia a carattere ulcerativo del cavo orale. RAS è caratterizzata dalla comparsa di una o molteplici ulcere dolorose (afte), che inizialmente sono necrotizzanti, ricoperte da una pseudomembrana bianca o grigiastra circondata a sua volta da un perimetro eritematoso ben definito[1].

Queste lesioni possono persistere per giorni o settimane nel cavo orale e possono tendere a recidivare, dopo periodi di tempo altamente variabili. Sono comuni nei pazienti di età compresa tra i 10 ed i 40 anni e colpiscono maggiormente il sesso femminile. RAS colpisce circa il 20% dell'intera popolazione dipendendo da fattori come l'etnia e il gruppo socio-economico di appartenenza[1].

RAS rappresenta una patologia difficile da prevenire. L'esatta eziologia della patologia non è chiara ancora oggi ma alcuni dei precedenti studi, eseguiti su cellule mononucleate rinvenute nei campioni di tessuti associati a RAS, favoriscono la considerazione del ruolo delle cellule T citotossiche nel processo di immunopatogenesi della RAS. Oltre a disordini immunitari, anche carenze o deficit nutrizionali possono essere la causa dell'insorgenza di RAS[2].

› pagina 6

AD

Versah
THE OSSEODENSIFICATION COMPANY

Experience the Difference

Nothing to **lose** but the **Osteotome** and the **Hammer**, the **Barbaric Drill Bits,** and the **guessing game.**

Optimize your efficiency.* One surgery at a time.
Your patients deserve it.

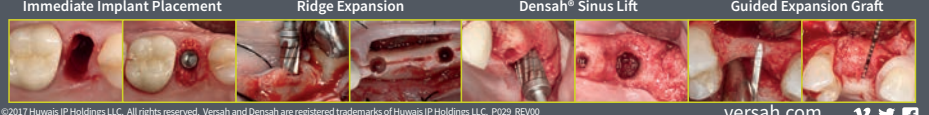
Densah® Bur Technology
Innovation that ignites Confidence

Universal

*Johnson E, Huwais S. Osseodensification increases primary implant stability and maintains high ISQ values during first six weeks of healing. Poster presented at AAID Annual Conference; 2014 Nov 5-8; Orlando, FL.

An Entire System of Minimally Invasive Procedures

Immediate Implant Placement | Ridge Expansion | Densah® Sinus Lift | Guided Expansion Graft



©2017 Huwais IP Holdings LLC. All rights reserved. Versah and Densah are registered trademarks of Huwais IP Holdings LLC. P029 REV00

versah.com

Distributore per l'Italia

NO DRILL

+39 02 87390017
info@nodrill.com - amministrazione@nodrill.com
www.nodrill.com

AD

L'esperienza senza innovazione rischia di spegnersi

A Napoli il Congresso Nazionale della Digital Dentistry Society (DDS) a Novembre

Il 9 novembre scorso si è svolto a Napoli, nel meraviglioso Centro Congressi Federico II, il congresso nazionale della Digital Dentistry Society (DDS) dal titolo "Focus sull'odontoiatria digitale - Come le nuove tecnologie digitali stanno cambiando l'odontoiatria".

Dopo il saluto delle autorità, che hanno ribadito il ruolo utile e necessario di una società scientifica come la DDS, costituita 5 anni fa, a supporto del professionista che approccia la realtà digitale spesso ancora senza competenza.

L'intero programma congressuale ha visto il succedersi di brevi e concentrate relazioni, merito di ottimi relatori che hanno saputo centrare appieno l'obiettivo di quest'anno: un'analisi sull'introduzione delle tecnologie digitali nella pratica professionale odontoiatrica e sulle conseguenze che essa ha portato, prima fra tutte la necessità di operare scelte difficili per agire su tutto il flusso di lavoro dello studio. Un grande cambiamento in atto che è stato finalmente colto a livello sia clinico che extra-clinico, per evidenziare l'importanza di conoscere e saper gestire tutti gli aspetti interconnessi con l'introduzione di nuove tecnologie nella propria pratica quotidiana, quindi anche elementi economico-finanziari e socio-psicologici. Il tema dell'innovazione tecnologica è stato affrontato sempre mettendo in luce l'importanza della conoscenza e della formazione, in un circolo virtuoso in cui i professionisti con esperienza devono sapersi innovare perché "l'esperienza senza innovazione rischia di spegnersi" mentre i giovani, che hanno partecipato a tutto il convegno numerosi, devono apprendere la clinica dai loro predecessori. L'innovazione non deve spaventare, ma deve essere abbracciata consapevolmente e con gli strumenti giusti.

Fig. 2 - L'appassionata relazione di Henriette Lerner, Presidente Internazionale DDS (Digital Dentistry Society).

La mattinata di venerdì è iniziata con l'intervento di Roberto Rosso sull'impatto del digitale nella pratica quotidiana con una carrellata sugli indici di crescita dell'acquisto delle tecnologie (vedi la 13esima analisi di settore dell'Unidi a cura di Roberto Rosso pubblicata il 12 luglio sul sito della Dental Tribune italia). Gli addetti del settore, economico in questo caso, si fanno un'idea dell'evoluzione delle terapie grazie agli acquisti che fanno i professionisti: certa è la crescita dell'acquisto sulle attrezzature, favorita dagli incentivi, mentre rimane ancora un po' lenta la diffusione dell'impronta ottica, la cui importanza e i vantaggi/svantaggi sono stati scientificamente e brillantemente spiegati nell'intervento di Francesco Mangano. Lo scanner intra orale, per fare ancora un esempio, è utilizzato da 5.000 dentisti italiani ma è prevista una crescita esponenziale degli acquisti. Dal punto di vista sociologico c'è consapevolezza di questa rapidità nel cambiamento del lavoro e del ruolo stesso dei dentisti. Cambiano anche i laboratori e la percezione dei pazienti: il mondo dell'industria e le società scientifiche devono necessariamente preoccuparsi di affrontare e risolvere i problemi legati ai gap cognitivi e attitudinali dei professionisti che introducono le nuove tecnologie nei loro studi.

E come si può creare un connubio tra nuove tecnologie e comunicazione? Illuzzi, presidente della segreteria culturale nazionale ANDI, ha posto proprio questa domanda durante la sua relazione. Dobbiamo avere concetti neoclassici per i quali l'innovazione dà fastidio oppure abbracciare il pensiero di Freedman per il quale innovazione è sinonimo di miglioramento e implementazione? Ponendosi dalla parte degli innovatori, ha sottolineato poi quanto sia centrale tenere sempre presenti i pilastri della comunicazione in sanità, più che mai oggi con le nuove tecnologie: veridicità, correttezza, obiettivi chiari, trasparenza, rispetto del decoro professionale. L'utilizzo del web marketing e dei social network dev'essere rispettoso dei suddetti principi.

