

Capitolo 1

A. Fiorini
P. Ferrari
S. Giani
G. Prando
M. Nuvina

Diagnosi e piano di trattamento in conservativa

Diagnosi parodontale

Diagnosi di carie

Esami radiografici tradizionali

Esami radiografici con il sistema digitale

Note di fotografia digitale in odontoiatria

Diagnosi parodontale

A. Fiorini

Il piano di trattamento in conservativa non può basarsi sulla sola valutazione del singolo dente da restaurare, ma deve estendersi a una valutazione di tutta la cavità orale, deve cioè essere elaborato un *piano di trattamento globale* che tenga in considerazione sia i tessuti duri che i tessuti molli, considerando il dente come un'unità funzionale costituita da molteplici strutture (Fig. 1.1).

Per *piano di trattamento globale* si intende una serie di procedure decisionali e operative per stilare il piano di trattamento definitivo. Durante la prima visita, oltre a raccogliere i dati anamnestici, bisogna ottenere il consenso alle procedure diagnostico-terapeutiche. Le urgenze devono essere eseguite in una fase precoce, talvolta ancora prima della stesura del piano di trattamento. Esame obiettivo e status radiografico sono gli altri due punti importanti per ottenere un quadro generale

Controllo parodontale

- **Come si fa** sondaggio
radiografie endorali
indici parodontali
- **Quando si fa** sempre prima delle terapie
- **Perché si fa** prognosi e piano di trattamento

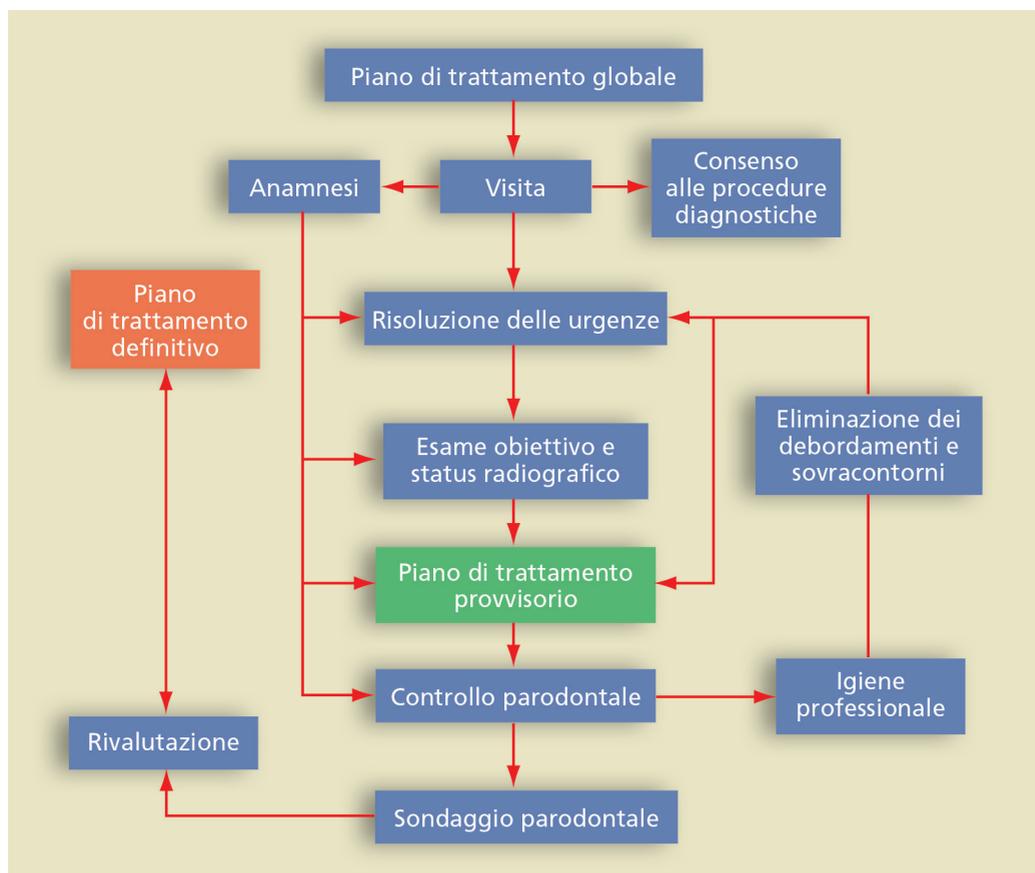


Figura 1.1

Algoritmo del piano di trattamento globale.

preciso, che permetta di stilare un piano di trattamento provvisorio. Il controllo parodontale, che consiste nel sondaggio e nella valutazione degli indici parodontali (sanguinamento e indici di placca), è il momento fondamentale che permette di arrivare alla rivalutazione e quindi al *piano di trattamento definitivo*.

Cenni di anatomia e istologia dell'unità dento-funzionale

Punto chiave della diagnosi parodontale è l'individuazione dei fattori di rischio locali e generali che possono alterare l'anatomia e quindi compromettere la stabilità e addirittura la sopravvivenza del dente.

Le strutture coinvolte in questo processo sono (Fig. 1.2): cemento radicolare, legamento parodontale, osso alveolare propriamente detto.

Nel 1961 Gargiulo, Wentz e Orban hanno descritto il concetto di *ampiezza biologica* co-

• Cemento	Tessuto mesenchimale calcificato che ricopre la radice anatomica del dente.
• Legamento parodontale	Struttura di tessuto connettivale che circonda la radice e la connette all'osso.
• Ossso alveolare propriamente detto	Ossso che circonda la cavità radicolare. La parte in cui si inseriscono le fibre si chiama osso compatto visibile radiologicamente come una sottile linea di maggiore addensamento radiologico.

Fibre principali

• Transettali	da cemento a cemento di denti adiacenti
• Crestali	dalla cresta alveolare all'epitelio giunzionale
• Orizzontali	dal cemento all'osso alveolare lungo l'asse del dente
• Oblique	dal cemento all'osso in direzione coronale
• Apicali	dal cemento all'osso in zona apicale
• Inter-radicolari	dal cemento all'osso nelle zone inter-radicolari

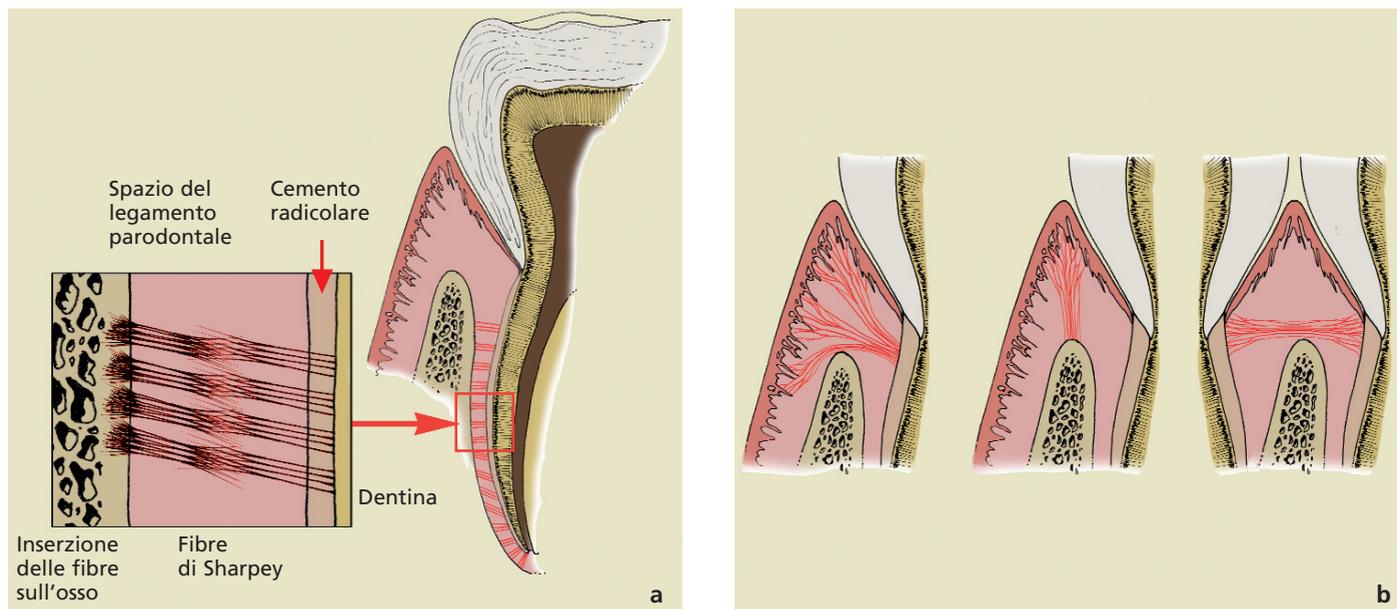


Figura 1.2

Istologia e schema del legamento parodontale con la raffigurazione delle fibre che connettono il dente all'osso tramite il cemento radicolare. Le fibre che vanno dalla cresta ossea alla superficie della gengiva sono quelle che conferiscono l'aspetto a buccia d'arancia della gengiva in modo proporzionale alla loro quantità.

