

# eBook “Odontoiatria per tutti”



 Studio Odontoiatrico  
Dr. Alessandro Palumbo



*Ebook “Odontoiatria per tutti” a cura dello Studio Odontoiatrico Dott. Alessandro Palumbo*

 Studio Odontoiatrico  
Dr. Alessandro Palumbo

# SOMMARIO

## Introduzione

## Capitolo 1

## Igiene e Prevenzione

---

A CURA DELLA DOTT.SSA GIULIA FANTOZZI

## Capitolo 2

## Odontoiatria Conservativa

---

A CURA DELLA DOTT. CHRISTIAN FRASCARELLI

CON LA COLLABORAZIONE DELLA DOTT.SSA GIULIA FANTOZZI

## Capitolo 3

## Odontoiatria Pediatrica

---

A CURA DELLA DOTT.SSA GIULIA CACCIAGRANO

CON LA COLLABORAZIONE DELLA DOTT.SSA GIULIA FANTOZZI

## Capitolo 4

## Implantologia

---

A CURA DEL DOTT. ALESSANDRO PALUMBO

CON LA COLLABORAZIONE DELLA DOTT.SSA GIULIA FANTOZZI

## Capitolo 5

## Ortodonzia

---

A CURA DELLA TIROCINANTE LAUREANDA IN  
ODONTOIATRIA YLENIA DENOVELLIS

CON LA COLLABORAZIONE E SUPERVISIONE DELLA DOTT.SSA GIULIA FANTOZZI

Ebook "Odontoiatria per tutti" a cura dello Studio Odontoiatrico Dott. Alessandro Palumbo



# INTRODUZIONE

Questo lavoro, “**Odontoiatria per tutti**“, nasce dall’idea e dalla volontà del Dottor Alessandro Palumbo di rendere semplice e alla portata di tutti, la spiegazione di argomenti odontoiatrici. Per questo l’ebook si presta ad una lettura “amichevole”.

Lo studio del Dott. Alessandro Palumbo opera nel settore odontoiatrico, con sede a Pescara da più di 30 anni.

La passione per la professione lo ha portato nel tempo a superare la strategia di lavoro: da odontoiatra individuale si è avvalso di un team di professionisti che collaborano per la salute dell’individuo e, là dove non è più possibile, per il ripristino di essa.

**Il team è uno strumento di lavoro finalizzato alla generazione di valore!**

È un valore aggiunto perché ogni singola prestazione viene eseguita dall’operatore più competente, per raggiungere il miglior risultato possibile per il paziente.

Questo lavoro è stato scritto in un momento di pausa forzata, in cui il coronavirus ci ha costretti ad abbandonare il lavoro e a distanziarci fisicamente, ma non con il cuore e con la mente. In questa esperienza abbiamo capito ancora di più il valore del “lavoro”, dello stare al “servizio dei nostri pazienti” ed il “valore del gruppo”.

**“Il gruppo esiste quando gli individui diventano consapevoli che, in qualche modo, il loro destino è collegato a quello del gruppo”.**

In attesa di tornare più motivati di prima abbiamo concentrato le energie nella stesura di questa guida in cui potrete percepire e respirare la passione per il nostro lavoro.

Il team Palumbo è composto da diversi operatori che operano all'interno dell'area di competenza:

## **Ortodonzia-Implantologia e Protesi**



Curriculum vitae **Dott. Alessandro Palumbo**

- Laurea in odontoiatria perfezionato in Università Italiane e all'estero in Ortodonzia Implantoprotesi ed estetica Relatore in congressi nazionali e internazionali.
- Esperto in chirurgia guidata dal computer.
- Docente al Master di 2°livello di implantoprotesi Univ. di Genova

## **Conservativa-Endodonzia e Protesi**



Curriculum Vitae **Dott. Christian Frascarelli**

- Laurea con lode e menzione tesi 1999.
- Ufficiale odontoiatra 1999-2000 all' ospedale Medaglia d'oro di Taranto.
- 2001 frequenza reparto odontoiatria ospedale Popoli
- Corso anatomia chirurgica a Vienna con Prof. Labanca
- Corsi su endodonzia clinica del Prof. Malagnino e corso sui ritrattamenti endodontici del Dott Castellucci e del Dott Perrini

## Prevenzione



Curriculum Vitae **Dott.ssa Giulia Fantozzi**

- Laurea in Igiene Dentale con lode e menzione - università dell'Aquila
- Laurea specialistica in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecnico Assistenziali con lode e menzione - università dell'Aquila
- Autrice di più di 60 articoli su riviste nazionali ed internazionali
- Relatrice a diversi congressi
- Esperienza decennale come Prof. a contratto presso diverse università
- Tesoriere SISIO

## Pedodonzia



Curriculum Vitae **Dott.ssa Giulia Cacciagrano**

- Laureata in Odontoiatria e Protesi dentale con lode e menzione presso l'Università d'Annunzio di Chieti-Pescara
- Attualmente specializzanda in Odontoiatria pediatrica presso la stessa Università, si occupa in particolare di odontoiatria materno-pediatrica
- In costante aggiornamento, attraverso la partecipazione a corsi e congressi.
- Socio ordinario SIOI (Società Italiana di Odontoiatria Pediatrica).

## Tirocinante Laureanda in odontoiatria



**Ylenia Denovellis**

- Laureanda in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università di Chieti e Interna nel reparto di Ortodonzia e Gnatologia presso la clinica universitaria di Chieti.



Assistente alla poltrona: **Elena Bucur**



Segreteria: **Maria Pia Calzaretta**



*A cura della Dott.ssa **Giulia Fantozzi***

## **- CAPITOLO 1 -**

A mia figlia Francesca

*"Per te che hai cambiato la trama della mia vita"*



### **PREVENZIONE E IGIENE ORALE**

L'obiettivo della prevenzione è quello di promuovere uno stile di vita sano, che faciliti la conservazione dello stato di salute, inteso come benessere fisico-mentale e sociale.

In campo odontoiatrico la prevenzione consente di mantenere una buona funzione masticatoria, fonetica ed estetica.

*Ebook "Odontoiatria per tutti" a cura dello Studio Odontoiatrico Dott. Alessandro Palumbo*

 Studio Odontoiatrico  
Dr. Alessandro Palumbo

## MASTICAZIONE



“La prima digestione avviene in bocca”

La masticazione è il processo mediante il quale il cibo viene frantumato dai denti. Poi, grazie all'azione chimica degli enzimi salivari, inizia la scissione dei carboidrati dando origine ad una fase di pre-digestione.

## FONETICA



I denti hanno un importante ruolo nel linguaggio:

- gli incisivi inferiori consentono l'articolazione del fonema “S”;
- gli incisivi superiori la pronuncia dei fonemi “F” e “V”



## ESTETICA



***“Non sapremo mai quanto bene può fare un semplice sorriso”***

*Madre Teresa di Calcutta*

Il sorriso ha un importante impatto sociale a livello psicologico. Sorridere è un gesto semplice ma nello stesso tempo indispensabile nelle nostre vite, nell'amore, nelle amicizie, nel posto di lavoro.

Il sorriso è contagioso: i nostri neuroni specchio, quando vedono qualcuno sorridere, attivano le medesime aree cerebrali che sopprimono la rigidità ed il controllo dei muscoli facciali.

Quindi, se vogliamo migliorare il mondo in cui viviamo, dobbiamo imparare a sorridere per primi.

## OBIETTIVO SALUTE

Deve essere perseguito già dalla nascita per conservare i “denti da latte” fino alla loro fisiologica sostituzione. Ponendo, successivamente, particolare attenzione alla dentizione mista che rappresenta una fase di transizione: in bocca sono presenti sia i denti da latte che quelli permanenti.

Il tutto per accompagnare il ragazzo nel percorso di crescita ed approdare con successo alla dentizione permanente.

L'ideale è intervenire il prima possibile sensibilizzando già la donna in gravidanza.



Durante la vita embrionale e fetale il cavo orale è sterile



Sarà la madre a trasmettere i primi batteri al neonato tramite baci ed effusioni.



La madre dovrebbe avere una bocca sana e curata già prima della gestazione.

*Ebook "Odontoiatria per tutti" a cura dello Studio Odontoiatrico Dott. Alessandro Palumbo*

La gravidanza, pur essendo un momento magico nella vita di una donna, è caratterizzata da cambiamenti fisiologici complessi. Questi ultimi, possono influire sulla salute orale della futura mamma (gengiviti, parodontiti, carie, ecc.) e su quella del nascituro.



**ATTENZIONE** La presenza di parodontiti in gravidanza è stata associata a rischio di parto prematuro e di nascita del bambino sottopeso.

Quindi il mantenimento di condizioni ottimali del cavo orale della donna è fondamentale.

A noi operatori del settore il compito di sensibilizzare i genitori:

- sull'importanza di una corretta alimentazione;
- su tecniche idonee di igiene orale, da attuare già da subito e da modificare man mano che il bimbo cresce.

Il ruolo dell'operatore è anche quello di intercettare eventuali comportamenti scorretti, che potrebbero ripercuotersi gravemente sullo sviluppo armonico non solo della bocca, ma dell'intero apparato stomatognatico (carie da biberon).

Per calmare il "RUGGITO" del Leone....





**ATTENZIONE** Bisogna evitare le "abitudini killer": assunzione di bibite zuccherate (camomilla-finocchio) con il biberon e uso dello zucchero o del miele sul ciucciotto.



**Il risultato potrebbe essere deleterio con gravi conseguenze: dolori, difficoltà di masticazione e di linguaggio, perdita di spazi per i denti permanenti oltre ad un deturpamento estetico.**



### **Come prevenire la carie:**

I genitori hanno il dovere di guidare la crescita armonica dei loro bimbi attraverso:

- una corretta alimentazione;
- un'igiene orale appropriata.



**ATTENZIONE** Alimentazione cosa evitare

- I cibi molto elaborati e raffinati di produzione industriale perché riescono ad espletare un'azione cariogena maggiore rispetto ai "cibi semplici".
- Lo "sgranocchiare" di frequente si rivela un'abitudine scorretta perché crea il presupposto per l'interazione tra due fattori di rischio del processo carioso: l'assunzione incontrollata di zuccheri "fuori pasto" e l'impossibilità al termine di questa di eseguire ogni volta un'igiene orale adeguata.