L'innovazione è anche etica. Nisio, segretario culturale di CAO, ha voluto affrontare proprio questo argomento perché l'etica non può essere un tema astratto e la tecnologia è uno strumento utile ma è solo l'uomo che può darle valore. Il primo principio deontologico è quello di non nuocere e recare danno al paziente, che deve rimanere il protagonista attorno al quale far ruotare tutto il resto, nuove tecnologie comprese. Come disse Kant "L'etica ci rende degni della felicità".

Il Prof. Ferrari poi, moderando gli interventi dei relatori del pomeriggio, ha voluto stigmatizzare la questione di chi sia di competenza il digitale. La Digital Dentistry Society ha l'onere di porre questa domanda. Bisogna partire dalla formazione nelle università, ad oggi manca una reale curva di apprendimento, le aziende confessano che i loro prodotti acquistati vengono dopo poco tempo rimandati indietro perché il medico non sa farlo funzionare. Bisognerebbe sfatare il mito per il quale il digitale oggi sia già il presente perché molte realtà ne sono ancora lontane e si deve cambiare la marcia per una sua capillare diffusione.

Fig. 1 - La presidente Henriette Lerner e il presidente eletto Carlo Mangano.

Citiamo ancora le relazioni di Venezia e Lacasella in merito alle protesi mobili, che resteranno, secondo i dati USA, in continuo incremento negli anni a venire ed anche in questo caso cad-cam e stampanti 3D apriranno nuove prospettive sia per la protesi provvisoria che fissa, ed anche nuove speranze per ridare a tutti i pazienti dignità.

Infine la Presidente eletta dell'Aiop, Micarelli, evidenzia sinteticamente quali sono oggi gli interrogativi del dentista, come il costo economico della tecnologia e il costo per dedicare tempo alla formazione e alla curva di apprendimento e quali sono i vantaggi che ne giustificano il costo.

Il rischio talvolta è di introdurre le tecnologie per il gusto di farlo spostandosi dalla medicina dell'evidenza scientifica alla medicina traslazionale, perdendo il rispetto dei principi tradizionali e fondamentali e confondendo quello che si vede sul video con la realtà e quindi con una grande propensione all'errore.

La DDS, è leader internazionale nella scienza e nella formazione digitale odontoiatrica con lo scopo di promuovere la conoscenza. Attualmente è rappresentata da 52 "Ambasciatori" in tutto il mondo. In Italia Fabrizia Luongo che con il coordinamento dell'Università Federico II e il Prof. Zarone, hanno organizzato l'evento di Napoli a cui erano presenti attivamente e con tanta passione l'attuale presidente internazionale Henriette Lerner e il Presidente Eletto dal 2020, Carlo Mangano.

Nei prossimi due anni, oltre a una costante azione mondiale, l'Italia avrà l'onere di ospitare due eventi internazionali (la Consesus Conference 2020 e il Congresso Internazionale 2021) oltre a i due eventi nazionali 2020, 2021. La Digital Dentistry Society Italia promuove, sul territorio italiano, la conoscenza dell'odontoiatria digitale attraverso una serie di eventi dedicati (Congressi, Corsi) ed una piattaforma online di video e pubblicazioni. Favorisce inoltre l'interazione tra i professionisti del dentale e le nuove specialità (ingegneri, sviluppatori di software, esperti di biotecnologie) che entrano a fare parte del mondo dell'odontoiatria.

Dental Tribune Italia

Fig. 3 - La splendida Aula Magna del Federico II Napoli.

DENTAL TRIBUNE
The World's Dental Newspaper · Italian Edition

PUBLISHER/CHIEF EXECUTIVE OFFICER - Torsten R. Oemus
CHIEF FINANCIAL OFFICER - Dan Wunderlich
DIRECTOR OF CONTENT - Claudia Duschek
SENIOR EDITOR - Michelle Hodas
CLINICAL EDITORS - Nathalie Schüller; Magda Wojtkiewicz
EDITOR & SOCIAL MEDIA MANAGER - Monique Mehler
EDITORS - Franziska Beier; Brendan Day; Luke Gribble; Kasper Mussche
ASSISTANT EDITOR - Iveta Ramonaite
COPY EDITORS - Ann-Katrin Paulick; Sabrina Raaff
BUSINESS DEVELOPMENT & MARKETING MANAGER Alyson Buchenau
DIGITAL PRODUCTION MANAGERS Tom Carvalho; Hannes Kuschick
PROJECT MANAGER ONLINE - Chao Tong
IT & DEVELOPMENT - Serban Veres
GRAPHIC DESIGNER - Maria Macedo
E-LEARNING MANAGER - Lars Hoffmann
EDUCATION & EVENT MANAGER - Sarah Schubert
SALES & PRODUCTION SUPPORT Puja Daya; Hajir Shubbar; Madleen Zoch
EXECUTIVE ASSISTANT - Doreen Haferkorn
ACCOUNTING - Karen Hamatschek; Anita Majtenyi; Manuela Wachtel
DATABASE MANAGEMENT & CRM - Annachiara Sorbo
MEDIA SALES MANAGERS - Melissa Brown (International); Hélène Carpentier (Western Europe); Matthias Diessner (Key Accounts); Maria Kaiser (North America); Weridiana Mageswki (Latin America; Barbora Solarova (Eastern Europe); Peter Witteczek (Asia Pacific)
EXECUTIVE PRODUCER - Gernot Meyer
ADVERTISING DISPOSITION - Marius Mezger

Editorial material translated and reprinted in this issue from Dental Tribune International, Germany is copyrighted by Dental Tribune International GmbH. All rights are reserved. Published with the permission of Dental Tribune International GmbH, Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany. Reproduction in any manner in any language, in whole or in part, without the prior written permission of Dental Tribune International GmbH is expressly prohibited. Dental Tribune is a trademark of Dental Tribune International GmbH.

©2019, Dental Tribune International GmbH. All rights reserved.

Dental Tribune International GmbH makes every effort to report clinical information and manufacturers' 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, claims, or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International GmbH.