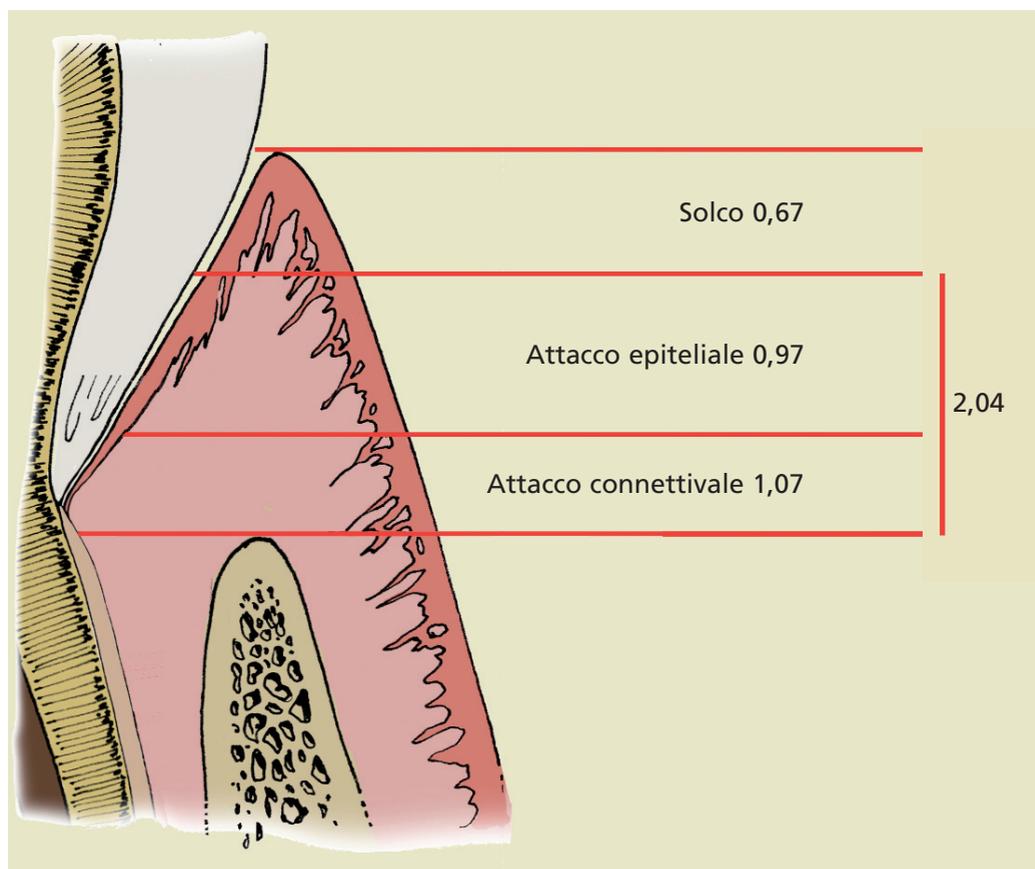


Figura 1.3

Ampiezza biologica.

me uno spazio di circa 2 mm, rappresentato dalla somma dell'attacco connettivale e dell'attacco epiteliale, dimensione inviolabile ai fini della salute dento-parodontale (Fig. 1.3). Un'importante variabile anatomica è rappresentata dalla disposizione della giunzione smalto-cemento; nel caso in cui il cemento non raggiunga lo smalto (Fig. 1.4a) lasciando scoperta una piccola quantità di dentina, aumenta la probabilità di aggressione da parte dei batteri, degli agenti chimici e meccanici. In questa situazione è più facile riscontrare recessioni gengivali ed erosioni della dentina radicolare scoperta (Fig. 1.5).

Figura 1.4

Raffigurazione schematica delle variabili anatomiche della distribuzione della giunzione smalto-cemento.

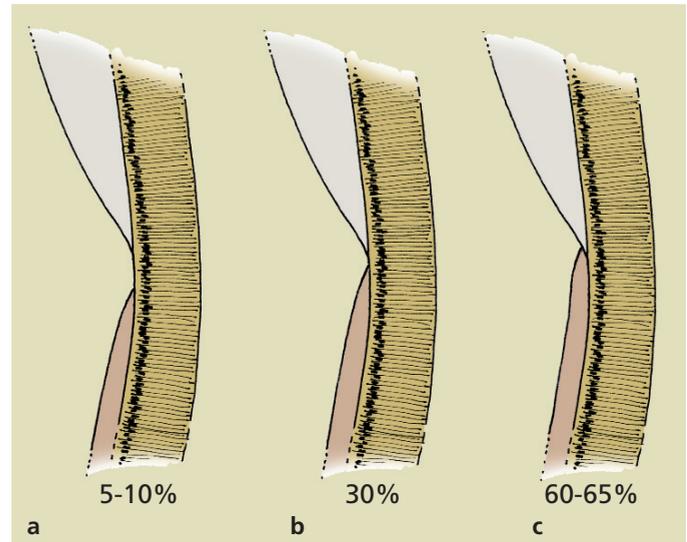
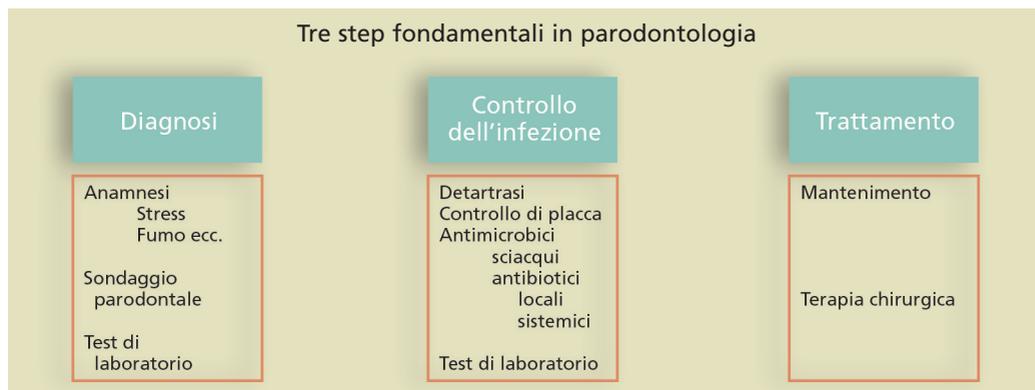


Figura 1.5

Recessioni gengivali e scoperta delle radici. La paziente presenta una giunzione smalto-cemento non continua (vedi Fig. 1.4a) favorendo l'instaurarsi di un'alterazione dei tessuti molli con lesioni più pronunciate a sinistra perché essendo destrorsa lo spazzolamento è più energico nella parte sinistra della bocca.





Diagnosi

In parodontologia i punti fondamentali sono tre: la diagnosi, il controllo dell'infezione e il trattamento, che saranno trattati di seguito.

Anamnesi

L'anamnesi, oltre a essere un importante momento di raccolta dei dati generali del paziente e della sua storia clinica, consente l'individuazione dei fattori sistemici e locali o di patologie che possono portare ad alterazione dell'equilibrio del cavo orale (Figg. 1.6-1.11): stress, fumo, scarsa igiene orale, tossicodipendenze, danni iatrogeni.



Figura 1.6

La paziente, a causa di una grave degenerazione neurologica, assume farmaci antiepilettici e ha difficoltà motorie che non permettono una corretta igiene orale. In questo caso è indicata una terapia di mantenimento con richiami di igiene orale professionale frequenti. Manovre più aggressive non sono consigliate a causa dell'impossibilità al mantenimento da parte della paziente e alla rimozione della causa della patologia.



Figura 1.7

L'abuso di farmaci e le tossicodipendenze in generale determinano atteggiamenti e patologie tali da inficiare l'efficacia della terapia a causa sia dell'impossibilità di un rapporto corretto medico-paziente sia per gli atteggiamenti non collaborativi nelle fasi operative.



Figura 1.8

Giovane paziente con livello igienico scarso o assente. All'esame obiettivo si rileva la presenza di una colata di materiale composito, eseguita al di sopra del tartaro, al fine di cercare di mantenere in sede i centrali inferiori. In questo caso la terapia, sia pur eseguita in urgenza, è scorretta; la rimozione del tartaro deve precedere qualunque altro intervento.



Figura 1.9

Radiografia del caso della figura precedente.



Figura 1.10

Un esame obiettivo superficiale fa pensare a un caso di malattia parodontale.

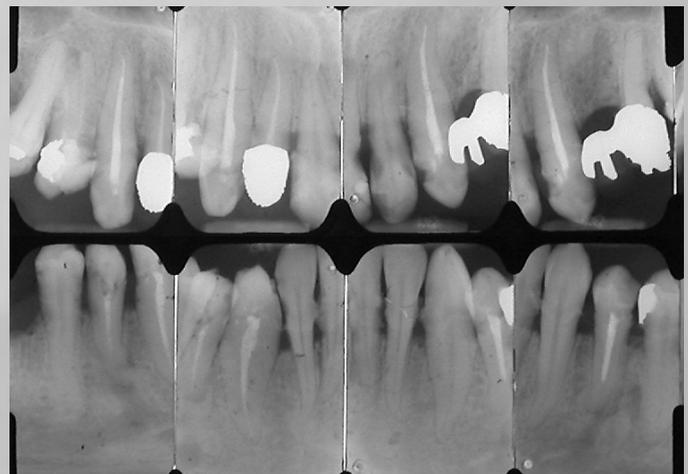


Figura 1.11

L'esecuzione di uno status radiografico mette in evidenza l'assenza di tale patologia e la presenza di restauri incongrui che impediscono l'esecuzione di un sondaggio parodontale corretto (vedi Fig. 1.10). Durante le manovre di igiene orale professionale è necessario rimuovere i debordamenti per permettere così il ricondizionamento dei tessuti molli.