- I cibi viscosi ed appiccicosi come ad esempio le caramelle gombose perché prolungano il tempo di permanenza dell'alimento nel cavo orale.
- Le bibite dolci perché hanno un'azione decalcificante a carico dei tessuti dentari. Alcune, oltre ad essere dolci e quindi ricche di zuccheri, contengono acido fosforico che abbassa ulteriormente il pH orale.
- Attenzione alle caramelle multivitaminiche perché potrebbero contenere zucchero. Si consiglia di leggere i componenti.

### **Come combattere gli effetti dello zucchero?**

- Far consumare i dolcetti in concomitanza con i pasti perché, in questo momento, la quantità di saliva prodotta è maggiore e questo aiuterà a proteggere i denti del bimbo;
- far assumere, insieme al dolce, del latte o del formaggio perché i latticini attutiscono gli acidi prodotti dai batteri, diminuendo così il rischio di carie.

### **A che età bisogna iniziare a detergere il cavo orale?**

La madre sin dalle prime poppate deve detergere delicatamente le mucose del bimbo utilizzando delle garzine sterili, inumidite con fisiologica e arrotolate intorno al dito. In alternativa si può utilizzare:

- un apposito guantino, calzato dalla mamma (lavabile);
- ditale in silicone (sterilizzabile con ciucci e biberon).



Dopo l'eruzione dei denti è possibile inserire lo spazzolino da denti.

È bene utilizzarne uno con "anello di sicurezza" che mantiene la giusta distanza tra la testina e la gola, evitando così ferimenti accidentali.

Il manico dello spazzolino è più lungo per permettere al genitore di impugnarlo bene.

Anche se in commercio ci sono dentifrici per la prima infanzia, si consiglia di introdurre l'uso del dentifricio solo quando il bimbo è in grado di controllare la deglutizione.



Da questo momento è importante che tra igienista, genitore e bimbo si sviluppi una complice mutua collaborazione:

- l'igienista dentale nelle prime fasi motiva ed istruisce i genitori;
- i genitori devono lavare i denti del piccolo senza forzarlo e senza bloccare la sua voglia di fare, dividendosi tra gioco e atto educativo.

Appena il bimbo diventa collaborativo, si può passare all'utilizzo di uno spazzolino a manico corto (sempre con anello di sicurezza).

**Il primo vero spazzolino del bimbo, ideale per imitare i movimenti degli adulti.**

Man mano che il bambino acquisisce controllo e manualità si può introdurre lo spazzolino elettrico, ma sempre sotto la guida dell'adulto.

L'obiettivo è quello di accompagnare il bimbo nel percorso di "autonomia": bisogna lasciare che il piccolo faccia da solo ma, subito dopo, occorre aiutarlo a spazzolare ancora.



*Ebook "Odontoiatria per tutti" a cura dello Studio Odontoiatrico Dott. Alessandro Palumbo*

## Cosa si rimuove con lo spazzolino?

Con lo spazzolino bisogna rimuovere i residui alimentari e la placca batterica o “biofilm”.



**ATTENZIONE** Il nemico invisibile

**La placca batterica è l’habitat naturale dei batteri che sono responsabili sia della carie che dell’infiammazione gengivale.**

È una patina biancastra, tenacemente aderente alle superfici dei denti, che si deposita ovunque e spesso rimane indisturbata nelle zone in cui i meccanismi naturali di auto detersione sono meno efficaci.



Il suo processo di formazione inizia con l’adesione dei primi batteri ad una particolare struttura definita “pellicola acquisita”. Quest’ultima rappresenta un terreno fertile per l’attecchimento di ulteriori batteri che in essa trovano un pool di nutrienti ideali per attecchire e riprodursi.



**ATTENZIONE** La placca batterica:

- Si deposita indipendentemente dall’alimentazione, la sua formazione è un processo inevitabile;
- è invisibile alle persone **NON** del settore

## Come evidenziare la placca batterica?

È possibile evidenziare la placca batterica con l'utilizzo dei rivelatori di placca: coloranti naturali che una volta applicati sulle superfici dei denti hanno la capacità di legarsi al biofilm colorandolo.

Il loro utilizzo rappresenta un valido e pratico strumento per valutare l'adeguatezza dell'igiene orale domiciliare, aumentando la motivazione del paziente.

Il rivelatore di placca può essere usato:

- sia in studio come strumento per motivare ed istruire il paziente a corrette procedure di igiene orale domiciliare;
- sia a casa dal paziente stesso nella fase di addestramento.

## Utilizzo sui piccoli pazienti



Le immagini vengono rilevate con la telecamera intraorale e, per poter monitorare i miglioramenti nel tempo, vengono archiviate nella cartella del paziente.

Amo condividere questo momento con i bimbi e i genitori.

Per renderli partecipi, scatto delle foto con il cellulare dell'adulto accompagnatore per far sì che, a casa, possano focalizzare le zone critiche ed ottimizzare il risultato.



**La prevenzione è un percorso formativo lungo che richiede la collaborazione di tutti i soggetti interessati.**

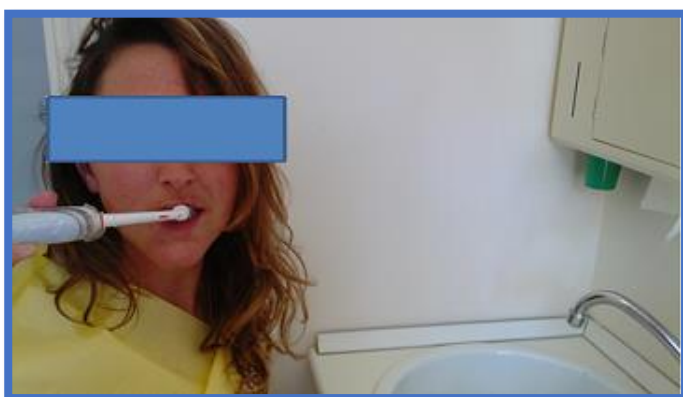
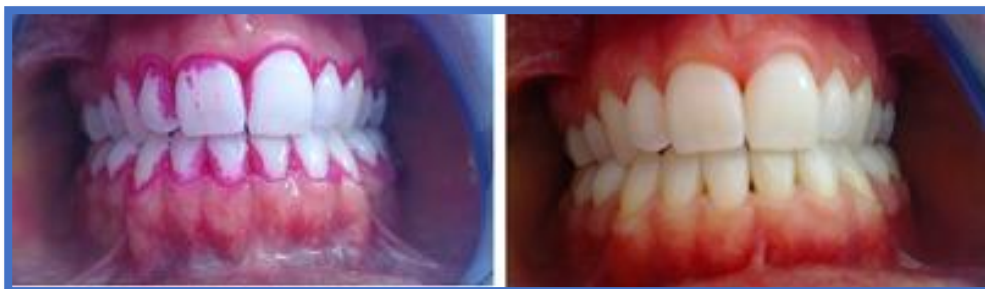


**Questo vuol dire che la prevenzione è rivolta solo ai piccolissimi?**

La prevenzione attuata “a monte” riesce a dare risultati sicuramente migliori, ciò non significa che deve essere rivolta solo ai grandi.

**Utilizzo del rivelatore di placca sugli adulti, nella fase di motivazione ed**

**istruzione:** spazzolino elettrico con testine monouso e guaina in plastica protettiva Oral B



*Ebook “Odontoiatria per tutti” a cura dello Studio Odontoiatrico Dott. Alessandro Palumbo*

 Studio Odontoiatrico  
Dr. Alessandro Palumbo

## IL PARODONTO

L'obiettivo è anche quello di conservare in salute il parodonto, ossia il sistema di ancoraggio dei denti...anticipare è sempre meglio che curare.

Quando questo non è possibile, occorre salvare il parodonto residuo per consentire al paziente di mantenere i propri denti il più a lungo possibile.

La **gengivite** è un'inflammazione della gengiva marginale.

Quest'ultima perde le caratteristiche fisiologiche: sanguina, si arrossa e si gonfia.

La gengivite, se adeguatamente trattata, guarisce senza lasciare alcun segno. È reversibile.



La gengivite potrebbe, nel tempo e se trascurata, evolvere in una patologia più complessa "la parodontite".

**La Parodontite** è una malattia infiammatoria che colpisce anche il parodonto profondo: osso alveolare e legamento parodontale. È la sesta malattia più diffusa al mondo ed in Italia colpisce il 60% della popolazione. Circa il 10% manifesta forme avanzate. Particolarmente colpita è la fascia d'età che va dai 35 ai 44 anni.



## Caso clinico



La progressiva perdita dei tessuti parodontali determina, come esito finale, la perdita dei denti.



**ATTENZIONE**  
denti??

**Siamo proprio sicuri che questo sia il metodo migliore per conservare i**





**ATTENZIONE**

**Alitosi: l'87% delle forme di alitosi partono dal cavo orale**

L'alito cattivo (emissione di odore sgradevole dal respiro) viene considerato un disagio imbarazzante che sfocia in fastidiosi risvolti sociali. Infatti, chi ne soffre mette in atto vari comportamenti difensivi come ad esempio: limitare la comunicazione orale, aumentare la distanza interpersonale, copertura della bocca con la mano.

L'alitosi al risveglio potrebbe rientrare nella norma e non necessita di alcun accorgimento. Infatti, durante la notte diminuisce la produzione di saliva, di conseguenza il processo di decomposizione batterica è potenziato.

Se invece l'alito cattivo persiste le cause potrebbero essere diverse: dentali o gengivali, digestive o respiratorie.

Per quanto riguarda il cavo orale, diverse potrebbero essere le motivazioni:

- inappropriata igiene: i batteri reagiscono con i residui di cibo e, attraverso una reazione chimica di decomposizione, liberano gas (solfuri) che conferiscono un caratteristico odore di zolfo.
- carie;
- infiammazioni dovute a gengiviti e parodontiti.