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 XV Numero 12, Dicembre 2019

MANAGING EDITOR - Patrizia Gatto
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, P. Campagna, M. Del Corso, L. Grivet Brancot, R. Kornblit. C. Mazza, G.M. Nardi, G. Olivi, B. Rapone, F. Romeo, M. Roncati, R. Rowland, A. Trisoglio
CONTRIBUTI
P. Biancucci, M. Boi, C. Casu, M. Curello, G. Lipani, A. Liporace, M. Loviglio, G. Magnano, V. Magnano, R. Mangiacasale, J. Marini, V. Sottile, M. Tiberio, L. Viganò, A. Zanon.
REDAZIONE ITALIANA
Tueor Servizi Srl - redazione@tueorservizi.it
Coordinamento: Adamo Buonerba
Editor: Carola Murari
C.so Enrico Tazzoli 215/13 - 10137 Torino
Tel.: 011 3110675 - 011 3097363
GRAFICA - Tueor Servizi Srl
GRAPHIC DESIGNER - Giulia Corea
STAMPA
Musumeci S.p.A.
Loc. Amérique, 97 - 11020 Quart (AO)
Valle d'Aosta - Italia
COORDINAMENTO DIFFUSIONE EDITORIALE
ADDRESSVITT srl
PUBBLICITÀ
Alessia Murari
[alessia.murari@tueorservizi.it]
UFFICIO ABBONAMENTI
Tueor Servizi Srl
C.so Enrico Tazzoli 215/13
10137 Torino
Tel.: 011 3110675
Fax: 011 3097363
segreteria@tueorservizi.it
Copia singola: euro 3,00

FSC www.fsc.org MISTO Carta da fonti gestite in maniera responsabile FSC® C102788

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.

Uno studio per esplorare un'alternativa agli oppioidi in odontoiatria

NEWARK, N.J., Stati Uniti. A causa dei benefici nella gestione del dolore di questa classe di farmaci, l'epidemia di overdose da oppioidi persiste negli Stati Uniti e vari studi hanno indicato che i dentisti sono tra i principali prescrittori di oppioidi. Nella speranza di ridurre la dipendenza e l'abuso di oppioidi, l'Istituto Nazionale di Ricerca Dentale e Craniofacciale ha recentemente assegnato alla Rutgers School of Dental Medicine una sostanziosa sovvenzione per consentire agli scienziati di studiare la combinazione di ibuprofene e acetaminofene come alternativa agli oppioidi.

La sovvenzione di 11,7 milioni di dollari (10,6 milioni di euro) supporterà i ricercatori per sei anni. Sebbene alcuni studi abbiano già esaminato l'efficacia dei due farmaci nel trattamento del dolore, l'attuale studio si concentrerà sull'efficacia a lungo termine dei farmaci e coinvolgerà 1.800 partecipanti. I partecipanti allo studio saranno pazienti della scuola dentale a cui verranno prescritti analgesici dopo l'estrazione di molari. I partecipanti saranno seguiti per sette giorni dopo l'intervento.

«Vogliamo, per quanto possibile, duplicare le condizioni di vita reale nella clinica», ha affermato il ricercatore capo Prof. Cecile A. Feldman, preside della scuola. Feldman ritiene che le cliniche dentali forniscano l'ambiente ideale per la ricerca sugli oppioidi, poiché la frequenza con cui i dentisti e i chirurghi orali prescrivono i farmaci è considerevolmente alta. «Gran parte del nostro lavoro è gestire il dolore acuto e cronico», ha osservato Feldman.

Nello studio, metà dei soggetti riceverà un composto di paracetamolo e idrocodone, noto come Vicodin, mentre l'altra metà sarà trattata con paracetamolo e ibuprofene. I soggetti terranno poi un registro per monitorare il loro livello di dolore, autodosaggi e i comuni effetti collaterali degli oppioidi, come nausea e scarsa qualità del sonno, per sette giorni.

«Il dolore non è l'unica cosa che bisogna prendere in considerazione», ha detto Feldman. «Le persone tollereranno un livello leggermente più alto di dolore se possono evitare effetti collaterali e avere una migliore qualità della vita durante il periodo di recupero».

I ricercatori monitoreranno anche l'uso futuro di oppioidi per vedere se i soggetti che avevano ricevuto oppioidi avranno maggiori probabilità di usarli o abusarli nel tempo. Negli studi pilota, i pazienti che avevano ricevuto ibuprofene e paracetamolo presentavano livelli simili di riduzione del dolore e riferivano meno effetti collaterali rispetto ai pazienti che avevano ricevuto oppioidi.

«Speriamo che i risultati della nostra ricerca possano ridurre in modo significativo i livelli epidemici americani di abuso di oppioidi pur fornendo sollievo dal dolore», ha concluso Feldman.

Dental Tribune International

AD

Fig. 1 - Modellazione didattica in cera a totale tripodizzazione di Peter K. Thomas 168 punti di contatto.

Analisi dell'evoluzione del concetto di occlusione

Giorgio Magnano, Vittorio Magnano

LakeComo Institute®

Introduzione

I dolori orofacciali, i disagi cenestesici e le parafunzioni non sono più considerate conseguenze di disordini occlusali, bensì, quasi sempre, di natura centrale o addirittura genetica[1].

L'occlusionismo si trasforma, pertanto, da teoria strutturalista in teoria funzionalista in quanto l'ambiente (occlusale, strutturale) propone, ma il sistema nervoso (funzionale) dispone in quasi assoluta indipendenza.

Il sistema nervoso ha processi di sviluppo e di cablaggio che sono assimilabili ad un ampio ventaglio di situazioni evolutive biologiche che vanno dalla genetica, allo sviluppo embrionale, dall'ambito culturale e sociale a quello ideologico e teorizzante, secondo modalità che la più recente teoria evoluzionistica definisce "gerarchica"[2]. A questa tendenza si adegua anche la nostra occlusione dei denti che risponde alle regole della ridondanza transitoria e della stabilizzazione selettiva.

Ridondanza, regressione e stabilizzazione

La prima tappa di questi processi la troviamo a livello genico. L'evoluzione del genoma negli eucarioti è il risultato del compromesso fra due tendenze: l'aumento della quantità di DNA per avere nuovi geni e maggior variabilità genetica (ridondanza transitoria); e la tendenza allo sfoltimento, alla riduzione del genoma (regressione e stabilizzazione selettiva) una volta conquistato un buon adattamento ad un dato ambiente[3]. Inoltre, lo sviluppo si accompagna a fenomeni regressivi[3,4].
Nei casi citati e nei sistemi nervosi in corso di sviluppo e giovani avvengono fenomeni ridondanti, ossia le cellule e le loro arborizzazioni assonali e dendritiche germogliano e si producono in esuberanza e la quantità di recettore è maggiore rispetto alle funzioni necessarie e sufficienti. La connettività della rete diviene ridondante, ma questa ridondanza è transitoria. Intervengono rapidamente fenomeni selettivi e regressivi. A questo punto lo sviluppo epigenetico controlla e dirige la stabilizzazione selettiva di una distribuzione di cellule e di contatti sinaptici tra l'insieme di quelli presenti allo stadio di ridondanza massima.