Sondaggio parodontale

Il sondaggio parodontale è stato e continua a essere un importante fattore per determinare la presenza e la severità della malattia parodontale (Fig. 1.12).

Nella formulazione della diagnosi è fondamentale eseguire il sondaggio parodontale e la determinazione di tre parametri:

- 1) **profondità di tasca**: distanza misurata dall'apice della sonda (che si trova nel punto più apicale del solco gengivale) al bordo gengivale. Durante l'infiammazione i tessuti sono molto più lassi rispetto a quelli sani e la sonda penetra più profondamente rispetto alla reale profondità della tasca parodontale (parametro clinico). Il sondaggio eseguito prima della terapia causale presenterà misurazioni più profonde rispetto alla realtà; il fondo della tasca non è un punto di riferimento per valutare la perdita di attacco parodontale reale (parametro istologico);
- 2) **livello di attacco**: distanza tra la giunzione smalto-cemento e il punto più apicale del solco gengivale. Appare ovvio che livello di attacco e profondità di tasca hanno la stessa misura solo quando il bordo gengivale e la giunzione smalto-cemento corrispondono;
- 3) **sanguinamento al sondaggio**: è un indice di infiammazione e non fornisce, da solo, informazioni sul grado di aggressività della malattia.

Profondità di tasca	PPD (Probing pocket depth)
Livello di attacco	PAL (Probing attachment level)
Sanguinamento al sondaggio	BOP (Bleeding on probing)

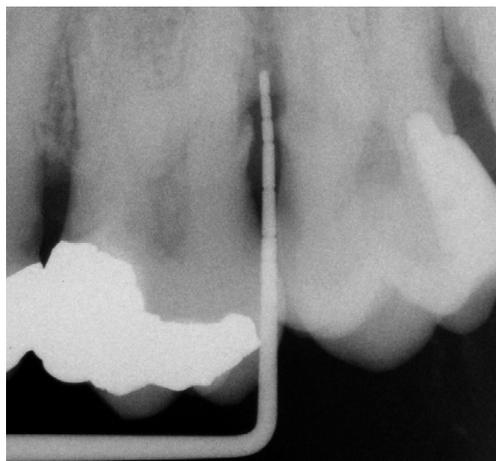


Figura 1.12

Esempio radiografico di un sondaggio parodontale.



Figura 1.13

Esempio di una tasca non sondabile per l'impedimento causato dal debordamento del restauro.

Parametri del sondaggio parodontale

Modalità di sondaggio

- Pressione
- Punti di sondaggio
- Sondaggio delle biforcazioni

Variabili del sondaggio

- Pressione
- Stato dei tessuti
- Tipo di sonda

Maynard e Wilson nel 1979 hanno dimostrato che la violazione dell'ampiezza biologica con un restauro è assimilabile alla malattia parodontale. La figura 1.13 mostra come in seguito a un restauro incongruo si verifichi un posizionamento più apicale della cresta ossea come nel caso di malattia parodontale.

Il sondaggio parodontale deve rispettare alcuni parametri (pressione, punti di sondaggio) ricordando che le misurazioni sono influenzate da alcune variabili dovute all'operatore (pressione) ed altre indipendenti dall'operatore (tipo di sonda, stato dei tessuti molli) (Figg. 1.14-1.16).

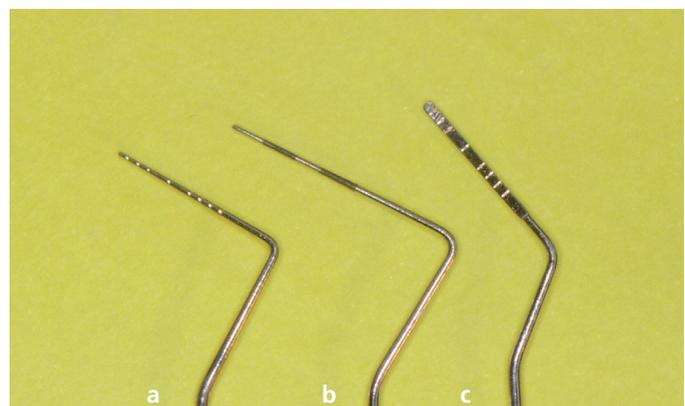
La preparazione iniziale (terapia causale) con la rimozione contemporanea delle cause di infiammazione (tartaro e debordamenti) permette di migliorare lo stato dei tessuti molli che si presenteranno più tonici alla rivalutazione del sondaggio. Ciò spiega come, anche in presenza di tasche, durante la rivalutazione, sia possibile rilevare una misurazione di sondaggio inferiore rispetto a quella iniziale pur in assenza di un guadagno di attacco (Figg. 1.17 e 1.18).

Si ricorda che nel riportare sulla cartella clinica del paziente i dati del sondaggio è buona regola inserire anche notizie relative alla mobilità del dente e allo stato dei tessuti (recessioni) oltre agli altri parametri già descritti (Figg. 1.20 e 1.21).

Nel riportare sulla cartella parodontale (Fig. 1.21) la descrizione dello stato del sondaggio delle biforcazioni si useranno i termini di 1°, 2° e 3° grado. Un sistema efficace per visualizzare rapidamente lo stato delle biforcazioni è quello di indicare sul dente schematizzato un simbolo come si vede nella figura 1.1.9.

Figura 1.14

La sonda di Williams (a) è più facilmente leggibile, molto sottile e intuitiva perché i riferimenti della profondità di sondaggio sono disposti a 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 10 mm. Preferibile quindi rispetto ad altre sonde più piatte e molto larghe, che possono rendere più difficoltoso il sondaggio (c) o altre ancora con tacche colorate a 3, 6, 9, 12 (b).



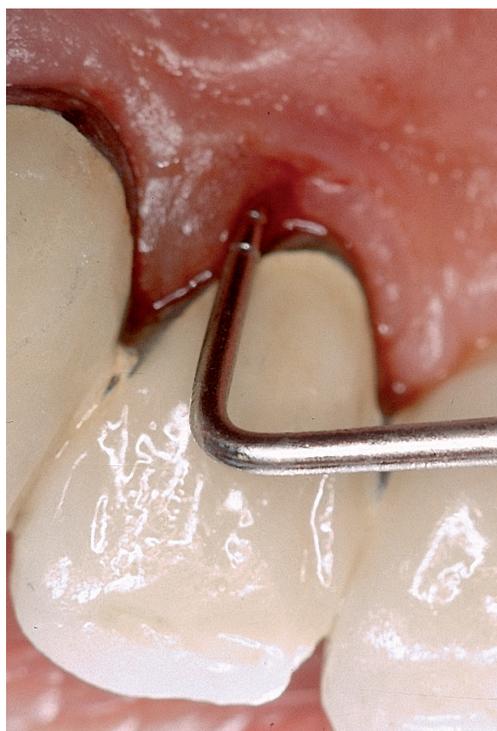


Figura 1.15

Stato dei tessuti. In uno stato infiammatorio i tessuti sono più lassi ed è facile approfondire la sonda oltre il livello della profondità di tasca, rilevando così un dato non reale.

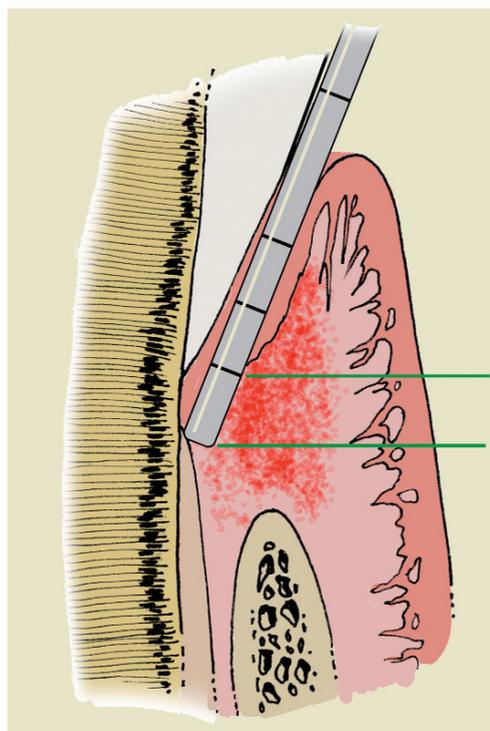


Figura 1.16

Rappresentazione schematica dello stato dei tessuti con presenza di una cellularità infiammatoria che permette alla sonda di penetrare nei tessuti facilmente sanguinanti.



Figura 1.18

Esempi di sondaggio nei tre punti vestibolari (a, b, c) e nel punto palatale (d).

In caso di ascesso (Fig. 1.22) il sondaggio non è significativo; una sonda inserita in questa zona penetrerà oltre la profondità di tasca e non ci darà nessuna indicazione utile. In una situazione di gengivite marginale (Fig. 1.23) un sondaggio di 4-5 mm potrebbe tornare a essere normale (inferiore ai 3 mm), dopo l'eliminazione della causa infiammatoria, per la riduzione dell'edema dei tessuti.