Altri fattori che potrebbero determinare l'insorgenza dell'alitosi:

- alimenti particolari, come aglio e cipolla, sono ricchi di composti volatili dello zolfo;
- tabagismo;
- assunzione di farmaci che riducono il flusso salivare: antidepressivi, ansiolitici, antipertensivi, antistaminici;
- periodi prolungati di digiuno che riduce il flusso salivare.

## IGIENE DOMICILIARE

L'igiene orale domiciliare consta di tutte quelle manovre che devono essere eseguite per garantire un livello di igiene compatibile con la salute orale e generale dell'organismo.

Si consiglia di:

- lavare i denti tutti i giorni (3 volte al dì);
- non lavare i denti subito dopo i pasti perché con l'alimentazione pH salivare si abbassa.

**Bisogna attendere 30 minuti circa per evitare che si sommino due fattori di rischio per la carie: pH basso e azione meccanica dello spazzolino.**



### **ATTENZIONE** Cattive abitudini

In genere le persone dedicano troppo poco tempo all'igiene orale domiciliare ed eseguono le manovre di fretta. Il tempo a disposizione è, bene o male, uguale per tutti... bisogna imparare a gestirlo. Occorre sfruttare positivamente i momenti liberi, il segreto sta nel NON rinviare: "lo faccio dopo" non premia.

È stato evidenziato che in media, le persone che usano lo spazzolino manuale, si lavano per **46 secondi... tempo NON sufficiente.**

Si tratta della "regola dei due minuti", elaborata da David Allen che dice:

***"Se ci vogliono meno di 2 minuti, fallo adesso".***

Per un controllo del tempo è possibile ricorrere all'uso della **clessidra**, **ascoltare una canzone** oppure utilizzare lo **spazzolino elettrico con timer incorporato.**

L'igiene del cavo orale viene effettuata a "macchia di leopardo", ossia non tutte le superfici dei denti sono deterse nello stesso modo:

- le superfici vestibolari (esterne) vengono pulite più facilmente rispetto a quelle orali (interne) perché visibili;
- i denti davanti (incisivi) vengono detersi più facilmente rispetto a quelli posizionati dietro (molari) perché visibili;
- i canini ed i primi premolari vengono trascurati perché si trovano nelle zone d'angolo, ossia di passaggio dalla zona anteriore a quella posteriore;
- la zona cervicale del dente (colletto) viene bypassata per interposizione dei tessuti molli.

Il lavaggio dei denti, con lo spazzolino manuale, richiede molta concentrazione perché bisogna tenere sotto controllo diversi parametri.

## Spazzolino elettrico

È consigliabile, per facilitare il lavoro ed avere la certezza del risultato, utilizzare lo spazzolino elettrico. Infatti, molti studi affermano che quest'ultimo è significativamente più efficace.

***Dopo 3 mesi di utilizzo, la placca si riduce del 21% e la gengivite dell'11%***

Gli spazzolini elettrici di ultima generazione presentano un sistema che offre un feedback in tempo reale

- garantisce la rimozione della placca attraverso vari movimenti (oscillazione, vibrazione e pulsazione).
- indica il tempo di spazzolamento (timer 2 minuti);
- indica quando sostituire la testina (dopo 3 mesi di utilizzo);
- consente di tenere sotto controllo la pressione. Se si applica troppa forza il segnalatore a led diventa rosso e le pulsazioni si fermano;
- consente di selezionare il programma di igiene (da una funzione delicata, a quella di pulizia profonda).



**ATTENZIONE** Come si utilizza lo spazzolino elettrico

Guarda il video dimostrativo:

<https://www.youtube.com/watch?v=B59lnPbJ3B8>

## Dentifricio

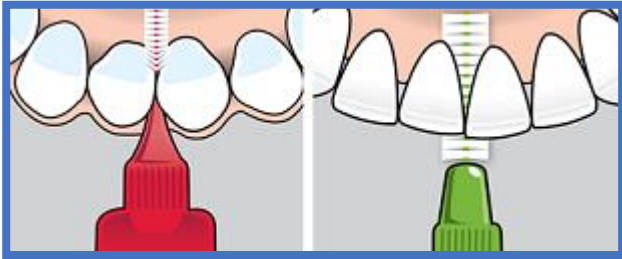
Va utilizzato quotidianamente con lo spazzolino. Contiene diverse sostanze: alcune contribuiscono alla disgregazione e alla rimozione della placca batterica altre, invece, variano in base all'effetto terapeutico o cosmetico che si vuole ottenere. Pertanto, sono presenti sul mercato dentifrici: desensibilizzanti, sbiancanti, al fluoro, specifici per fascia d'età (bambini e ragazzi), astringenti ecc. Di conseguenza il dentifricio va selezionato, in base ai principi attivi presenti, per soddisfare le necessità di ogni singolo paziente.

## Basta utilizzare lo spazzolino?

Lo spazzolino può raggiungere il 60% delle superfici del dente quindi, per detergere le zone interdentali, è indispensabile utilizzare ulteriori strumenti.

## Uso dello Scovolino:

- utilizzare lo scovolino una volta al giorno;
- selezionare la giusta dimensione, spesso si ha bisogno di più di una misura perché gli spazi tra i denti non sono uguali;



- inserire lo strumento a livello della papilla (gengiva collocata tra un dente e l'altro);
- fare dei movimenti avanti e indietro per qualche volta;
- al termine lo scovolino va lavato ed asciugato;
- non è uno strumento "usa e getta" ma, appena si perdono le caratteristiche peculiari, va eliminato perché potrebbe risultare pericoloso.

## Uso del filo interdentale:

- tagliare un pezzo di filo interdentale di 30-40 cm;
- avvolgere il filo intorno al dito medio di entrambe le mani, afferrandolo teso tra pollice ed indice;
- far entrare, con movimenti leggeri di "va e vieni", il filo tra i denti;
- abbracciare con il filo il dente a C per evitare di ledere la gengiva;
- guidare il filo verso il basso e poi risalire;
- utilizzare, ogni volta che si estrae il filo per pulire la zona successiva, una parte di filo pulita.



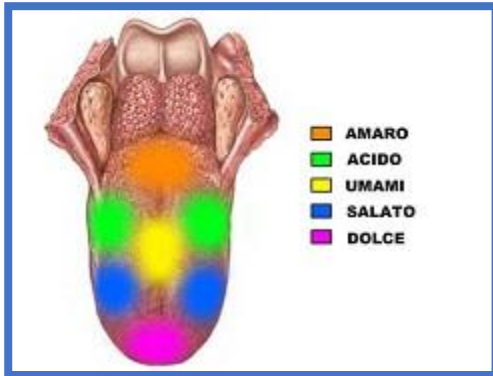
## La lingua

La lingua è un organo della cavità orale, con funzione tattile e gustativa, che ha un ruolo importante nel processo della masticazione, della deglutizione e nell'articolazione del linguaggio. Essa è costituita:

- dal corpo che è la porzione libera;
- dalla radice che rappresenta la porzione faringea.

Il corpo è dotato di una estrema mobilità e, proprio per questo, in parte si auto deterge mediante lo strofinamento continuo con le altre superfici del cavo orale.

Sulla lingua sono presenti numerose papille gustative, che rappresentano i principali organi di gusto. La capacità gustativa si basa sul riconoscimento di quattro sensazioni fondamentali: acido, salato, dolce e amaro.



**La lingua presenta una superficie ruvida, con alternanza di depressioni e protuberanze, che rappresentano l'habitat ideale per l'insediamento e la proliferazione batterica.**



La detersione della lingua deve essere parte integrante dell'igiene domiciliare. La si può pulire con:

- spazzolino morbido;
- nettalingua;
- pulisci lingua elettrico;
- cucchiaino (utilizzando la parte concava).

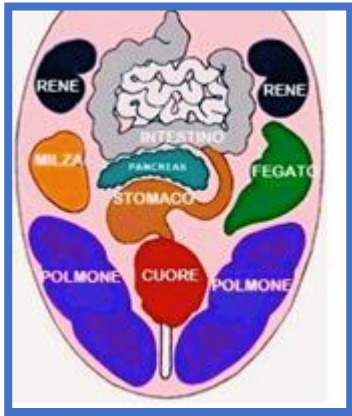
#### **Tecnica:**

- Aprire la bocca ed estrarre la lingua in tutta la sua lunghezza;
- posizionare lo strumento nella sua parte posteriore;
- eseguire un movimento che procede dall'interno verso la punta della lingua;
- non imprimere troppa forza per non irritare la mucosa.



**L'igiene della lingua consente di controllare l'alitosi e di aumentare la percezione del gusto di cibi e bibite.**

Detergendo la lingua si effettua anche un massaggio di benessere del corpo. Secondo i principi della riflessologia, infatti, ogni zona della lingua corrisponde ad un organo ben preciso.



### **La bocca come “campanello d'allarme”**

La parodontopatia può determinare l'insorgenza di complicanze a carico di vari organi del nostro corpo. Diverse sono le patologie che hanno bisogno di un approccio multidisciplinare e di un inquadramento clinico-terapeutico precoce per ridurre le complicanze.

### **Diabete**

Il paziente diabetico ha un rischio di 2/3 volte superiore, rispetto ad un soggetto sano, di ammalarsi di parodontite cronica.



**ATTENZIONE** Correlazione biunivoca tra le due malattie.

Una parodontite **NON CURATA** determina un'inflammazione generale che contribuisce ad **AUMENTARE I LIVELLI DI GLICEMIA**.

I pazienti diabetici che **CURANO** la parodontite manifestano un **MIGLIORAMENTO DEL CONTROLLO DELLA GLICEMIA** già dopo pochi mesi.

## Patologie cardiovascolari

La parodontite è anche correlata alla malattia cardiovascolare, **PIU' È GRAVE** la malattia parodontale, **PIU' AUMENTA** la possibilità di contrarre una malattia cardiaca.

L'associazione tra le due malattie dipende dal passaggio di batteri patogeni del cavo orale al torrente circolatorio (batteriemia) con conseguente danno alle pareti dei vasi sanguigni.