La successione di ridondanza e di regressione rappresenta un momento cruciale dello sviluppo di qualsiasi sistema, dall'evoluzione delle cellule eucariote, all'ontogenesi del sistema nervoso fino ai complessi sistemi di evoluzione culturale. La stabilizzazione è il traguardo finale ed essa è selettiva[5].

Stabilità occlusale, stabilità condilare e punti di contatto

Se analizziamo la storia dello studio dell'occlusione dentale, anch'essa appare rispondere alle medesime regole evoluzionistiche; si parte da una ridondanza transitoria che viene gradualmente sfoltita e semplificata tramite stabilizzazione selettiva.

Tre sono le tappe in letteratura dell'evoluzione dell'occlusionismo.

› pagina 5

www.bbb.academy

Bone, Biomaterials & Beyond Academy

Bone, Biomaterials & Beyond Academy

Guided Bone Regeneration Symposium

28 Marzo 2020 *Siviglia, Barceló Convention Center*

CHAIRMEN

Ulf **NANNMARK** | Eugenio **VELASCO ORTEGA**

SPEAKERS AND MODERATORS

Imad **ABOUT** | Antonio **ARMIJO SALTO** | Antonio **BARONE**
Luigi **CANULLO** | Pietro **FELICE** | Kai **FISCHER**
Gabriella **GRUSOVIN** | Fernando **GUERRA** | Nuno **MATOS GARRIDO**
Christopher **KÖTTGEN** | Ziv **MAZOR** | Antonio **MURILLO RODRIGUEZ**
Ulf **NANNMARK** | Patrick **PALACCI** | Adriano **PIATTELLI**
Roberto **PISTILLI** | Roberto **ROSSI** | Leticia **SALA**

Workshop pre-congressuali e Cena di Gala

Poster Prizes Award

SEGRETERIA
Tueor Servizi srl
Tel. 011 311 06 75 (Italia)
bbb2020@tueorservizi.it

AD

< pagina 4

Il sistema stomatognatico deve essere stabile dal punto di vista occlusale e articolare. Alla stabilità occlusale è auspicabile che coincida la stabilità articolare, ossia del condilo al centro della fossa con il disco frapposto fra i capi ossei articolari (testa del condilo e fossa glenoide). Qualora i riferimenti occlusali di stabilità andassero perduti è inevitabile riferirsi come unico riferimento alla stabilità articolare. La più riproducibile era considerata la massima retrusione mandibolare possibile. Da ciò i concetti di "centrica retrusa" nella definizione della gnatologia classica:"Relazione centrica è la posizione del condilo dentro la fossa glenoide più alta e più retrusa possibile compatibilmente con la possibilità di eseguire i movimenti di lateralità"[6]. Detta posizione si dava come ottenibile con manovre di manipolazione mandibolare tipo Ramfjord e Guichet.

Una posizione siffatta rendeva auspicabile una riabilitazione dentale a sua volta estremamente stabilizzante. Fu così che Peter K. Thomas concepì la sua anatomia occlusale totalmente tripodale che, in una riabilitazione completa, prevedeva 168 punti di contatto[7].

Quasi contemporaneamente Lundeen[8] propose uno studio sui punti di contatto ridotti e sull'anatomia dentale che si divideva in due tipi: la tipo 1, presente nel 30% circa della popolazione; e la tipo 2, presente nel restante 70% circa. Le due anatomie sono identiche ad eccezione della direzione della cuspide palatale dei premolari superiori che nella tipo 1 si articola verticalmente contro le creste marginali dei rispettivi premolari inferiori con un contatto bipodale. Mentre nella tipo 2 la stessa cuspide palatale dei premolari superiori piega leggermente verso mesiale dando un contatto tripodale contro la fossa distale del quarto e del quinto inferiore. Come risultato ne deriva che l'indentazione di tipo 1 conta 104 punti di contatto su tutta l'arcata. La tipo 2, sostituendo un tripode ad un bipode su quattro fosse, ne conterà 8 di più, quindi 112.

Wiskott[9] propose infine una modellazione semplificata dove si verificavano due tipologie di punti di contatto: la tipo 2 che considera soltanto la linea delle cuspidi vestibolari dell'arcata inferior e la tipo 1 con le sole cuspidi palatali dell'arcata superiore che articolano, tranne quelle delle cuspidi disto-palatali dei molari che spesso non sono sufficientemente rappresentate.

Come conseguenza i contatti scendevano a 36 nella tipo 2 e addirittura a 16 nella tipo 1, una bella differenza realizzativa e gestionale rispetto alla Peter K. Thomas.

Ritroviamo qui le tre tappe di ogni processo di evoluzione naturale per selezione.

Numero dei punti di contatto:

- Peter K. Thomas: 168 – ridondanza transitoria;
- Lundeen: 112 e 104 – regressione;
- Wiskott: 36 e 16 – stabilizzazione selettiva.

La bibliografia è disponibile presso l'editore.

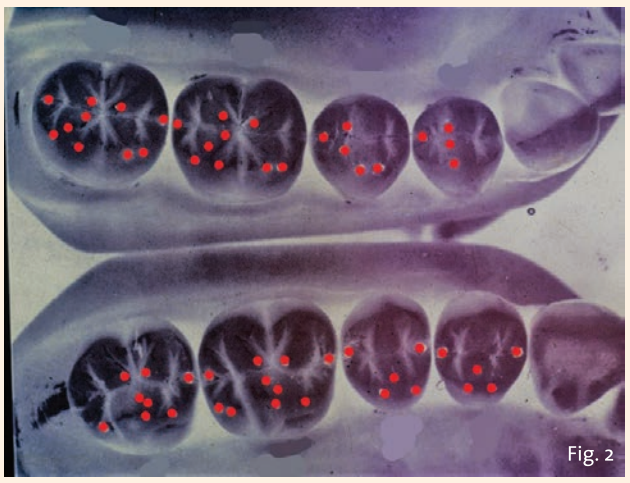


Fig. 2

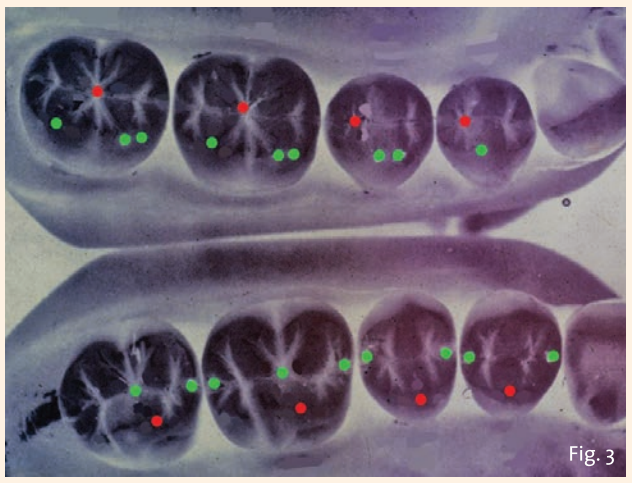


Fig. 3

Fig. 2 - I 112 punti di contatto secondo Lundeen: Modellazione di Lundeen di tipo 1=104 punti di contatto; Modellazione di Lundeen di tipo 2=112 punti di contatto.