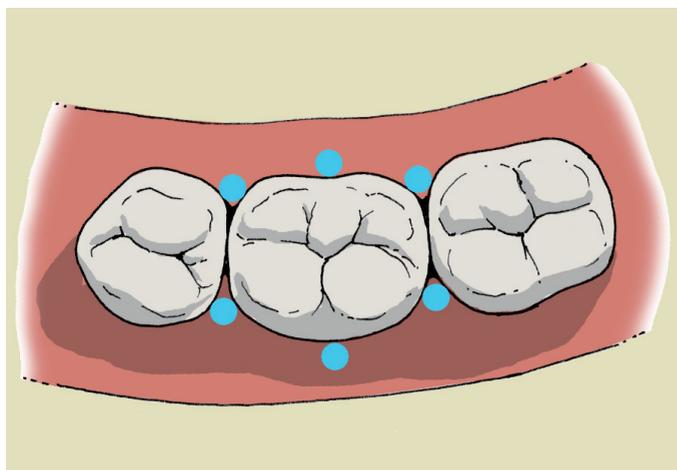


Figura 1.17

Punti di sondaggio. La situazione con sei punti (2 mesiali, 2 distali, uno vestibolare e uno linguale) è compatibile con un corretto standard operativo. La sonda deve scorrere nel solco durante il passaggio da un punto all'altro e scivolare lungo la parete del dente per poter rilevare eventuali asperità o anomalie.

Figura 1.19

Zone di sondaggio nelle forcazioni e da riportare in cartella parodontale.

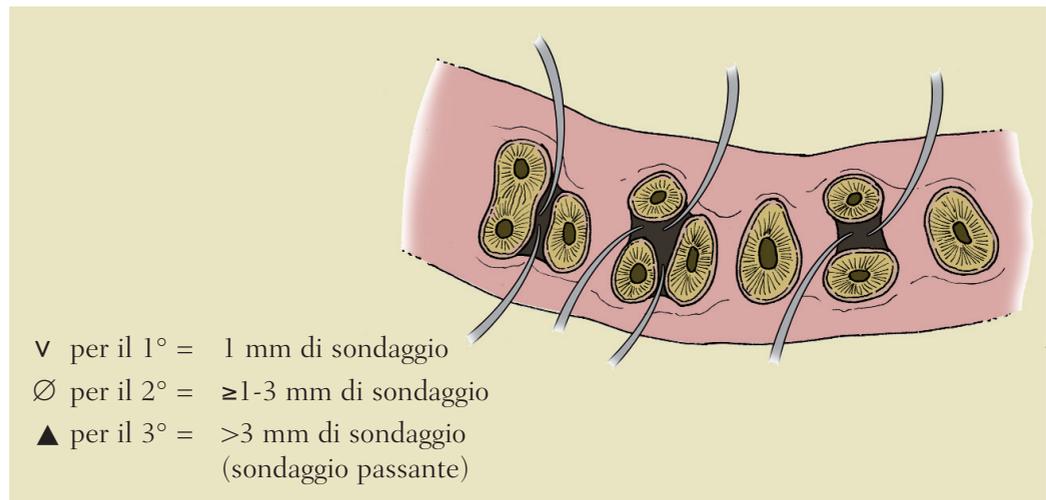


Figura 1.20

Una sonda curva (Naber) permette di entrare all'interno delle forcazioni. (a) Sondaggio della biforcazione vestibolare del molare superiore. (b) Sondaggio della biforcazione tra radice distale e radice palatina (di solito tale misurazione viene eseguita dal lato vestibolare). (c) Sondaggio della biforcazione tra la radice palatina e la radice mesiale (di solito tale misurazione viene eseguita dal lato palatino). (d) Sondaggio della biforcazione del primo premolare superiore.

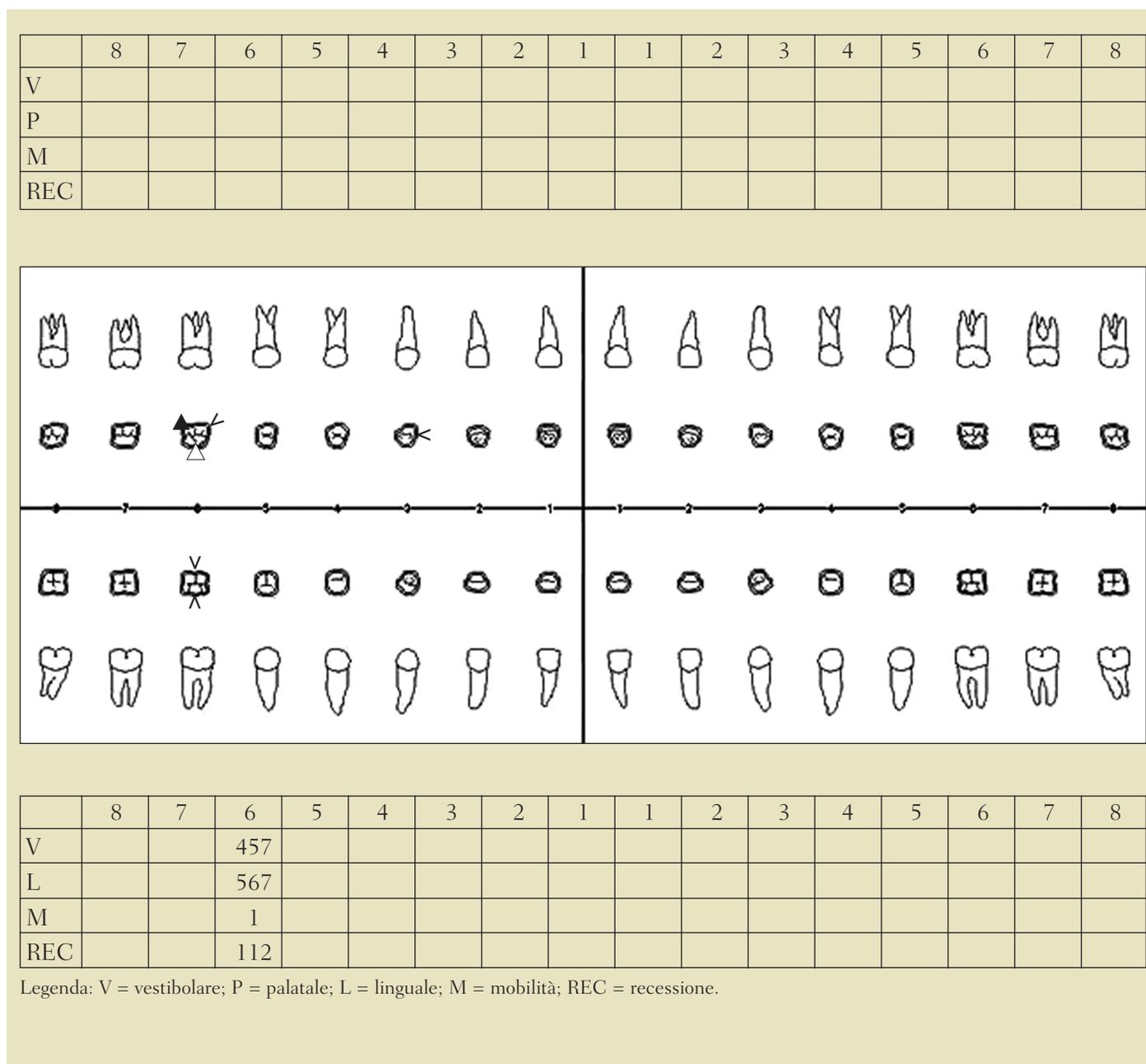


Figura 1.21

Esempio di cartella parodontale.

Diverso è il caso in cui l'infiammazione sia imputabile a una frattura verticale; la sonda parodontale penetra profondamente solo nel punto di frattura per l'assenza del legamento e non per la lassità dei tessuti (Fig. 1.24).

Una tale rilevazione è indicativa di una frattura verticale anche in assenza di infiammazione e/o di evidenza radiografica.

Sondaggio parodontale



Figura 1.22

Stato dei tessuti. In questo caso di ascesso la sonda penetra oltre la PPD.



Figura 1.23

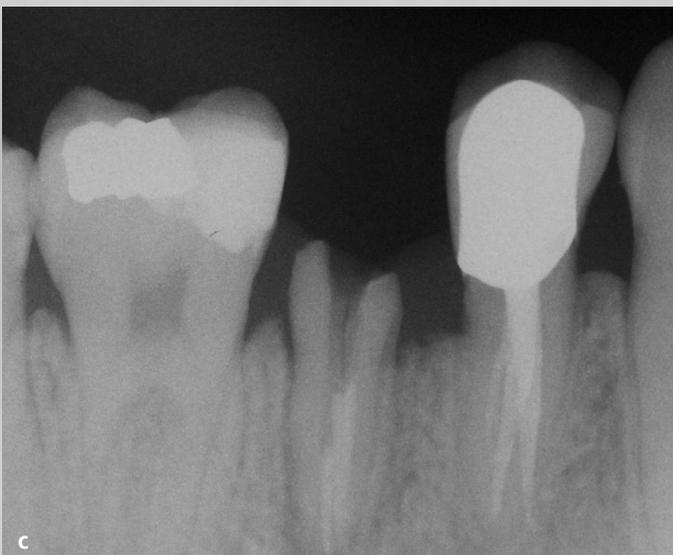
Stato dei tessuti. In questo caso di gengivite marginale il sondaggio tornerà < 3 mm dopo la risoluzione dell'edema.



a



b



c



d



e

Figura 1.24

Frattura verticale con dislocazione del perno e della corona. La sonda penetra nel punto di frattura per l'assenza del legamento.