**ATTENZIONE** Correlazione biunivoca tra le due malattie

Dopo 6 mesi dalla terapia parodontale, oltre ad un **MIGLIORAMENTO** delle **CONDIZIONI ORALI**, si guadagna un **RECUPERO** della **FUNZIONE ENDOTELIALE** con un aumento dell'elasticità delle arterie.

**NON CURARE** la parodontite significa **AUMENTARE** il rischio di **MALATTIA del MIOCARDIO e INFARTO**.

**Sono molte di più le patologie associate ad una trascurata igiene orale, la bocca è sempre più vista come il centro della salute generale dell'individuo e non come un organo a sé stante.**

Basta pensare ad esempio che patologie come anoressia e bulimia manifestano i primi segni proprio nel cavo orale.

L'operatore odontoiatrico può contribuire ad una diagnosi precoce, prima che la malattia danneggi irrimediabilmente le condizioni di salute generale dell'individuo.



“Pensa alla bocca, pensa alla salute”

...ANCORA DUBBI SULL'IMPORTANZA DELLA PREVENZIONE??

Visita il nostro sito: <https://impiantidentalipescara.com/servizi/estetica/>

La nostra pagina Facebook: <https://www.facebook.com/studiopalumbo/>



Curriculum Vitae **Dott.ssa Giulia Fantozzi**

- Laurea in Igiene Dentale con lode e menzione - università dell'Aquila
- Laurea specialistica in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecnico Assistenziali con lode e menzione - università dell'Aquila
- Autrice di più di 60 articoli su riviste nazionali ed internazionali
- Relatrice a diversi congressi
- Esperienza decennale come Prof. a contratto presso diverse università
- Tesoriere SISIO



A cura del **Dott. Christian Frascarelli** e con la collaborazione della **Dott.ssa Giulia Fantozzi**

[Visita la Nostra Pagina FACEBOOK](#)

## **- CAPITOLO 2 - ODONTOIATRIA CONSERVATIVA**

L'odontoiatria conservativa è quella branca dell'odontoiatria che ha come obiettivo la **ricostruzione del dente**, o parte di esso, che è venuta a mancare a **causa della carie** o in seguito ad una frattura.

### **La carie**

È una delle malattie degenerative più diffuse a livello mondiale e rappresenta l'infezione cronica più diffusa nei bambini.

È stato stimato che, almeno una volta nella vita, tale malattia colpisca circa il 90% della popolazione globale.

È un processo di distruzione dei tessuti duri del dente: smalto e dentina.

Riconosce come causa principale la placca batterica anche se ci sono altri fattori che contribuiscono al suo manifestarsi come: una suscettibilità dentaria dovuta a cause genetiche, la quantità e la tipologia della saliva, le caratteristiche dei denti (es. solchi occlusali profondi, affollamento), l'alimentazione ecc.



**Placca batterica**

**Se il biofilm batterico non viene rimosso con un adeguato spazzolamento quotidiano, i batteri iniziano un processo di demineralizzazione dello smalto che apre un varco per la dissoluzione degli altri tessuti dentari.**

**Perché è importante curare tempestivamente la carie?**

*Ebook "Odontoiatria per tutti" a cura dello Studio Odontoiatrico Dott. Alessandro Palumbo*

 Studio Odontoiatrico  
Dr. Alessandro Palumbo

Inizialmente la carie è del tutto **asintomatica** perché lo **smalto** è un tessuto privo di afferenze nervose.

La sintomatologia compare quando il processo interessa la **dentina** sottostante.

Essa è evocata da variazioni termiche (caldo e freddo), da stimoli chimici (acidi e zuccheri) o da compressione del cibo sul dente.



**ATTENZIONE** È importante eseguire una diagnosi differenziale

La sensibilità al freddo non è un indice univoco della presenza di una carie. Potrebbe essere dovuta a fenomeni di recessione gengivale, ad usura del dente oppure a una particolare acidità del cavo orale a causa di eccessiva assunzione di cibi acidi (agrumi o aceto) o ancora per situazioni patologiche quali il reflusso gastroesofageo.

Se la carie non viene rimossa la sintomatologia è destinata ad aggravarsi, fino a provocare una dolorabilità molto acuta, diffusa a tutta la zona senza che il soggetto riesca a distinguere con esattezza il dente dolorante.





## ATTENZIONE Alla pulpite

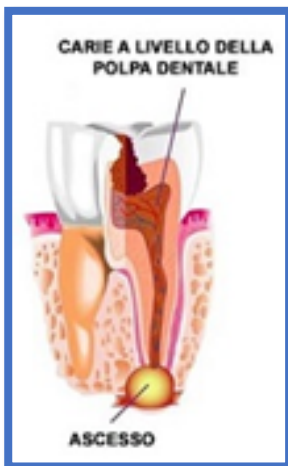
Se non si interviene la carie, nel tempo, invade anche la camera pulpare.

La polpa si scopre e può infettarsi, questo fenomeno infiammatorio viene definito “**pulpite**” ed è determinato dalla liberazione di tossine da parte dei batteri, che porta a necrosi tissutale.

Se le sostanze tossiche (derivanti dal tessuto necrotico) e quelle batteriche fuoriescono dal forame apicale della radice, si può formare il **granuloma**.

Il granuloma inizialmente è asintomatico e può essere diagnosticato solo tramite radiografia, ma aumentando la carica batterica e diminuendo le difese dell'organismo, si potrebbe incorrere in un **ascesso periapicale**.

**In questo caso il soggetto prova grande dolore e la guancia si gonfia.**



## Tipologie di carie

### Carie occlusale

Interessa la superficie masticatoria del dente.

La sua formazione è dovuta sia all'accumulo di placca che al ristagno di residui alimentari nei solchi occlusali.



### Carie interdentale

Interessa la superficie tra un dente e l'altro. È una lesione particolarmente insidiosa tanto che, spesso, vengono coinvolti entrambi i denti contigui.

Generalmente questa tipologia di carie si verifica in coloro che, pur effettuando una quotidiana igiene della bocca, non usano il filo interdentale.



### Carie del colletto

Interessa la zona cervicale del dente.

La formazione cariosa è provocata dall'accumulo di placca nelle zone vicino alla gengiva, dovuta ad un'incompleta igiene domiciliare per interposizione dei tessuti molli.



## Carie radicolare

Interessa la radice del dente.

Si sviluppa a seguito di recessioni gengivali che scoprono la radice nelle malattie parodontali.

Si riscontra principalmente negli anziani ed è caratterizzata da una certa rapidità di evoluzione.



## Come si cura un dente?

Le lesioni più semplici vengono trattate direttamente dall'odontoiatra in un'unica seduta e non richiedono l'intervento di altri professionisti.

Le **demineralizzazioni dello smalto** possono essere trattate, senza anestesia, con degli agenti chimici che puliscono le microzone interessate per poi fare delle infiltrazioni con una resina sigillante.

### Tattamento carie penetrante

Per effettuare la diagnosi di carie si esegue la visita e, se necessita, si effettua una radiografia.

Quando la carie supera l'ambito dello smalto, la terapia è effettuata in anestesia locale per non arrecare disagio al paziente.

Per rimuovere il tessuto danneggiato, si utilizzano sia strumenti rotanti (trapano) su cui vengono montate delle piccole frese e strumenti, sia strumenti manuali.

Dopo aver rimosso il tessuto danneggiato, deterso e disinfettato la cavità ottenuta, si procede al ripristino della parte mancante, ovvero all'otturazione del dente.

Per la ricostruzione si utilizzano materiali compositi (resine sintetiche biocompatibili) attraverso la tecnica "a strati".

La modellazione del dente è consentita grazie all'uso di compositi dalla consistenza viscosa e vengono successivamente induriti tramite una lampada fotopolimerizzatrice.



Quest'ultima, utilizzando una particolare lunghezza d'onda della luce, attiva delle sostanze presenti nel composito (fotochinoni), attivando la reazione chimica di indurimento (**polimerizzazione**).

Infine, una volta ricostruito, viene rifinito e lucidato con dei gommini che gli conferiscono lucentezza e un aspetto completamente simile a quello di un dente naturale.

## Endodonzia

L'endodonzia è quella branca dell'odontoiatria, che si occupa dei tessuti interni del dente (polpa dentaria o nervo) con le patologie e i trattamenti correlati.



Il trattamento endodontico è un intervento che si rende necessario quando la polpa è infiammata, in seguito a carie molto grande o a trauma.

Consiste nella rimozione della polpa e nel sigillo del canale radicolare (potrebbero essere più di uno).

La polpa dentaria è un tessuto altamente specializzato costituito da arterie, vene e terminazioni nervose. Essa conferisce il nutrimento al dente ed è responsabile della sensibilità.

Quindi il solo trattamento conservativo non è più sufficiente, occorre devitalizzare il dente. Solo dopo il trattamento endodontico si procede al recupero funzionale del dente:

- se il tessuto perso non è tanto, si procede alla ricostruzione del dente;
  - se, invece, il dente ha perso molta struttura il professionista deve avvalersi della collaborazione dell'odontotecnico.
- 
- Il dentista prepara la cavità e prende un'impronta.
  - L'odontotecnico realizza in laboratorio il manufatto protesico (**intarsio o capsula**).
  - Il dentista cementa il manufatto in un altro appuntamento.

L'intarsio e la capsula richiedono una lavorazione più articolata, sono più costose, ma in alcuni casi rappresentano le uniche soluzioni per garantire la durata del lavoro nel tempo.



### **In cosa consiste la terapia endodontica?**

Questa terapia ha lo scopo di rimuovere il nervo dentale (polpa) infiammato e infetto, presente all'interno del dente e per tutta la lunghezza delle radici.

Detergere e disinfettare il canale radicolare per poi, con una particolare tecnica, otturarlo.

Oggi, grazie alle nuove tecniche e apparecchiature a disposizione, questo trattamento è diventato più rapido rispetto al passato.

La maggior parte delle devitalizzazioni vengono effettuate in un'unica seduta. Fanno eccezione i molari, che essendo pluriradicolari, solitamente richiedono più sedute.