Fig. 3 - Occlusione semplificata secondo Wiskott: Modellazione di tipo 1= 16 punti di contatto; Modellazione di tipo 2= 36 punti di contatto.

Stomatite Aftosa trattata con LLLT e terapia fotodinamica

Cinzia Casu, Michael Loviglio**, Jacopo Marini**, Luca Viganò****

** Odontoiatra, libero professionista in Cagliari*
*** Università di Milano, Italia*
**** Dipartimento di Radiologia, San Paolo Dental Building, Università di Milano, Italia*

Fig. 1

< pagina 1

Le afte sono meno frequenti nei fumatori, ad indicare come il tabacco possa avere un potenziale ruolo protettivo[3]. Altri fattori correlati sono le allergie alimentari, traumi locali, cambiamenti ormonali (come quelli del ciclo mestruale), stress e ansia, deficit nutrizionali, agenti infettivi e diverse malattie sistemiche[4]. La correlazione tra le reazioni allergiche e la RAS è particolarmente importante. Come affermato in numerosi studi, la manifestazione clinica della RAS è spesso associata a allergie di contatto, per esempio nei confronti dei dentifrici, anche se il suo ruolo dovrebbe essere maggiormente indagato data la mancanza di evidenze scientifiche[5]. Un'altra correlazione allergica interessante con la RAS è la reazione dopo il contatto con il cibo. Quindi, la RAS rappresenta una patologia molto difficile da prevenire e curare[6].

Per trattare e ridurre i sintomi della RAS si stanno sperimentando diversi tipi di terapia. La più rilevante è la Laser Terapia; questa è già stata introdotta nel trattamento di altre patologie e negli ultimi anni gli studiosi hanno provato ad applicarla anche nella cura della RAS con risultati considerevoli. Per esempio, alcuni studi hanno dimostrato che la Laser Terapia è molto utile nell'attenuare la sensazione dolorifica e nell'accelerare i processi di guarigione della stomatite[7,8]. Per la prima volta, in questo studio, la fotodinamica con blu di metilene sarà testata come terapia per il trattamento di RAS. Precedenti indagini hanno dimostrato che questa modalità alternativa ha degli effetti cellulari sulla proliferazione dei fibroblasti, sulla produzione di collagene, sulla formazione di tessuto di granulazione e sulla modificazione della risposta infiammatoria. Da quando è stata introdotta la terapia con la fotodinamica (PDT) nel 1995, l'applicazione del laser ha raggiunto una forma più specifica e potente. Infatti, quando le difese del corpo sono compromesse, le ferite possono fungere da porta di ingresso per la colonizzazione dei microrganismi nel nostro corpo. La terapia fotodinamica è conosciuta come una promettente terapia antimicrobica[9].

Case Report

Una paziente di sesso femminile di 20 anni giunse alla nostra osservazione per la presenza di alcune lesioni erosive nella cavità orale insorte il giorno prima. All'anamnesi medica la paziente riportava di essere un soggetto tendenzialmente allergico a diversi alimenti, ma di non soffrire di nessun'altra condizione sistemica. Aveva riportato di aver avuto la notte prima un episodio allergico che l'aveva portata ad un gonfiore delle mucose oculare e all'insorgenza di piccole lesioni nella bocca. All'esame obbiettivo si potevano notare 4 afte minor, due sulla mucosa linguale, una nella mucosa vestibolare, una nella mucosa labiale (Figg. 1-4). Due di queste erano particolarmente dolenti. Si è deciso di ridurre la sintomatologia utilizzando la terapia laser a basso dosaggio LLLT (nelle afte più piccole e meno dolenti) e la terapia fotodinamica sulle lesioni più sintomatiche. Quest'ultima è stata realizzata con blu di Metilene 0,1% e luce laser 660 nm, 100 mW (Helbo, Bredent Medical, Senden, Germany). Dopo aver applicato il fotosensibilizzante al di sopra delle due afte, il laser, con puntale lungo 3D, è stato attivato per 5 minuti consecutivi, effettuando movimenti circolari a circa 0,5 cm dalla lesione stessa (Figg. 5, 6). Il blu di Metilene è stato poi successivamente asportato con garza e risciacquato. Le altre afte sono state trattate senza l'applicazione del fotosensibilizzante con lo stesso protocollo descritto prima per la luce laser. La paziente immediatamente dopo la seduta ha avvertito sollievo dal dolore, e dopo 2 giorni tutte le lesioni aftose sono guarite.

Fig. 2

Fig. 3

Fig. 4

Fig. 5

Fig. 6

Discussione

In letteratura scientifica differenti terapie sono state proposte per il trattamento dell'aftosi. Oltre all'utilizzo di presidi topici a base di cortisonici e immunosopressori[10], l'ozono terapia[11], anche la laser terapia è stata ampiamente documentata[12]. Tuttavia i parametri in letteratura sono estremamente differenti, per tipologia di laser, lunghezza d'onda, tempi di applicazione etc.[12,13]. Sull'uso della terapia fotodinamica per le afte ci sono pochissimi studi, uno di questi riguarda il trattamento di un'afta major con blu di Toluidina allo 0,1% con luce a diodi 630 nm[14].

Anche per quanto riguarda la terapia fotodinamica, che è stata proposta in diversi campi dell'odontoiatria, abbiamo una enorme varietà di parametri utilizzati, come il tipo di fotosensibilizzante, il tipo di luce (anche non laser), i periodi di applicazione pre-post irradiamento[15]. In questo lavoro è stata utilizzata LLLT con lunghezza d'onda 660 nm, dimostrando un'ottima capacità antalgica e di riduzione dei tempi di guarigione. Un recente studio ha trattato le afte minori utilizzando un laser a 660 nm, che ha determinato una maggiore velocità di guarigione e un effetto antalgico maggiore del gruppo placebo[16]. Nel nostro case report, abbiamo visto che le afte più grandi e più dolenti hanno avuto gli stessi tempi di guarigione delle altre due, quando veniva effettuata la terapia fotodinamica con blu di Metilene 0,1%.