Le radiografie

L'esame radiografico indispensabile per formulare un corretto piano di trattamento è lo status radiografico. Rispetto all'OPT, permette di valutare se la patologia riguarda solo alcuni elementi dentali o se è diffusa (Fig. 1.25). Il piano di trattamento conseguente sarà differente a seconda della causa: difetti generalizzati prevedono trattamenti completi associati alla terapia causale; difetti localizzati vengono risolti trattando solo gli elementi coinvolti. Per completare lo status radiografico è utile eseguire due bite-wing (Fig. 1.26).

Il numero di radiografie e la loro distribuzione del supporto possono variare, per esempio si può prevedere l'esecuzione di 16 radiografie così distribuite per ogni quadrante anche in caso di assenza di denti (Figg. 1.27-1.36):

- molari
- molari + premolari (centratura sui premolari)
- canino
- laterale + centrale.

Figura 1.25

Status radiografico di 16 radiografie.

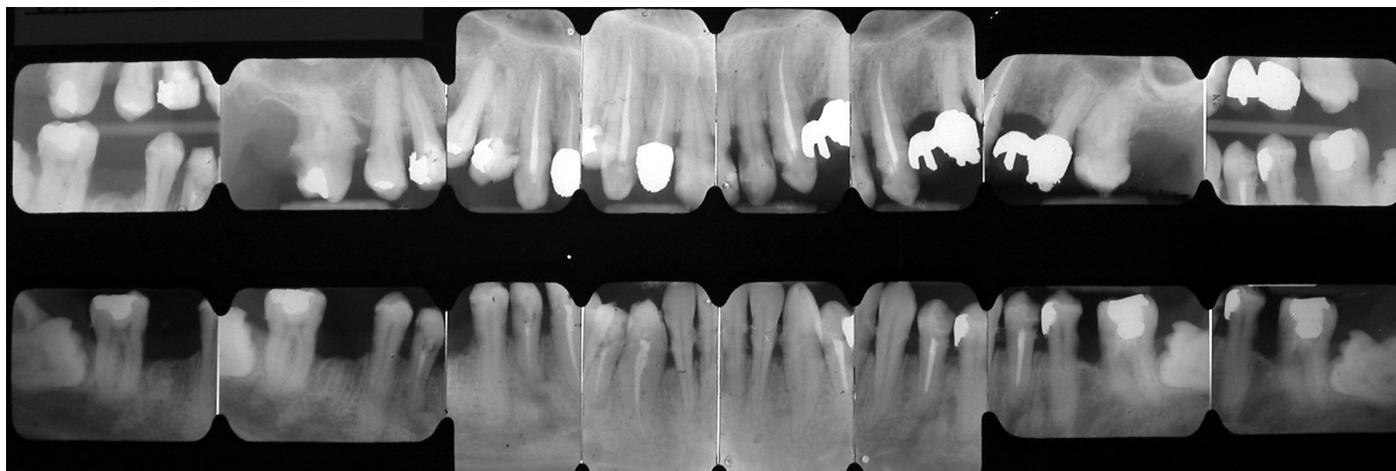
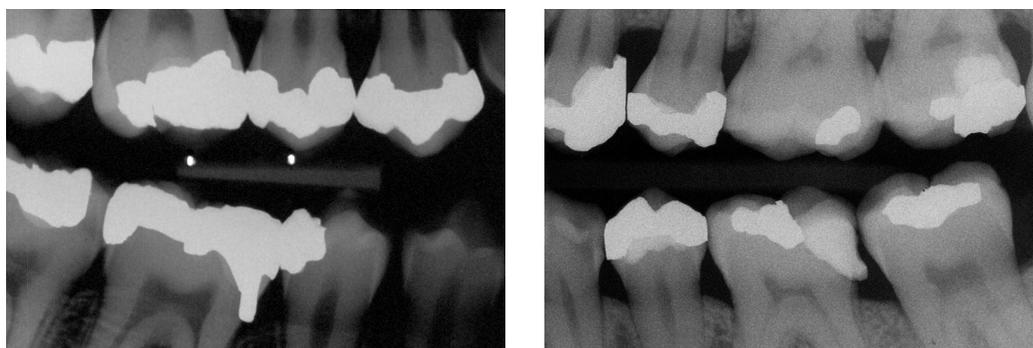


Figura 1.26

Radiografie bite-wing.



Radiografie



Figura 1.27

Grave situazione parodontale legata alla presenza di un corpo estraneo (stuzzicadenti) rimasto in sede per oltre 2 settimane provocando infiammazione con il risultato radiologico di demineralizzazione e un sondaggio molto profondo non associato a malattia parodontale.



Figura 1.28

La rimozione tramite scaling del corpo estraneo ha permesso di ridurre il sondaggio già dopo una settimana, anche se l'immagine radiografica dimostra ancora la presenza di demineralizzazione.



Figura 1.29

Radiografia di controllo a 30 giorni: è visibile una remineralizzazione ossea.



Figura 1.30

Debordamento. La presenza di restauri debordanti che favoriscono l'accumulo di placca crea situazioni parodontali che possono portare alla perdita di osso; la rimozione precoce e l'esecuzione di un restauro corretto limita la perdita di supporto parodontale.



Figura 1.31

Carie sottogengivali. La presenza della carie radicolare, la scarsa igiene e una corona non correttamente eseguita hanno creato le condizioni per l'instaurarsi di una lesione ossea. La rimozione dei fattori causali e il restauro pre-endodontico hanno permesso un rimodellamento dell'osso.

Radiografie



Figura 1.32

(a) Protesi scorrette e perforazioni della camera pulpare possono creare lesioni non sempre rilevabili con la sonda parodontale, che non può essere posizionata in modo corretto a causa del debordamento della corona. (b) La sonda parodontale non può essere posizionata in modo corretto a causa della perforazione della camera pulpare da parte di un pernino.



Figura 1.33

Parodontite cronica. Inutile eseguire una terapia conservativa della carie distale se non viene fatta una valutazione globale; un semplice sondaggio parodontale e le radiografie consentono di individuare la gravissima lesione parodontale: il dente è da estrarre.



Figura 1.34

Pseudotasca parodontale: la sonda parodontale inserita in questa zona misura una profondità di 6 mm. Non è però sufficiente una sola radiografia per impostare un piano di trattamento definitivo.

Radiografie

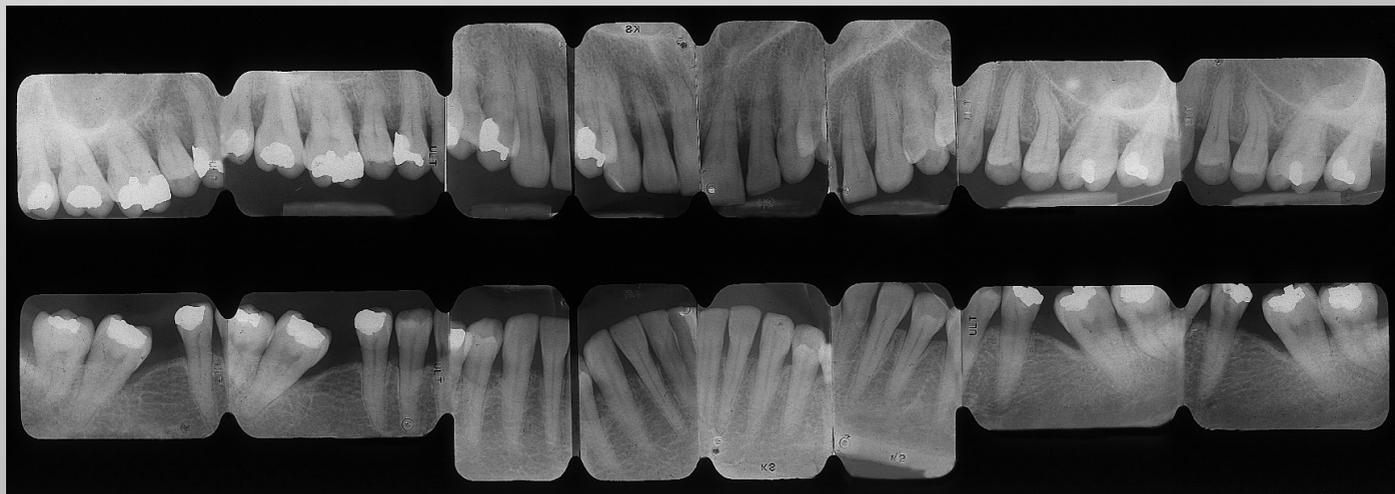


Figura 1.35

Pseudotasche parodontali. Lo status radiografico dello stesso paziente della figura 1.34 dimostra l'assenza di malattia parodontale. Il sondaggio di 6-7 mm non è legato a una lesione, ma a una differenza di picchi ossei dovuta alla mesio-inclinazione dell'elemento dentale. La terapia non è parodontale ma chirurgica (estrazione degli ottavi) e ortodontica (up-righting dei settimi) seguita da terapia protesica o implantologica.