### **ATTENZIONE dolore post-operatorio**

Dopo il trattamento endodontico, potrebbe essere presente un indolenzimento più o meno marcato del dente curato.

Questo sintomo, anche se frequente, non deve preoccupare in quanto transitorio. Alla necessità è possibile assumere dei farmaci come antinfiammatori e analgesici.

### **Consiglio per il post-operatorio**

È quello di non sottoporre il dente, nei giorni successivi l'intervento, ad una masticazione forzata e al consumo di cibi particolarmente duri.



## **ATTENZIONE** complicanze

I denti trattati endodonticamente, nel tempo, vanno incontro a complicanze di vario tipo come **granulomi apicali, fratture canalari, infiltrazioni**. Spesso con prognosi infausta che richiede l'estrazione del dente.

**Proprio per questo motivo va rimarcata l'importanza della prevenzione attraverso visite di controllo periodiche.**

**Per saperne di più visita il nostro sito:**

<https://impiantidentalipecscara.com/servizi/conservativa/>



Curriculum Vitae **Dott. Christian Frascarelli**

- Laurea con lode e menzione tesi 1999.
- Ufficiale odontoiatra 1999-2000 all' ospedale Medaglia d'oro di Taranto.
- 2001 frequenza reparto odontoiatria ospedale Popoli
- Corso anatomia chirurgica a Vienna con Prof. Labanca
- Corsi su endodonzia clinica del Prof. Malagnino e corso sui ritrattamenti endodontici del Dott Castellucci e del Dott Perrini



A cura della Dott.ssa **Giulia Cacciagrano** e con la collaborazione della Dott.ssa **Giulia Fantozzi**

[Visita la Nostra Pagina FACEBOOK](#)

## **- CAPITOLO 3 - ODONTOIATRIA PEDIATRICA**

Il pedodontista si occupa delle cure dei denti “da latte” (dentatura decidua) e di quelli permanenti: può essere definito il pediatra della bocca.

### **Dentatura decidua**

I denti “da latte” sono i primi ad erompere nel cavo orale, ma in seguito vengono sostituiti dai i denti permanenti.

La loro formazione comincia sin dalla 6<sup>a</sup> settimana di vita embrionale: in questo periodo comincia una proliferazione cellulare, che crea la base di formazione dei denti.



**ATTENZIONE** La mancanza dell’inizio di questa proliferazione, o il suo arresto, può provocare l’**ASSENZA** di un dente, definita “agenesia”.

Con il progredire della gravidanza le cellule proliferano ulteriormente e si differenziano, completando step by step la formazione dei denti.

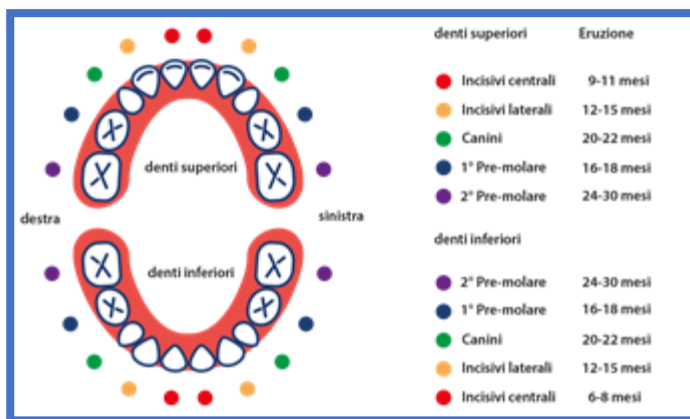


**ATTENZIONE** Un'eccessiva differenziazione di cellule indipendenti, dalla porzione in crescita del dente, può determinare la formazione di un dente IN PIU' definito "soprannumerario".

Il **primo dentino** compare nel cavo orale a **6 mesi** circa e a 3 anni la dentatura decidua è completa.

L'eruzione dei denti avviene, di norma, secondo uno schema ben preciso.

### Sequenza di eruzione



Una variazione di 6-8 mesi da queste date può essere normale. È possibile riscontrare delle differenze di eruzione tra maschi e femmine.

### I denti decidui sono:

- 20 (10 per arcata) e hanno un aspetto lattescente (per questo vengono definiti "da latte");
- sono più piccoli rispetto ai corrispettivi permanenti;
- sono dotati di radici lunghe e divaricate.



**ATTENZIONE** I denti decidui **HANNO LE RADICI**. Queste subiscono un processo di riassorbimento man mano che il dente si avvicina alla permuta, di conseguenza, quando cadono, è presente solo la corona del dente.



**ATTENZIONE** I denti decidui, una volta cariati, vanno facilmente incontro a pulpite. Infatti, la camera pulpare è molto in superficie da qui la necessità di una terapia endodontica.

È importante lavorare in termini di prevenzione e di praticare un tipo di odontoiatria “**minimamente invasiva**”.



## **Dentatura mista**

Tra i 5 e i 6 anni si entra in una fase di transizione, definita “**dentizione mista**”.

In questo periodo si verificano due fenomeni importanti:

- i denti da latte iniziano a cadere e vengono sostituiti dai permanenti;
- compare, per la prima volta, il primo molare permanente.



**ATTENZIONE** il molare è il primo dente permanente ad erompere nel cavo orale. **NON** sostituisce alcun elemento da latte, ma si posiziona posteriormente ai denti decidui.

La permuta, intorno a 8-10 anni, subisce un'interruzione per riprendere un paio di anni dopo.



**ATTENZIONE** Nella dentizione mista si può riscontrare la presenza contemporanea sia del dente deciduo, che si ostina a non cadere, sia del dente permanente che non riesce ad erompere facilmente.

Non bisogna spaventarsi!

Basta favorire la perdita del deciduo o estrarlo in studio, permettendo al permanente di prendere il proprio posto.



**ATTENZIONE** Si può consigliare al bambino di aiutare la caduta del dentino mangiando la crosta del pane, strappando un panino o una pizzetta (utile nei denti davanti) oppure applicando delle spinte con la lingua.

La caduta spontanea dei denti decidui comporta pochissimo sanguinamento e pochissimo dolore.



## Dentatura permanente

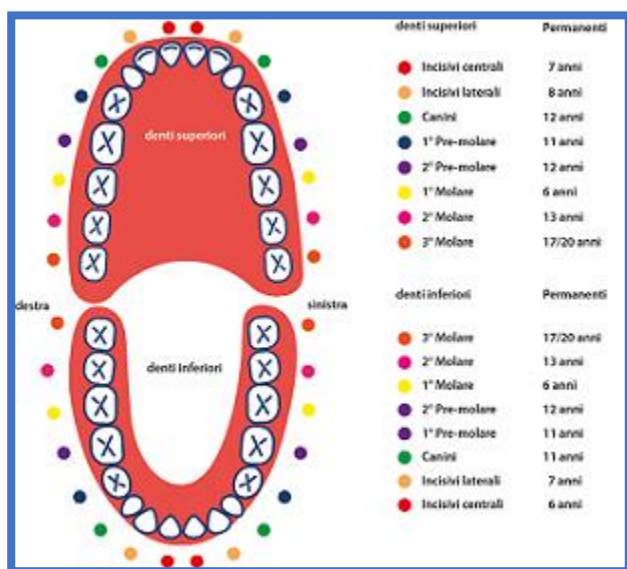
Sono i denti dell'adulto quelli che, se adeguatamente conservati, resteranno per tutta la vita.

### I denti permanenti sono:

- 32 (16 per arcata) ed hanno un colore che vira verso il giallo rispetto a quelli da latte;
- sono più grandi di quelli decidui;
- hanno lunghe radici che si completano dopo 2-3 anni dall'eruzione.

Anche i denti permanenti seguono uno schema preciso nell'eruzione.

### Sequenza di eruzione



Una variazione di 6-8 mesi da queste date rientra nella norma, così come una differenza tra maschi e femmine.

### PREVENZIONE: sigillatura di solchi e fessure

La sigillatura di solchi e fossette è una metodica di prevenzione della carie. Consiste nella chiusura delle irregolarità dello smalto dentario dei denti posteriori (premolari e molari) e, in alcuni casi, delle fossette della superficie palatale dei denti anteriori.

Il sigillo dei solchi viene effettuato tramite particolari resine trasparenti o colorate, che si applicano dopo opportuna preparazione del dente.

Lo scopo è quello di impedire ai batteri di colonizzare ed attaccare le zone particolarmente suscettibili perché profonde e quindi difficili da raggiungere durante le manovre di igiene.



Tutti i bambini possono fare le sigillature, la procedura lavorativa non è invasiva, non è dolorosa e è di rapida esecuzione.

La loro efficacia è massima se vengono applicate nei 2 anni successivi all'eruzione e la loro integrità va controllata durante i controlli periodici.



**ATTENZIONE** È una terapia preventiva, che si applica solo su denti integri.

Il nostro è un team di lavoro che prevede la presenza di diversi professionisti. Nel trattamento dei bimbi collaborano due figure professionali:

- **L'igienista dentale** che si occupa della prevenzione e quindi dell'igiene professionale, della motivazione e dell'istruzione di corrette tecniche di igiene orale domiciliare e delle sigillature;
- **Il pedodontista** che si occupa, invece, delle cure dei denti.

Insieme pedodontista e igienista guidano genitori e bimbi nel percorso di crescita, un percorso a volte tortuoso ma che, a lungo termine, è fonte di grande soddisfazione.

## Carie

La carie è una malattia infettiva dei tessuti dentali mineralizzati, il cui fattore eziologico principale è rappresentato da microrganismi cariogeni, in particolare lo **Streptococcus mutans**.

Questo, ed altri microrganismi, metabolizzando gli zuccheri dell'alimentazione, producono un acido lattico che porta alla demineralizzazione di smalto e dentina.

Oltre i batteri, però, ci sono dei fattori favorenti che contribuiscono all'insorgenza ed alla progressione della malattia:

- **anatomia dentale:** la presenza di solchi e fossette aumentano il rischio di carie;
- **posizione dei denti:** i posteriori sono più esposti sia per la particolare anatomia occlusale sia perché sono più difficili da pulire;
- **composizione dei tessuti dentali:** i denti con anomalie di struttura (ipoplasie o ipomineralizzazioni) sono più facilmente attaccabili dalla carie;
- **dieta;**

- **genetica:** la tendenza del paziente ad essere più esposto ad alcuni fattori ambientali (batterici ed alimentari).