Fig. 7

bibliografia

1. Alberto Rodríguez-Archilla and Tarik Raissouni. Clinical study of 200 patients with recurrent aphthous stomatitis. Gac Med Mex, 2018, pages 154:122-128.
2. Chun-Pin Chiang, Julia Yu-Fong Chang, Andy Sun. Examination of serum hematinics and autoantibodies is important for treatment of recurrent aphthous stomatitis. J Formos Med Assocm, April 2018, pages 258-260.
3. McRobbie H., Hajek P., Gillison F.. The relationship between smoking cessation and mouth ulcers. Nicotine Tob Res, August 2004, pages 655-659.
4. Akintoye SO; Recurrent aphthous stomatitis. Greenberg MS Dent Clin North Am, April 2014, pages 281-297.
5. A. De Groot; Contact Allergy to (Ingredients of) Toothpastes. Dermatitis, March/April 2017, 28:95-11.
6. Wardhana, E.A. Datau; Recurrent aphthous stomatitis caused by food allergy. Acta Med Indonesia, October 2010, pages 42:236-240.
7. Fabiola Bastos de Carvalho, Aline Silva Andrade, Luis Cardoso Rasquin, Isabele Vieira de Castro, Marina Cristina Teixeira Cangussu, Antonio Luiz Barbosa Pinheiro, Jean Nunes dos Santos. Clinical Evaluation of 660 nm Diode Laser Therapy on the Pain, Size and Functional Disorders of Recurrent Aphthous Stomatitis; Lasers Med Sci, October 2014, pages 389-396.
8. Hisham Abdelmonem Soliman, Diana Mostafaa. Effect of laser (λ 660 nm) and LED (λ 630 nm) photobiomodulation on formocresol-induced oral ulcers: a clinical and histological study on rodents; Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences, May 2019, pages 1516-1522.
9. Parviz Deyhimi, Heidar Khademi, Reza Birang, Mohammad Akhoondzadeh; Histological Evaluation of Wound Healing Process after Photodynamic Therapy of Rat Oral Mucosal Ulcer. J Dent Shiraz Univ Med Sci, March 2016, pages 17:43-48.
10. Giannetti L, Murri Dello Diago A, Lo Muzio L. Recurrent aphtous stomatitis.Minerva Stomatol. 2018 Jun;67(3):125-128.
11. Al-Omiri MK., Alhijawi M., AlZarea BK., Abul Hassan RS., Lynch E. Ozone treatment of recurrent aphthous stomatitis: a double blinded study. Sci Rep 2016 Jun 15;6:27772.
12. Suter VGA, Sjolund S., Bornstein MM.. Effect of laser on pain relief and wound healing of recurrent aphthous stomatitis: a systematic review. Lasers Sci Med. 2017 May;32(4):953-963.
13. Najeeb S., Khurshid Z., Zohaib S., Najeeb B., Qasim SB., Zafar MS.. Management of recurrent aphthous ulcers using low-level lasers: A systematic review. Medicina (Kaunas). 2016;52(5):263-268.
14. Casu C., Mannu C.. Atypical Afta Major Healing after Photodynamic Therapy.Case Rep Dent. 2017;2017:8517470.
15. Di Satasio D., Romano A., Gentile C., Maio C., Lucchese A., Serpico R., Paparella R., Minervini G., Candotto V., Laino L.. Systemic and topical photodynamic therapy (PDT) on oral mucosa lesions: an overview. J Biol Regul Homeost Agents. 2018 Jan-Feb;32(2 Suppl. 1):123-126.
16. Solimans HA., Mostafaa D.. Clinical Evaluation of 660 nm Diode Laser Therapy on the Pain, Size and Functional Disorders of Recurrent Aphthous Stomatitis. Open Access Maced J Med Sci. 2019 May 14;7(9):1516-1522.

SWISS PREMIUM
ORAL CARE

GLI ORIGINALI DALLA SVIZZERA

IL PIACERE DI UNA CORRETTA IGIENE ORALE!

Gli scovolini interdentali CPS CURAPROX sono semplici e sicuri da utilizzare. CPS Prime, CPS Perio, CPS Soft Implant e CPS Regular sono le linee di scovolini CURAPROX ideali per la prevenzione primaria e secondaria.

Le setole finissime con la loro **eccellente elasticità**, permettono di raggiungere tutte le zone tra un dente e l'altro. L'**esclusivo effetto ombrello** è in grado di riempire gli spazi con estrema efficacia, senza rinunciare alla delicatezza. La sottile anima in acciaio chirurgico CURAL® è priva di nichel e la sua particolare forma conica garantisce una **maggiore durata nel tempo**.

Meravigliatevi della praticità, efficacia e delicatezza degli scovolini CPS CURAPROX e l'igiene orale sarà un vero piacere!

CURAPROX Italia S.r.l.
Via L. Negrelli 4| I-39100 Bolzano
Tel. 0471 066010 | www.curaprox.it | **info@curaprox.it**

CURAPROX

L'importanza di un trattamento multidisciplinare per la cura dell'OSAS

Le apnee ostruttive del sonno, a oggi, si caratterizzano per la crescente incidenza nella popolazione rappresentando una delle maggiori sfide in ambito sanitario. La complessità di questa patogenesi, mette in risalto il tema della multidisciplinarietà in ambito medico. In questo contesto però, il ruolo dell'odontoiatra riveste una particolare importanza tanto da poter essere considerato la "sentinella". Abbiamo avuto modo di parlare dell'argomento con la Dott.ssa Campagna, odontoiatra specializzata nei disturbi del sonno.

La dott.ssa Paola Campagna, specialista in Ortognatodonzia

Buongiorno dott.ssa Campagna, il tema delle apnee ostruttive del sonno (OSAS) è un argomento di attualità che registra un forte interesse nel campo odontoiatrico per il ruolo cruciale che l'Odontoiatra può svolgere nel trattamento di questa patologia. Accanto a molti altri specialisti come neurologi, otorinolaringoiatri, pneumologi, chirurghi maxillo-facciali e cardiologi, sta diventando fondamentale la nuova figura dell'Odontoiatra esperto nei disturbi del sonno. Lei che si è specializzata in questo ambito ci può illustrare meglio il ruolo che ricopre l'Odontoiatra?