Figura 1.36

Carie a livello della cresta ossea: da un punto di vista parodontale la violazione dell'ampiezza biologica impone un intervento di allungamento di corona clinica. Quando possibile è preferibile eseguire prima la ricostruzione pre-endodontica e la terapia canalare.

Test di laboratorio

I test di laboratorio possono essere utili nella diagnosi eziologica della terapia parodontale. Sono facilmente eseguibili inserendo all'interno dei siti attivi delle tasche parodontali dei coni di carta sterili (Fig. 1.37) conservati all'interno di contenitori adeguati e spediti al laboratorio microbiologico, che provvederà all'esecuzione dei test (Fig. 1.38).



Figura 1.37

Siti attivi delle tasche parodontali con coni di carta sterili per l'esecuzione dei test di laboratorio.

L'European Workshop on Periodontology (2002) ha stabilito quali sono gli agenti eziologici maggiormente responsabili della malattia parodontale. Gli stessi batteri sono presenti anche nella mucosa orale e la loro presenza o assenza è un indice di aggressività della malattia: infatti in accordo con il III European Workshop on Periodontology (1999), oltre al termine di parodontite cronica, si trova anche il termine di parodontite aggressiva.

- Actinobacillus actinomycetemcomitans*
- Porphyromonas gingivalis*
- Prevotella intermedia*
- Bacteroides forsythius*
- Campylobacter rectus*

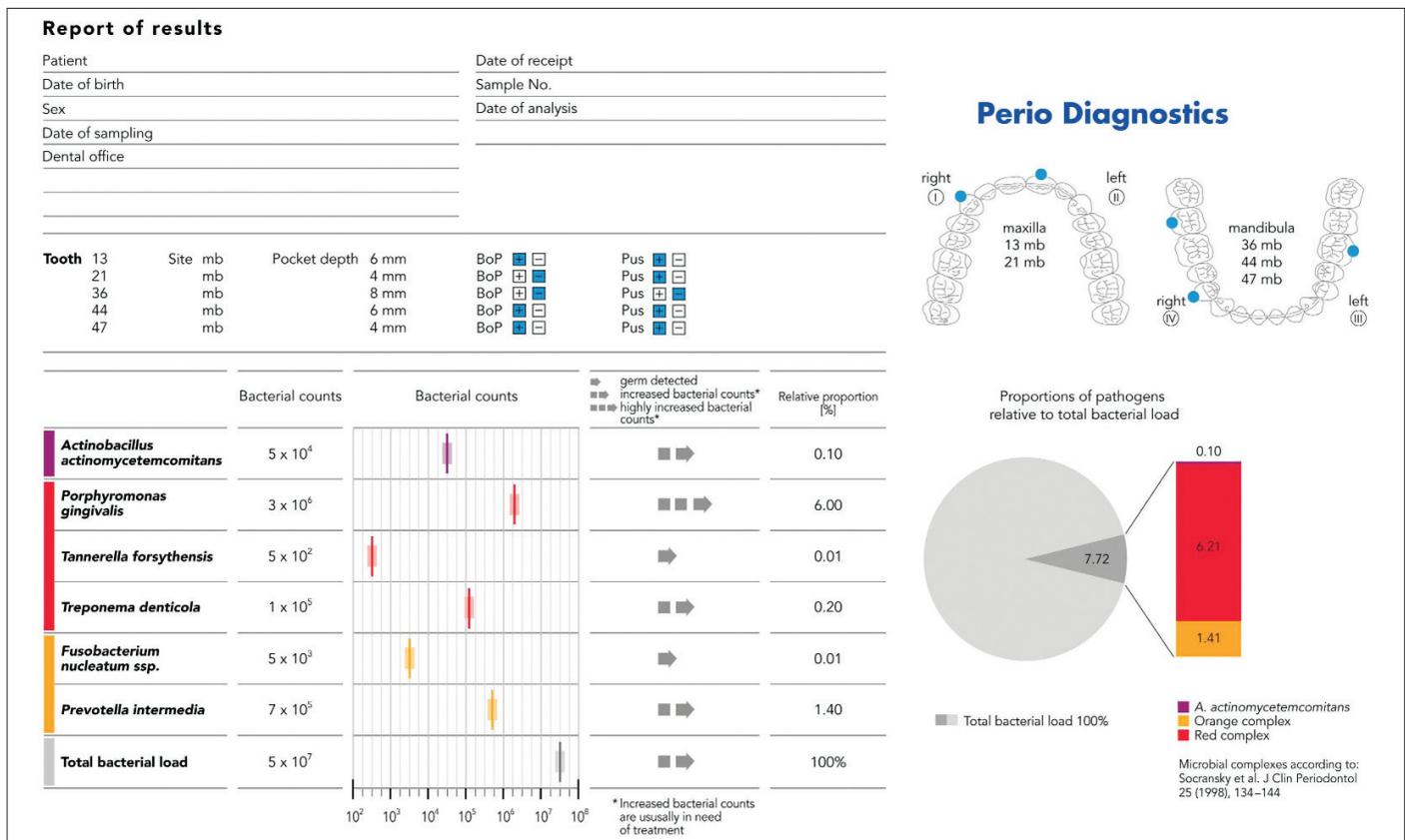


Figura 1.38

Report dei test di laboratorio.

Controllo dell'infezione

L'infezione può essere tenuta sotto controllo tramite la detartrasi, l'eliminazione della placca e un'accurata igiene orale, l'uso di antimicrobici sotto forma di sciacqui e di antibiotici (locali e sistemici). La valutazione del risultato ottenuto viene fatta con i test di laboratorio.

Trattamento

Una volta portati a termine i vari aspetti diagnostici e la preparazione iniziale è possibile stabilire le modalità del trattamento:

- richiamo periodico del paziente (mantenimento)
- trattamento chirurgico.

Gli obiettivi terapeutici sono l'eliminazione e il controllo locale e sistemico dei fattori eziologici al fine di ristabilire una microflora orale che sia compatibile con uno stato di salute. Un restauro debordante altera la microflora perché rende impossibile pulire in maniera corretta la zona mantenendo uno stato infiammatorio.

Fase eziologica

Ristabilire una flora orale favorevole, eliminare i difetti parodontali e infine ripristinare una anatomia parodontale e dentale sono la premessa per poter restaurare la funzione e la forma anatomica e mantenere una corretta igiene orale domiciliare.

Obiettivi terapeutici

- **Fase eziologica**

Ristabilire una microflora compatibile con uno stato di salute

Risolvere lo stato infiammatorio

Ristabilire uno stato locale favorevole

Eliminare i difetti parodontali

Ripristinare l'anatomia dentale

e parodontale

- **Fase riparativa**

Rigenerare

Ricostruire di tessuti perduti

Ripristinare l'estetica

Mantenere lo stato di salute

Eliminare o controllare i fattori eziologici



Figura 1.39

Fenotipo gengivale sottile e festonato.



Figura 1.40

Status iniziale.



Figura 1.41

Terapia causale e lucidatura.



Figura 1.42

Mock-up per lo studio dell'estetica.



Figura 1.43

Cementazione delle faccette in ceramica feldspatica.



Figura 1.44

Fenotipo gengivale spesso e poco festonato.

In presenza di un tessuto sottile, la corretta igiene orale permette il mantenimento delle strutture e degli elementi dentali (Fig. 1.39).

In tali pazienti l'equilibrio del sistema dento-parodontale è molto delicato e in presenza di manovre di igiene orale scorrette o troppo aggressive non è infrequente trovarsi di fronte a recessioni o alterazioni del profilo della festonatura gengivale.

La situazione dei tessuti duri (carie), lo stato delle gengive (recessioni) e la loro morfologia (fenotipo) orientano la scelta terapeutica; per esempio l'esecuzione di faccette in ceramica in certi casi evita di interferire sul parodonto marginale (Figg. 1.40-1.43).

I pazienti con fenotipo spesso e poco festonato (Fig. 1.44) hanno minori probabilità di recessione gengivale e maggiore resistenza ai traumi della masticazione e delle manovre igieniche. Sebbene sia presente una manifestazione infiammatoria tale situazione può essere ricondotta alla normalità con una igiene orale corretta.

Fase riparativa

La terapia causale è una fase fondamentale in parodontologia e deve essere eseguita prima di qualunque manovra terapeutica.

Una volta ristabilito uno stato di "salute parodontale" è necessario mantenerlo con l'esecuzione di richiami periodici di igiene professionale che varieranno in funzione della situazione dento-parodontale e della capacità di igiene orale domiciliare.

Lo stato di salute parodontale permette di passare dal piano di trattamento provvisorio a quello definitivo. La terapia chirurgica parodontale applicata alla conservativa prevede prevalentemente interventi di allungamento di corona a causa di fratture o carie sottogengivali.

Allungamento di corona clinica

L'allungamento di corona clinica è una manovra chirurgica che permette di riposizionare più apicalmente il livello di attacco parodontale al fine di rendere possibile un re-

Applicazioni terapeutiche in conservativa

- **Mantenimento dell'igiene parodontale**

Tempi variabili di richiamo

- **Allungamento di corona clinica**

Frattura

Carie

stauo nel rispetto dell'ampiezza biologica. La presenza di carie o la frattura di cuspidi può essere classificata in tre quadri clinici:

- sopragengivale
- intrasulcolare (coinvolgimento dell'attacco epiteliale) (Fig. 1.45)
- sottogengivale sottocrestale (coinvolgimento dell'attacco parodontale) (Figg. 1.46 e 1.47; 1.48).