La carie può colpire sia i denti decidui sia i denti permanenti, ma è facilmente curabile anche se a volte è necessario ricorrere a trattamenti endodontici.



**ATTENZIONE** Nei ragazzi la carie dei denti permanenti interessa soprattutto il primo molare, attraverso una lesione che si presenta poco dolente, ma che all'esame clinico può risultare distruente.



I bambini che presentano carie sui decidui hanno una maggiore probabilità di manifestare carie anche sui denti permanenti.



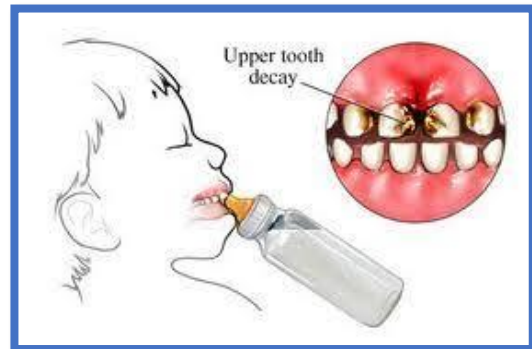
**ATTENZIONE** La malocclusione può essere un fattore di rischio per l'insorgenza della carie. Così come anche la presenza di apparecchi ortodontici.

Non è l'ortodonzia "a far venire le carie", ma la maggior difficoltà a mantenere i denti puliti.



## **Carie da biberon (*Early childhood caries - baby bottle syndrome*)**

È una manifestazione grave e distruttiva dovuta all'uso prolungato del biberon, contenente sostanze zuccherate o latte, principalmente nelle ore notturne quando il flusso salivare è fortemente ridotto e non si esegue un lavaggio della bocca.



**ATTENZIONE** Il quadro clinico si presenta con forme iniziali di demineralizzazione dello smalto (sulle superfici vestibolari degli incisivi e sulle superfici occlusali dei molari), fino alla completa distruzione degli elementi decidui.

Questa patologia si manifesta:

- a livello orale: con dolore, ascessi e fistole;
- a livello sistemico: con difficoltà di masticazione che si ripercuote negativamente sulla salute generale (malnutrizione).

La terapia varia dalla semplice terapia conservativa all'estrazione degli elementi compromessi.



**ATTENZIONE** Occhio alle abitudini

A livello preventivo bisogna:

- evitare lo scambio tra madre e figlio di posate durante le prime pappe, per evitare una migrazione dei batteri della bocca della madre verso la bocca del bambino ancora "sterile";
- evitare l'utilizzo di ciuccio addolcito con il miele o con lo zucchero o il biberon contenente bevande zuccherine;
- favorire un'alimentazione equilibrata;
- eseguire corrette pratiche di igiene orale domiciliare;
- portare quanto prima il proprio figlio/a ad effettuare la prima visita dal dentista.

## Ipomineralizzazione (MIH)

Questa lesione, le cui cause non sono note, è conosciuta come “dente di gesso” ed è un disturbo di formazione dello smalto.

Interessa soprattutto i molari e gli incisivi permanenti, ma possono essere riscontrate anche nei denti da latte e negli altri elementi permanenti.

Variano da una opacità circoscritta, bianco-giallastre o giallo-marroni, fino a delle ipomineralizzazioni gravi, di dimensioni diverse e con zone prive di smalto e dentina.

Le conseguenze possono essere diverse: fratture dello smalto, ipersensibilità con molta sofferenza, rischio di carie maggiore.



**ATTENZIONE** Cavallo di battaglia è sempre la prevenzione e le applicazioni topiche e somministrazione di fluoro.

## Black stains

Sono delle pigmentazioni caratterizzate da una linea nera o da punti scuri che si formano a livello dei colletti dei denti e che seguono il margine della gengiva.

Il colore nero è dovuto ad un composto ferrico insolubile prodotto da batteri cromogeni: l'eccesso di ferro presente nella saliva si deposita sulla superficie del dente.

Le macchie possono essere eliminate solo tramite una seduta di igiene orale professionale, ma la risoluzione è solo momentanea perché non interviene sulle cause.





**ATTENZIONE** I soggetti che ne soffrono, soprattutto bambini, hanno una maggiore resistenza alle carie forse per competizione di specie batteriche.

## Parodontopatie e lesione dei tessuti molli

Con il termine parodontopatie si intendono le malattie che colpiscono il parodonto, ossia la struttura di sostegno del dente.

Generalmente nei bambini la parodontite (forma grave con perdita di osso) è molto rara. Si riscontrano, invece, le gengiviti (infiammazione della gengiva) le cui forme maggiormente riscontrabili sono:

**Gengivite classica:** riconosce come fattore eziologico la placca ed è caratterizzata da gengive dolenti, gonfie e sanguinanti.



**ATTENZIONE** Si risolve con l'igiene orale professionale e l'applicazione di corrette manovre di igiene orale domiciliare.





**ATTENZIONE** **Gengivite da esfoliazione:** presente della fase di permuta dei denti.

Attorno al dente in permuta o al dente che sta erompendo si crea un arrossamento della gengiva associato a fastidio.

**È una situazione del tutto normale, che tende a risolversi da sola, una volta erotto il dente.**



## **Stomatiti**

Hanno l'aspetto di ulcere bianche e sono dolorose quindi possono provocare inappetenza e malessere generale.

Riconoscono diverse cause tra cui: patologie sistemiche (come diabete o anemie), allergie, stati carenziali di vitamina B6 ed acido folico, celiachia e stress.

In tutti questi casi, bisogna cercare di identificare la causa scatenante.



**ATTENZIONE** È utile fare sciacqui a base di clorexidina ed associare preparati farmacologici che aiutano a lenire il dolore. La guarigione avviene spontaneamente nel giro di 7-15 giorni.



**Per saperne di più visita il nostro sito:**

<https://impiantidentalipecara.com/servizi/parodontologia/>



Curriculum Vitae **Dott.ssa Giulia Cacciagrano**

- Laureata in Odontoiatria e Protesi dentale con lode e menzione presso l'Università d'Annunzio di Chieti-Pescara
- Attualmente specializzanda in Odontoiatria pediatrica presso la stessa Università, si occupa in particolare di odontoiatria materno-pediatrica
- In costante aggiornamento, attraverso la partecipazione a corsi e congressi.
- Socio ordinario SIOI (Società Italiana di Odontoiatria Pediatrica).



*A cura del Dott. **Alessandro Palumbo** e con la collaborazione della Dott.ssa **Giulia Fantozzi***

## **- CAPITOLO 4 - IMPLANTOLOGIA**

### **Cosa sono gli impianti dentali?**

<https://youtu.be/-y2e0JvnRyg>

L'implantologia è l'insieme delle tecniche chirurgiche che consente di riabilitare, funzionalmente ed esteticamente, la perdita o la mancanza congenita di uno o più denti.

È il ramo più recente della continua ricerca odontoiatrica, ma ha raggiunto livelli di sicurezza e affidabilità tali da renderla la tecnica ottimale nella riabilitazione protesica.

L'impianto, dispositivo medico di tipo chirurgico, deve rispondere a dei requisiti molto rigidi per quanto riguarda l'osteointegrazione, ossia il processo di integrazione dell'impianto dentale nell'osso.

Per questo è realizzato in titanio, materiale altamente biocompatibile, con un elevato grado di purezza, che fa sì che l'organismo lo riconosca come proprio favorendo il processo di attecchimento.

L'osteointegrazione garantisce un'intima unione tra osso e impianto, ossia un legame stabile che non consente alcun movimento e che è in grado di sopportare i grandi carichi delle forze masticatorie (superiori a 50Kg nelle zone dei molari).



**ATTENZIONE** L'osteointegrazione si verifica nella stragrande maggioranza dei casi con una percentuale di successo superiore al 98%



Bisogna sottolineare però, che le alte percentuali di successo a lungo termine dipendono dal RISPETTO di un adeguato programma di **CONTROLLI PERIODICI**, associati ad **IGIENE ORALE PROFESSIONALI**. Durante le sedute l'Igienista Dentale motiva il paziente sull'importanza dell'igiene orale domiciliare e lo istruisce sulle varie tecniche.



L'impianto consiste in una **vite endossea**, che mima di fatto la radice che è andata persa. È una vite femmina che ha al suo interno una cavità filettata, entro la quale viene avvitato l'abutment sul quale viene fissata poi la protesi.

- l'**abutment**, che funge da raccordo tra la vite e la protesi;
- la **protesi dentaria**, che serve per sostituire il dente andato perso e ripristinare estetica e masticazione.



Esistono limiti di età?

L'età di per sé non rappresenta una controindicazione, i casi vanno studiati di volta in volta in base alla tipologia del paziente. Indicativamente però si può affermare che:

· l'anziano potrebbe presentare problemi di salute e, di conseguenza, occorre richiedere esami specifici aggiuntivi ed anche il consulto dei vari specialisti che lo tengono in cura. È anche vero che, con l'aumento dell'età media, gli anziani di oggi non sono quelli di ieri: sono attivi, pronti ad aiutare i figli nella crescita dei nipoti...ad essere parte attiva della società.

· l'adolescente, potrebbe avere la necessità di ripristinare un dente perso per carie distruente o trauma. In questo caso, per l'implantologia, bisogna aspettare il termine dello sviluppo osseo dei mascellari.

Cosa succede se non si interviene subito?

- **Si innesca una progressiva perdita di osso.**

Il nostro corpo funziona secondo la semplice regola **"se non si usa lo si perde"**.

Vale lo stesso principio dell'allenamento in palestra, se i muscoli vengono stimolati si ingrossano; se si sospende l'allenamento i muscoli si "atrofizzano" e tornano ad essere più piccoli.



**ATTENZIONE** I denti stimolano l'osso dei mascellari con la masticazione. Quando non si mastica, a causa della perdita dei denti, l'osso comincia a ritirarsi.