Il tema delle Apnee ostruttive da sonno è talmente attuale che oggi un'intera branca della medicina può definirsi "medicina del sonno". Essa ha lo scopo di studiare attraverso strumenti diagnostici sempre più sofisticati e curare mediante farmaci, dispositivi meccanici o interventi chirurgici i disturbi del sonno che sono sempre più frequenti e che interessano fasce di popolazione sempre più vaste. Il soggetto affetto da OSAS, non adeguatamente curato, soprattutto se anche non consapevole, è ormai diventato un problema d'interesse sociale. La frammentazione e la scarsa quantità e qualità del sonno che interviene in questo tipo di pazienti può avere conseguenze cliniche molto gravi. Le più immediate sono: ipertensione arteriosa, malattie cardiovascolari e neurologiche con aumento del rischio di aritmie, infarto ed ictus. Ma non solo, possono insorgere o aggravarsi anche malattie metaboliche ed importanti disturbi finanche della sfera sessuale. Ovviamente, proprio per tutte queste implicazioni di ordine generale, diversi sono i professionisti interessati sia nel percorso diagnostico che terapeutico. In particolare per quanto riguarda l'aspetto diagnostico oggi si deve obbligatoriamente parlare di un team multidisciplinare nel quale il ruolo dell'Odontoiatra-Ortodontista assume un ruolo senz'altro centrale sia nella fase diagnostica che in quella terapeutica.

Spetta infatti proprio all'Ortodontista riconoscere quei dismorfismi cranio-facciali (contrazione mascellare, ipoplasia mandibolare, II classi scheletriche) che naturalmente predispongono alle OSAS. Soprattutto nei soggetti adulti la diagnosi ortodontica è indispensabile per la pianificazione chirurgica in quei soggetti per i quali, non essendo praticabili altri percorsi terapeutici meno invasivi, è necessario un intervento di chirurgia maxillo-facciale. Ma è soprattutto nella terapia di moltissimi casi di OSAS che l'Ortodontista assume un ruolo di primaria importanza all'interno del team multidisciplinare essendo di sua specifica pertinenza la progettazione e l'applicazione degli oral device. Si tratta di dispositivi intraorali rimovibili (ad esempio i MAD-mandibular advancement devices) che facilitano la terapia delle OSAS determinando un avanzamento della posizione mandibolare durante l'applicazione nel sonno notturno.

A differenza delle altre professioni che sono coinvolte in questa patologia, l'odontoiatra viene definito la "sentinella". Cosa comporta tutto ciò?

Quella dell'Odontoiatra sentinella è una definizione che mi piace molto perché ben si sposa con la capillare presenza sul territorio di questa figura professionale, oltre al fatto che è spesso lo stesso odontoiatra ad essere il primo ad intercettare la sindrome magari basandosi su un banale accenno al sintomo russamento riportato in anamnesi odontoiatrica.

Il paziente infatti tende molto spesso a banalizzare tale sintomo derubricandolo a semplice fastidio disturbatore della vita notturna di coppia. Spetta, dunque, al cosiddetto Odontoiatra sentinella dare la giusta motivazione al paziente per approfondire la problematica con esami strumentali adeguati (polisonnografia, etc.) e con consulenze specialistiche (pneumologo, otorinolaringoiatria, chirurgo maxillo facciale).

A tal proposito proprio nella mia regione, la Sicilia, a breve potrà essere attivato un ambizioso Progetto obiettivo di Piano Sanitario Nazionale denominato appunto "Rete OSAS in Sicilia – sentinelle della prevenzione". Trattasi di un ambizioso progetto pilota che successivamente potrà essere esportato anche in altre regioni italiane. Il progetto mira, attraverso azioni specifiche, ad ottenere una reale mappatura del fenomeno sul territorio in collaborazione con i centri che si occupano di disturbi del sonno dislocati in Regione.

Con il progetto in particolare si intende:

- Mappare il fenomeno in Sicilia;

- Fornire "un'azione informativa e formativa" mirata e specialistica quale strumento di aggiornamento professionale e culturale destinato a cambiare l'atteggiamento e la professionalità degli operatori in particolare dei medici di base e degli odontoiatri sulla sindrome OSAS e sui trattamenti della stessa adattandoli ai cambiamenti intervenuti e alle novità tecnologiche e metodologiche da poter mettere in campo per il trattamento della sindrome;

- Fornire il know - how specialistico, a medici appositamente selezionati capaci di operare per la risoluzione e la gestione di problematiche relative all'OSAS in ambiente multidisciplinare;

- Accrescere la conoscenza presso il pubblico indistinto, delle politiche in vigore per il trattamento della sindrome OSAS;

- Vincere la solitudine di chi è affetto da una patologia OSAS. Quando si è soli, si è più deboli. Se invece può avere, allargando il pubblico di chi può fornire informazioni (medici di famiglia ed odontoiatri), un aiuto concreto, si sente più sicuro, diventa più forte e può scegliere attraverso l'aiuto medico il percorso migliore per gestire la patologia;

- Operare un raccordo fra le Istituzioni Pubbliche e Private, creando la rete dei punti informativi OSAS.

Altro must del progetto è la creazione del Registro OSAS; cioè un servizio adibito alla raccolta, l'archiviazione, l'analisi e l'interpretazione dei dati sulle persone affette dalla sindrome con obiettivi di sanità pubblica ed epidemiologia. Tali informazioni saranno archiviate in modo permanente e sicuro e successivamente analizzate statisticamente ed in modo anonimo per produrre periodici rapporti e/o pubblicazioni scientifiche. Alla fine del progetto sarà costituita in Sicilia la Rete OSAS del sistema sanitario regionale.

Quali sono i soggetti che hanno maggiori possibilità di essere coinvolti in questa patologia? E quali i fattori che possono favorirne sviluppo e complicazioni?

Sono tutti quei soggetti che presentano delle gravi co-morbilità quali malattie cardiovascolari, neurologiche, urologiche. Naturalmente restando prettamente nel campo di interesse odontoiatrico vanno attenzionati tutti quei pazienti che presentano dismorfismi craniofacciali o delle situazioni orali o periorali che in qualche modo concorrono a creare un'ostruzione parziale al flusso d'aria nelle prime vie aeree, e mi riferisco in particolare a macroglossie, II classi scheletriche, contrazioni trasversali del mascellare superiore. Un'attenzione particolare va poi data ai pazienti in sovrappeso o obesi con circonferenza collo che supera i 43 cm nell'uomo ed i 41 nella donna a dimostrazione della stretta correlazione tra OSAS e malattie metaboliche.