Figura 1.45

Frattura sottocrestale. Il restauro sarà possibile solo dopo l'intervento di osteoplastica per riposizionare apicalmente la cresta ossea. (a) L'incisione anticipa la festonatura del margine gengivale. (b) L'osso attorno a questo dente è stato rimodellato. (c) Si apprezza il margine del lembo palatino a livello più apicale. Il restauro può essere eseguito anche durante l'intervento o rimandato a una seduta successiva.



Carie sottocrestale

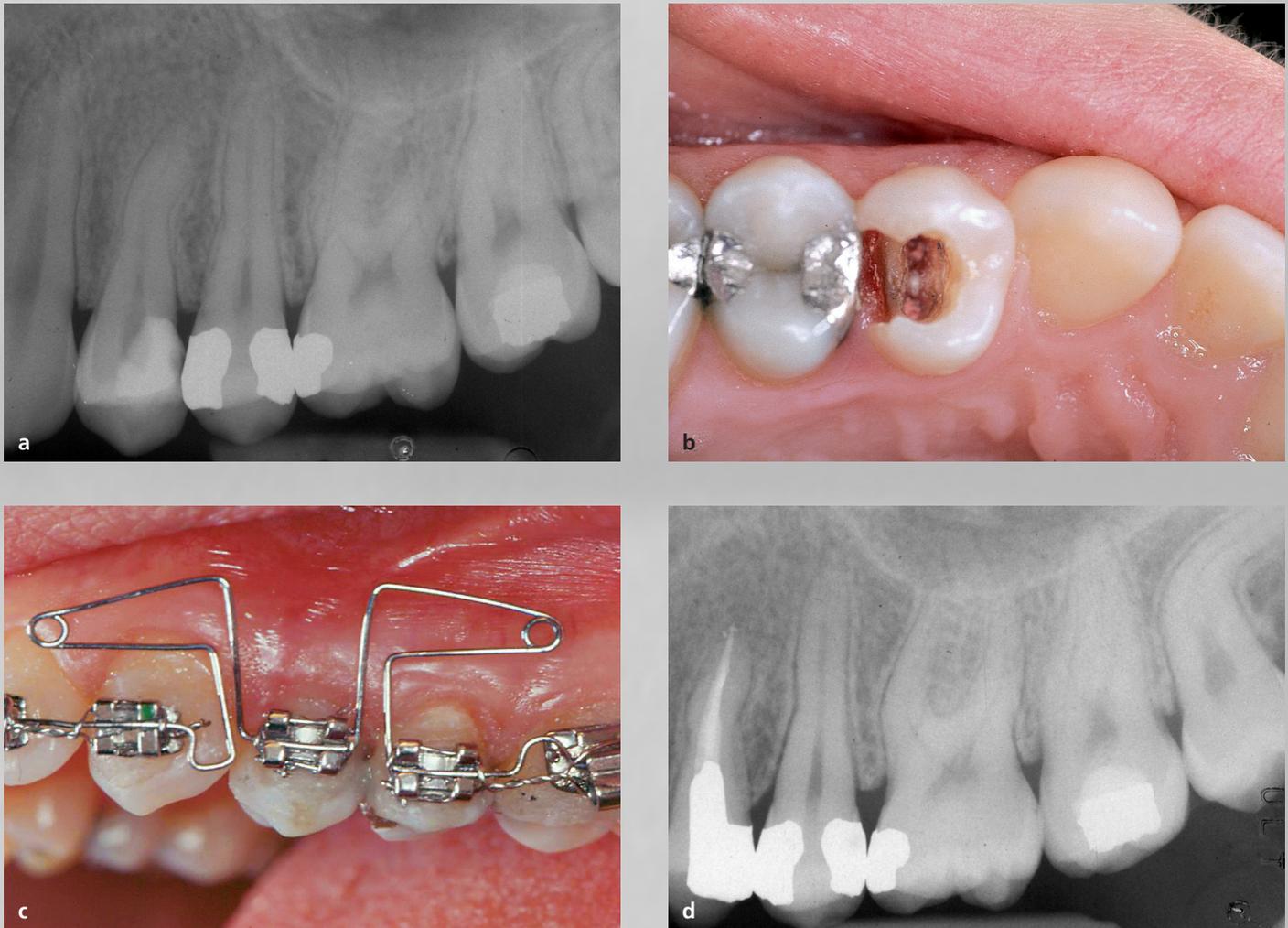


Figura 1.46

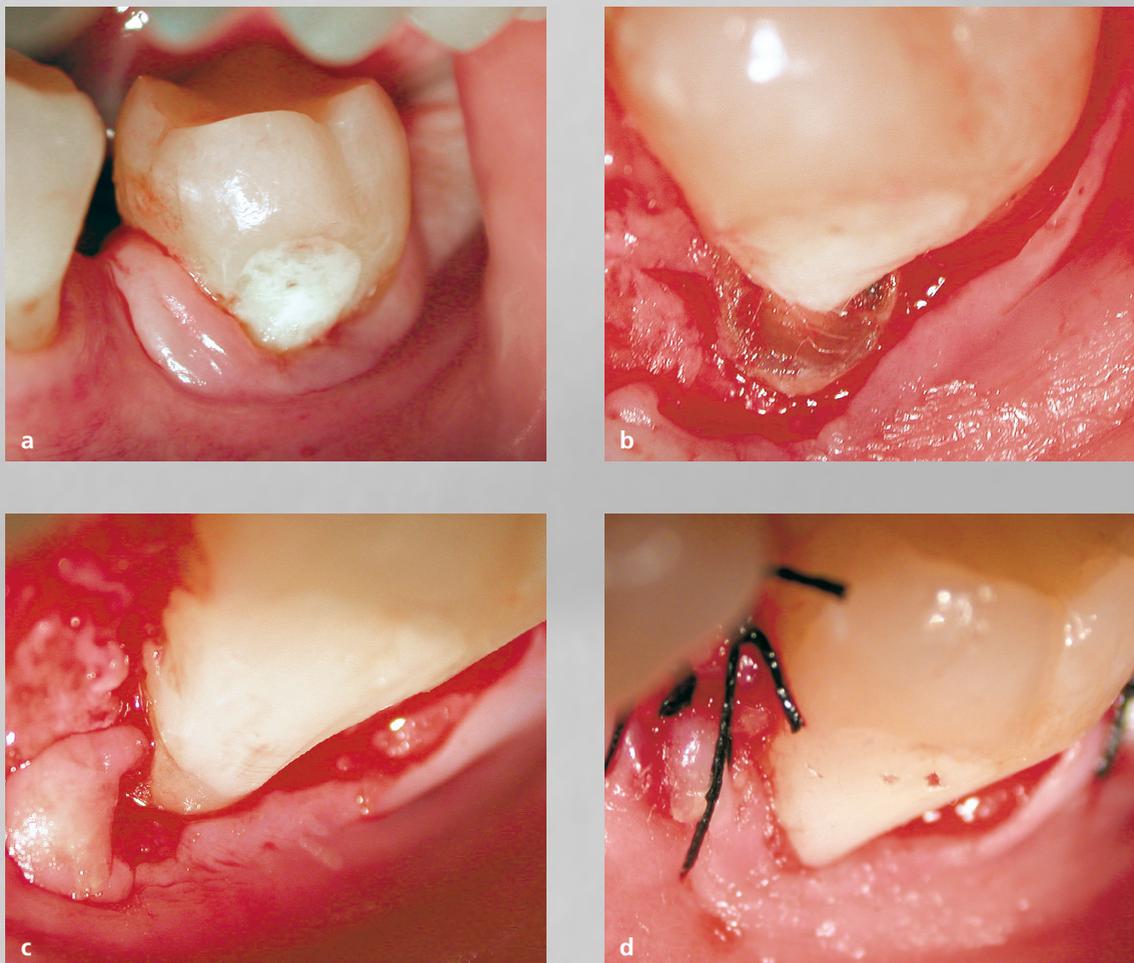
Carie al di sotto della cresta. (a, b) È un caso più complesso che prevede un intervento multidisciplinare. L'elemento necessita di una terapia endodontica a cui si deve far precedere una ricostruzione provvisoria per permettere l'esecuzione di tale terapia. Il gradino cervicale del dente, posto troppo vicino alla cresta ossea, richiede un allungamento di corona clinica il cui esito porterebbe alla compromissione dell'estetica a causa dell'alterata festonatura gengivale. (c) Per garantire un miglior risultato estetico si fa precedere alla chirurgia parodontale un trattamento ortodontico estrusivo. (d) Il risultato del movimento estrusivo è ben evidenziato dalla radiografia.

Carie sottocrestale



Figura 1.47

(a, b) L'allungamento di corona clinica permette di rimodellare il margine osseo. (c) Riposizionamento apicale della gengiva senza alterare il livello della festonatura. (d) Controllo a distanza di 6 anni che mostra il mantenimento del risultato.