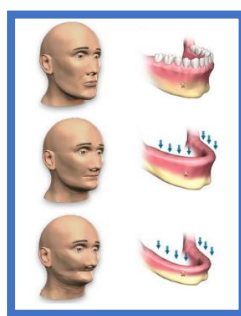


L'impianto dentale, una volta inserito, inizia a stimolare l'osso (fungendo da radice artificiale), riducendo la perdita dell'osso residuo, che non va incontro ad atrofia.

- **Si va incontro ad un cambiamento della fisionomia del viso**



**ATTENZIONE** La perdita dell'osso determina cambiamenti nella forma e nella fisionomia del viso, scatenando un processo di invecchiamento precoce: le guance diventano scavate e la pelle si raggrinzisce.



- **Perdita progressiva della funzione masticatoria**

*Ebook "Odontoiatria per tutti" a cura dello Studio Odontoiatrico Dott. Alessandro Palumbo*



**ATTENZIONE** alla mancanza dei denti

Mangiare cibi duri diventa sempre più difficile, la persona non riesce ad alimentarsi in modo equilibrato: introduce solo alcuni nutrienti a discapito di molti altri.



**ATTENZIONE** Con gli impianti dentali è possibile ripristinare le capacità masticatoria fino all'85%, in alcuni casi addirittura fino al 100%. Quindi si può tornare a mangiare di tutto, inclusi cibi duri e fibrosi, con un miglioramento della condizione di salute generale.



**ATTENZIONE** Uno studio del National Institute of Health\* ha messo in evidenza che le persone con impianti dentali, vivono in media 9.8 anni di più rispetto alle persone con dentiere.

*Ebook "Odontoiatria per tutti" a cura dello Studio Odontoiatrico Dott. Alessandro Palumbo*

 Studio Odontoiatrico  
Dr. Alessandro Palumbo

## Perché fare un impianto invece di un ponte?

Anni fa, quando si perdeva uno o più elementi dentari, la riabilitazione protesica consisteva nella realizzazione di un “ponte” (protesi fissa) o di uno “scheletrato” (protesi mobile parziale).

Il **ponte** viene realizzato limando e rimpicciolendo i denti, che fungono da pilastro, per poter creare l'alloggio alla protesi. Il manufatto protesico viene realizzato in laboratorio, i denti estremi (che poggiano sul pilastro) sono uniti tra loro da elementi intermedi finti (senza denti sotto).



**ATTENZIONE** Questa tecnica **NON** va presa in considerazione se i denti, che devono fare da pilastro, **SONO SANI**.

## Perché fare gli impianti invece della protesi mobile?

La protesi mobile (parziale o totale) è un dispositivo medico su misura rimovibile, realizzato in laboratorio previa presa delle impronte.



**ATTENZIONE** La protesi mobile limita la vita

La protesi mobile presenta molti inconvenienti:

- non è perfettamente stabile e ciò crea sia problemi di relazione che di masticazione;
- potrebbe causare ristagno di cibo con aumento dei fastidi orali;
- occorre rimuoverla per detergerla;
- determina la perdita di osso alveolare con il suo conseguente appiattimento che si ripercuote sull'anatomia del volto;
- la protesi mobile parziale potrebbe determinare mobilità ed usura dei denti usati come appoggio (accelerando così il processo di perdita dei denti residui);
- i pazienti con dentiere hanno bisogno di maggiori cure mediche per patologie correlate.



## RISOLUZIONI IMPLANTOLOGICHE

### Singolo impianto

La mancanza di un elemento dentario può essere compensata inserendo un impianto al posto del dente mancante, senza toccare i denti vicini.



### Impianti multipli

L'assenza di uno o più denti può essere risolta posizionando gli impianti in punti strategici in modo da avere i pilastri necessari per la realizzazione di un ponte fisso.



## Chirurgia guidata

Nei casi più complessi è possibile ricorrere ad una tecnica innovativa che prevede l'inserimento degli impianti con altissima precisione e margine d'errore ridotto a decimi di millimetro.



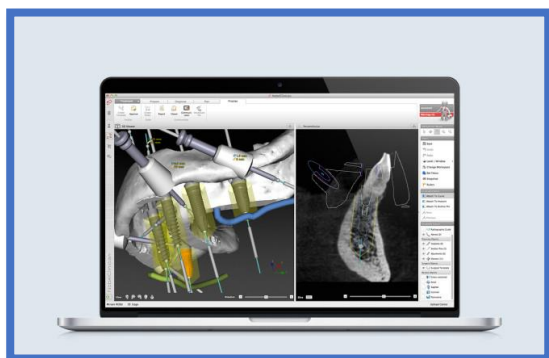
**ATTENZIONE** La chirurgia guidata si basa su uno studio in 3D della tac del paziente

**Implant 3D** è un software che consente di eseguire la simulazione implantare direttamente sul computer, riproducendo fedelmente l'anatomia dei mascellari.

Questa tecnica permette:

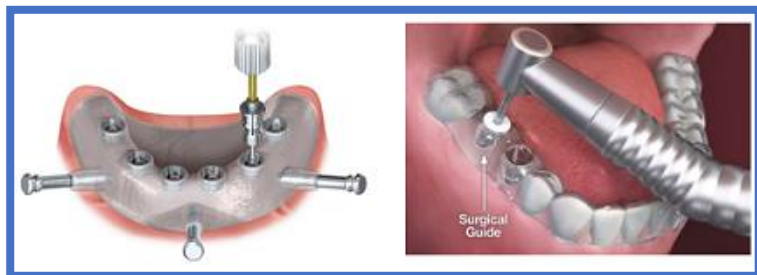
- di simulare la posizione degli impianti su modelli tridimensionali;
- di identificare il canale mandibolare e di pianificare l'inserimento degli impianti a distanze di sicurezza dal nervo per non lederlo;
- di visualizzare le arterie rimanendo, durante la pratica chirurgica, a debita distanza;
- di visualizzare il modello osseo tridimensionale per calcolarne la densità ossea.

Si ha da subito una visione d'insieme sia dell'intervento che del risultato finale.



In seguito viene realizzata una particolare mascherina di precisione chiamata “**dima chirurgica**” (ad appoggio mucoso, mucoso-dentale oppure osseo), che riproduce la posizione degli impianti simulata al computer.

La guida viene introdotta nel cavo orale e consente di inserire ogni impianto nel sito in cui è stato progettato senza margine d'errore.



## Vantaggi dell'implantologia guidata

- Consente di effettuare il “carico immediato”, ossia il posizionamento dei denti lo stesso giorno dell'intervento, massimo entro 24-48 ore, in modo fisso.
- È una tecnica mini invasiva “senza lembo”, cioè non si incide la gengiva e di conseguenza i punti sutura non servono. Questo rende più confortevole il decorso post-operatorio, i sanguinamenti dovuti allo scollamento delle gengive saranno ridotti al minimo e la guarigione sarà più rapida.
- Permette un'alta precisione degli interventi con rischi e complicanze ridotte al minimo.
- Riduce notevolmente i tempi dell'intervento con minore stress del paziente.
- Migliora il risultato estetico della riabilitazione in quanto la posizione degli impianti è guidata da progetto protesico studiato fin dalle fasi iniziali.

## L'intervento di implantologia è doloroso?

- Il trattamento non è doloroso perché al paziente viene fatta l'anestesia locale, come quella che si fa per curare un dente, con la differenza che vengono utilizzati anestetici specifici per la chirurgia orale che sono molto efficaci.
- È possibile somministrare al paziente, per favorire il rilassamento, dei farmaci con effetto ansiolitico.
- Al termine della seduta vengono fornite tutte le indicazioni e prescritti i farmaci necessari per il controllo del post-operatorio.

La più grande soddisfazione del nostro team è quella di far tornare a casa il paziente con il sorriso.



“Il sorriso è l'arcobaleno del viso”

*Jean Connerson*

Torna a sorridere senza imbarazzo: sorridere migliora l'umore e l'autostima.

*Ebook “Odontoiatria per tutti” a cura dello Studio Odontoiatrico Dott. Alessandro Palumbo*



## Testimonianza

*"Ero in imbarazzo perché quando andavo al ristorante, dovevo sempre alzarmi, chiedere scusa, entrare in bagno e tirare fuori la dentiera per sciacquarla, dato che alcuni pezzi di cibo si erano infilati dentro e mi scatenavano fastidio."*

Ascolta il parere di alcuni nostri pazienti. Clicca il link qui sotto:

<https://www.facebook.com/studiopalumbo/videos/631745564020178/>



Curriculum vitae **Dott. Alessandro Palumbo**

- Laurea in odontoiatria perfezionato in Università Italiane e all'estero in Ortodonzia Implantoprotesi ed estetica Relatore in congressi nazionali e internazionali.
- Esperto in chirurgia guidata dal computer.
- Docente al Master di 2°livello di implantoprotesi Univ. di Genova

## Casi clinici

Studio Odontoiatrico  
Dr. Alessandro Palumbo

### Photo contest SISIO 2015 Fantozzi Giulia

L'igiene orale e la motivazione: le basi per il successo



Il signore P.C. si è presentato alla nostra attenzione nel 2009 all'età di 52 anni, con una situazione orale compromessa a causa di una vera e propria "fobia" nei confronti dell'ambiente odontoiatrico. Il signore aveva sempre rimandato le cure dello specialista affidandosi ad antidolorifici ed antibiotici, peggiorando sensibilmente nel tempo il quadro clinico. Il tutto era aggravato da un danno estetico derivante dall'assenza di diversi elementi dentari e dalla presenza di tutti quei segni tipici della parodontopatia. Stanco di soffrire, sia fisicamente che psicologicamente a causa del disagio di non avere un bel sorriso, si è deciso di dare una svolta "al meccanismo della paura". Nell'arcata mandibolare è stata effettuata una tecnica "all on four", mentre nell'arcata mascellare, dopo la terapia causale, è stato deciso di mantenere alcuni elementi dentari. Il paziente ha riacquisito estetica, funzione ed una maggiore sicurezza nei rapporti interpersonali. E' stato inserito in un percorso di richiami quadrimestrali in cui, oltre alla strumentazione, si monitorano costantemente i pilastri protesici e si reinnalza il livello motivazionale.