Dai diversi rapporti degli ultimi anni, è emerso che questa patologia coinvolge anche i bambini. Essendo dei soggetti molto differenti da trattare rispetto agli adulti, quali sono le strategie da adottare per questa particolare categoria?

L'apnea ostruttiva da sonno nei soggetti pediatrici influisce negativamente non solo sull'accrescimento cranio-faciale essendone per altro molto spesso anche una conseguenza. Tale sindrome ha purtroppo anche un forte impatto negativo sia sull'accrescimento generale del bambino influendo negativamente sul suo sviluppo psicologico con conseguenti gravi possibili disturbi comportamentali. Basti pensare anche alla possibile correlazione tra questi disturbi e la propensione sempre più diffusa nell'età adolescenziale all'obesità. Ovviamente in questa delicata fase di crescita il ruolo dell'Ortodontista è fondamentale soprattutto nell'intercettare precocemente ad esempio un deficit di sviluppo trasversale del mascellare superiore o un deficit di crescita mandibolare che se non adeguatamente trattati in età evolutiva candidano questi pazienti ad una soluzione chirurgica maxillo-facciale in età adulta.

Parlando anche degli aspetti più tecnologici, quali sono gli strumenti che aiutano oggi i professionisti a cogliere i sintomi di questa patologia?

Anche in questo campo la digitalizzazione sia in campo diagnostico che terapeutico ha recentemente permesso di migliorare il risultato nei confronti dei pazienti. Mi riferisco alle nuove tecniche di cefalometria 3D ottenute con tomografi volumetrici.

Mediante queste nuove metodiche di diagnostica per immagini è infatti oggi possibile eseguire non soltanto delle misurazioni lineari 2D ma anche ad esempio misurare i volumi degli spazi aerei allo scopo di scegliere la terapia più idonea e seguirne nel tempo i risultati.

Inoltre gli stessi oral device possono essere realizzati con flusso totalmente digitale a partire dall'impronta ottica fino alla loro realizzazione mediante le attuali stampanti 3D.

Dental Tribune Italia

AD

HYGIENE TRIBUNE

The World's Dental Hygiene Newspaper • Italian Edition

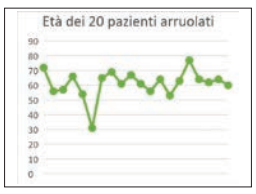
Dicembre 2019 - anno X n. 3

Allegato n. 1
di Dental Tribune Italian Edition - Dicembre 2019 - anno XV n. 12

www.dental-tribune.com

SPECIALE

La salute orale del paziente diabetico: uno studio epidemiologico descrittivo



Lo scopo è analizzare lo stato di salute orale e la qualità della vita del paziente diabetico in Calabria, verificando la correlazione tra stress ossidativo, indici parodontali clinici e stato glicemico.

pagina 11

SPECIALE

La Giornata Mondiale dell'Alimentazione sottolinea l'importanza di una dieta sana

Un terzo della popolazione mondiale è affetta da malnutrizione e oltre 820 milioni di persone non hanno abbastanza da mangiare giornalmente.

pagina 14

XXVIII CONGRESSO NAZIONALE AIDI 15-16 novembre 2019 – Savoia Hotel Regency, Bologna

Dental Tribune Italia

Il 15 e 16 novembre scorso si è tenuto al Savoia Hotel Regency di Bologna il XXVIII congresso nazionale dell'Associazione Igienisti Dentali Italiani (AIDI) che ha visto un'affluenza entusiasta di ben 600 partecipanti. Un venerdì mattina caratterizzato da 11 corsi monotematici, ripresi poi nel pomeriggio di sabato, davvero molto interattivi con argomenti che hanno spaziato dalla parodontologia alla nutrizione, dalla gestione dello stress al mantenimento implantare di successo. È seguita l'inaugurazione congressuale alle 14:30 della Presidente AIDI, la dottoressa Antonia Abbinnante, che ha sorpreso tutti con una nuova modalità di public speaking: un video musicale emozionale di Jovanotti, nessun palco, si parla tra e insieme ai congressisti perché «senza di loro non potrebbe esserci tutto questo».

Quest'anno un titolo che ha in sé grandi sfide, "Risk factors, staging e grading... la vera sfida per la stabilità della malattia parodontale", prima fra tutte l'acquisizione per l'igienista della consapevolezza del suo ruolo, delle sue potenzialità e delle sue competenze perché ora più che mai diventa sempre più responsabile e partecipe nel flusso di lavoro del team odontoiatrico. Deve saper stringere una vera alleanza terapeutica con il paziente, in cui l'odontoiatra riveste l'incarico di supervisore, al fine di intercettare le problematiche del paziente in modo olistico ed integrato, senza tralasciare gli importanti fattori extra clinici e relazionali.

› pagina 10

Le applicazioni del complesso fosfopeptide di caseina-fosfato di calcio amorfo in odontoiatria preventiva

Giuseppe Lipani

Le patologie del cavo orale sono le malattie croniche più diffuse in tutto il mondo e rappresentano una delle principali cause di spesa nella popolazione. Il trattamento di queste, infatti, rappresenta tra il 5% e il 10% delle spese sanitarie totali nei paesi industrializzati[1].

Le ultime evidenze scientifiche hanno riscontrato che la patogenesi delle lesioni cariose dello smalto sono dovute ad uno squilibrio del processo fisiologico dato dall'alternanza di fenomeni di demineralizzazione e remineralizzazione a carico dei tessuti duri dentali. La presenza di un pH acido protratto nel tempo porta inevitabilmente alla perdita di minerali che compongono la struttura del dente con conseguente formazione della lesione cariosa[2].

La patologia cariosa della prima infanzia (0/6 anni), si manifesta con una o più lesioni cariose, superfici dentarie otturate o denti mancanti a causa di questa (Figg. 1a-1c). Nei bambini di età inferiore ai 3 anni, qualsiasi segno di lesione cariosa a superficie liscia è indicativo di grave carie della prima infanzia[3] che, se non adeguatamente trattata progredisce rapidamente sino alla perdita prematura dell'elemento dentario deciduo.

La lesione cariosa quando progredisce in modo significativo costringe l'odontoiatra ad intervenire in modo drastico attraverso la demolizione delle strutture dentali coinvolte senza avere la possibilità di intervenire per tempo sulle cause che hanno portato allo sviluppo della lesione.

Nell'odontoiatria moderna è stato inserito il concetto di "intervento minimo invasivo"; un approccio precoce alla lesione cariosa grazie ad una diagnosi precoce, riesce a minimizzare la distruzione delle strutture dentarie oltre alla possibilità di stimolare la remineralizzazione della lesione cariosa[4].

› pagina 13