Restauro sottocontornato**Figura 1.48**

Restauro sottocontornato. (a) Durante la visita viene riscontrato un impedimento al sondaggio parodontale legato alla presenza di un restauro vestibolare sottocontornato. (b) Il lembo esplorativo permette di valutarne l'entità. (c) Corretto restauro effettuato durante l'intervento. (d) Riposizionamento apicale del lembo.

Due casi clinici simili a confronto

Caso 1



Figura 1.49

Carie distruttiva di un elemento deciduo con agenesia del permanente. Il piano di trattamento in una paziente giovane (15 anni) impone la conservazione dell'elemento.

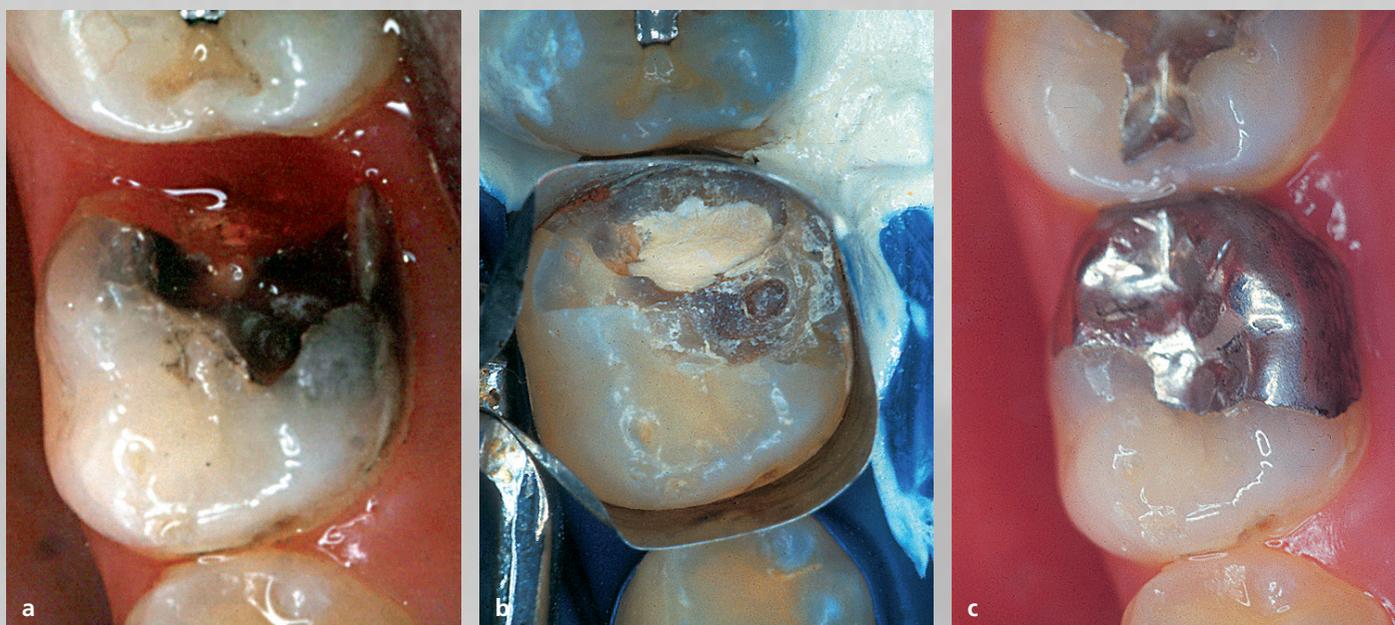


Figura 1.50

(a) Nonostante l'aspetto clinico e la vicinanza del gradino cervicale alla cresta ossea si riesce ad ottenere un buon isolamento del campo operatorio con la diga di gomma e l'utilizzo di un isolante. (b) Posizionamento di una matrice metallica. (c) Il restauro è eseguito in amalgama e il controllo a distanza di un anno dimostra la funzione dell'elemento ristabilito.



Figura 1.51

A causa di un ascesso a 2 anni di distanza si esegue un trattamento endodontico. La radiografia mostra il mantenimento del sigillo al margine cervicale ottenuto senza intervento di allungamento di corona clinica.

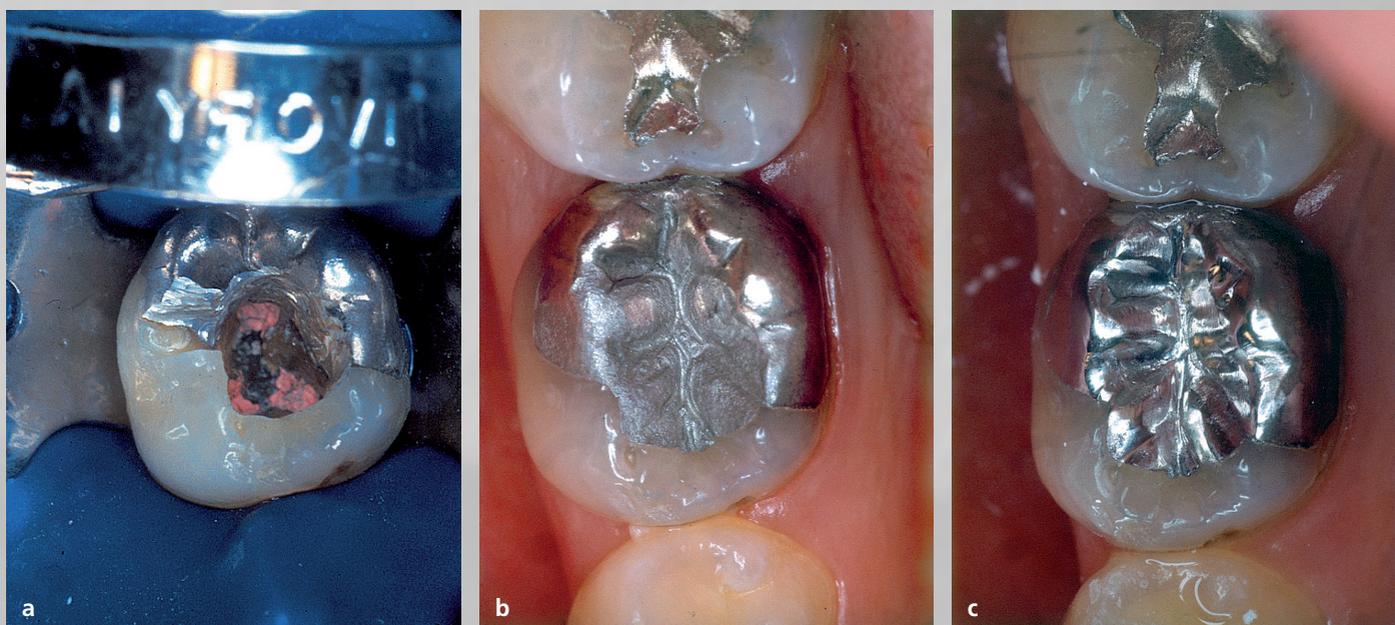


Figura 1.52

(a) L'accesso endodontico è eseguito attraverso il precedente restauro mantenendone la cresta marginale. (b) Si procede ad un patch di amalgama. (c) Viene ripristinato il restauro e ristabilita la funzionalità del dente.



Figura 1.53

(a) A distanza di altri 4 anni la presenza di una nuova carie rende impossibile l'esecuzione di un nuovo restauro. (b, c, d) Il restauro deve essere preceduto da un intervento chirurgico di allungamento di corona clinica e dalla contemporanea ricostruzione pre-protetica del moncone. (e) Si posiziona un restauro provvisorio durante il periodo di maturazione dei tessuti a cui segue quello definitivo. (f) I risultati ottenuti sono apprezzabili nel controllo radiografico a distanza di 10 anni dall'intervento.

Caso 2



Figura 1.54

(a) Il caso è del tutto sovrapponibile al precedente. (b) Le migliori condizioni parodontali hanno permesso di risolvere con una semplice gengivectomia l'accesso alla lesione cariosa.

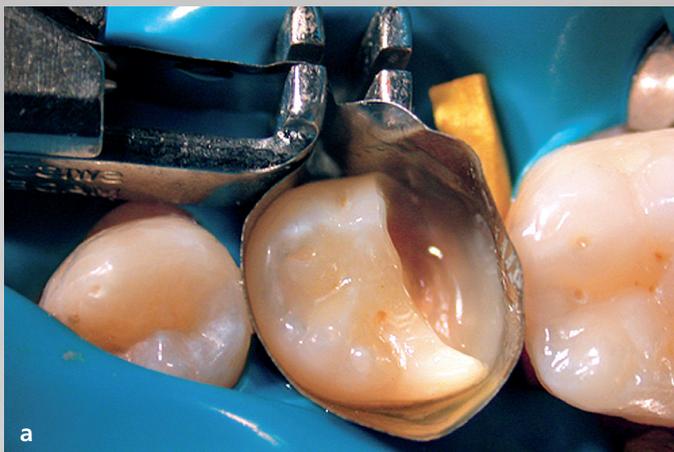


Figura 1.55

(a) Isolamento tramite diga di gomma e matrice. (b, c) Ricostruzione dell'elemento con tecnica diretta in materiale composito e controllo occlusale. (d) La ricerca del posizionamento corretto del punto di contatto nel rispetto dell'ampiezza biologica è fondamentale per l'ottimale guarigione dei tessuti.