**Il paziente nel tempo è diventato molto collaborante ed ha affinato sempre più le tecniche di igiene orale domiciliare.**

*Ebook "Odontoiatria per tutti" a cura dello Studio Odontoiatrico Dott. Alessandro Palumbo*

Studio Odontoiatrico  
Dr. Alessandro Palumbo



La signora C.M.G. è arrivata presso il nostro studio in condizioni di edentulismo totale che la costringeva ad utilizzare due protesi mobili totali verso le quali aveva sviluppato nel tempo una forte allergia. L'allergia alla resina oltre a limitarle la vita sociale era causata anche da un deperimento organico. All'età di ottantaquattro anni si è sottoposta ad una riabilitazione implantologica a carico immediato. Nell'immediato è stata seguita nel percorso post-operatorio ed in seguito è stata motivata ed istruita sull'importanza dell'igiene domiciliare e delle sedute professionali periodiche. La signora ha dovuto "imparare di nuovo passo-passo" a detergere il cavo orale dato che per troppi lunghi anni lo aveva completamente trascurato. Con la riabilitazione implanto-protetica la paziente ha riacquisito l'aspetto estetico, funzionale ed una vita di relazione più appagante. Le condizioni generali della paziente sono più che buone dal punto di vista fisico, mentale e di vita di relazione. Si sottopone a richiami quadrimestrali di igiene professionale ed ha raggiunto un buon livello di gestione domiciliare. Nel team odontoiatrico l'igienista dentale riveste un ruolo determinante. L'igiene orale è la "conditio sine qua non" per il mantenimento della salute orale del paziente.



***Odontoiatra ed igienista devono operare in perfetta sinergia per ottenere il miglior risultato***

## Photo contest SISIO 2015 Fantozzi Giulia

Il mantenimento implantoprotesico nei pazienti con criticità



La signora B.A. è stata sottoposta nel 1996, all'età di 70 anni, ad un intervento di implantologia a carico immediato. I familiari, valutando la "prospettiva di vita", scelsero di far realizzare il manufatto protesico in resina. La paziente soffre dall'età giovanile di stati depressivi ricorrenti, per i quali è stata curata con ansiolitici e antidepressivi. Nel 2011, a seguito della morte del marito e della malattia di uno dei figli, ha avuto una forte ricaduta e un aggravio del suo stato depressivo. Negli anni la malattia ha avuto un andamento altalenante, durante le quali la signora riusciva ad essere abbastanza collaborante, si alternavano momenti di assenza quasi totale. Nel tempo alla patologia principale si sono aggiunte altre problematiche proprie dell'età avanzata, ma nonostante i suoi 89 anni e a distanza di 19 anni, la protesi continua a svolgere la sua funzione. La paziente non ha un buon controllo della propria igiene orale, dato l'uso esclusivo, a tal fine, dello spazzolino e di un collutorio senza alcool. Data la scarsa collaborazione, sono stabiliti dei richiami periodici a cadenza trimestrale. Le sedute di igiene professionale devono rispondere, invece, a due requisiti: riduzione dei tempi lavorativi e strumentazione non invasiva. Da qui si evince l'importanza del sostegno psicologico e della motivazione che rappresenta la spinta per cui una signora, ormai "stanca dalla vita", continua a sottoporsi periodicamente a sedute di igiene professionale.



***Il sostegno dell'igienista dentale è strategico  
quando gli occhi non vedono più, le mani tremano ed il cuore piange***



*A cura della Tirocinante Laureanda in odontoiatria **Ylenia Denovellis***

*e con la collaborazione della Dott.ssa **Giulia Fantozzi***

## **- CAPITOLO 5 -**

### **ORTODONZIA**

L'*Ortodonzia* è una specialità odontoiatrica che si dedica allo studio e alla terapia delle anomalie di sviluppo e di posizionamento della dentatura, delle ossa della faccia e della muscolatura annessa.

Più semplicemente si occupa di correggere le malocclusioni per ottenere un giusto rapporto tra i denti ed un viso armonico.

#### **Cos'è la malocclusione?**

È una condizione patologica per la quale non si realizza un corretto e fisiologico combaciamento tra i denti delle due arcate, con conseguente disarmonia delle strutture scheletriche, neuromuscolari, dentali e facciali.

Le disarmonie possono variare per gravità e per tipologia, dando vita ad una innumerevole varietà e mix di casi, che vanno adeguatamente studiati dallo specialista.

#### **Principali cause di malocclusione:**

Oltre alle cause genetiche, che sono insite dell'individuo, ne esistono altre che derivano da abitudini acquisite.



### **ATTENZIONE** Abitudini viziate

**Abitudini scorrette come ad esempio l'utilizzo prolungato del ciuccio o la suzione del dito protratte oltre i 2-3 anni di età.**



### **ATTENZIONE** Respirazione orale

Diverse possono essere le cause che portano il bimbo a respirare a bocca aperta come ad esempio: ipertrofia delle adenoidi, tonsilliti, riniti.



### **ATTENZIONE** Deglutizione atipica infantile

Disturbo del meccanismo di deglutizione, caratterizzato dalla presenza e persistenza nel tempo di movimenti linguali non corretti. In questo caso la risoluzione del problema richiede la collaborazione sia dell'ortodontista che del logopedista (esercizi riabilitativi).





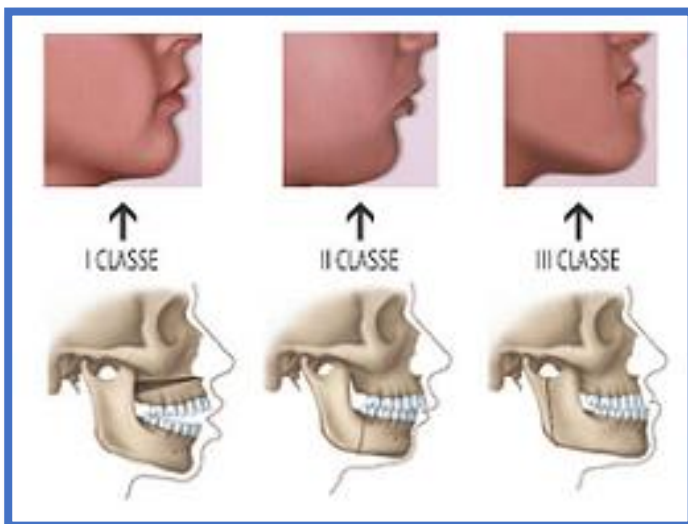
## ATTENZIONE Alla salute del cavo orale

La caduta prematura dei denti decidui determina la perdita degli spazi, questo ostacola la normale eruzione dei denti permanenti.



L'equilibrio oclusale dipende dal rapporto che il mascellare superiore (mascella) ha con il con il mascellare inferiore (mandibola).

## Classificazione dei rapporti scheletrici fra mascellare superiore e mandibola



## I Classe

Sono presenti: di armonia di sviluppo, corretto rapporto fra mascellare superiore e mandibola, profilo facciale regolare.

I denti superiori sovrastano correttamente i denti dell'arcata inferiore.

I denti intercuspидano tra loro come "una pentola con il proprio coperchio"

In genere le anomalie sono minime: i denti possono risultare solo leggermente affollati e/o disallineati.





## Il Classe (suddivisa in 2 divisioni)

Il mascellare superiore cresce maggiormente rispetto alla mandibola.

La mandibola è corta, di conseguenza il profilo facciale risulta arretrato e concavo a livello del mento.

- 1° divisione: i denti dell'arcata superiore sono sporgenti in avanti.

### INIZIALE



### FINALE



- 2° divisione: i denti dell'arcata superiore sono rivolti all'interno, in questo caso spesso è presente anche un morso profondo.

## INIZIALE



## FINALE



### III Classe:

Il mascellare superiore è contratto, non si sviluppa verso l'avanti in maniera proporzionale allo sviluppo della mandibola.

La mandibola risulta più lunga, di conseguenza il profilo facciale si presenta sporgente a livello del mento (definita scucchia).

Quasi sempre coesiste un morso inverso che può interessare sia molari che gli incisivi; nei casi più gravi, entrambe le tipologie di denti.



### INIZIALE



### FINALE



### **Morso inverso (cross bite) posteriore**

I denti posteriori non combaciano normalmente, quelli superiori chiudono all'interno dei denti inferiori.

"Il coperchio è più piccolo della pentola", di conseguenza non chiude bene.

Solitamente si determina quando l'arcata superiore è più stretta di quella inferiore. Può essere mono o bilaterale (frequenti nelle 3° classi).



### **Morso profondo (deep bite)**

Gli incisivi dell'arcata superiore coprono in modo eccessivo quelli dell'arcata inferiore.

È frequente nelle 2° classi - 2° divisione.



### **Morso aperto (open bite)**

I denti anteriori non entrano in contatto tra loro.

È spesso collegato all'uso prolungato del ciuccio o alla suzione del pollice o alla frequente interposizione della lingua fra i denti.

Si riscontra nella deglutizione atipica ed è frequente nelle 3° classi.



**Affollamento dentale:** i denti sono sovrapposti perché l'osso di supporto è piccolo.

Alcuni denti potrebbero non trovare lo spazio necessario per erompere in arcata, rimanendo così inclusi nell'osso.

L'affollamento è una problematica comune a tutte le classi di malocclusione.



### **Quando bisogna intervenire?**

L'ortodontista interviene quando la funzione della masticazione, della deglutizione, della fonazione e della mimica facciale viene compromessa o funziona in maniera impropria. Alcune volte, deve farlo in collaborazione con altri specialisti come ad esempio l'otorino, il logopedista, il fisioterapista.

### **Ortodonzia Pediatrica Intercettiva**

#### **"Chi prima inizia è a metà dell'opera"**

Le visite periodiche dal dentista, fin dai primi anni di età, hanno l'obiettivo di intercettare, prevenire ed eventualmente curare le varie patologie della bocca.

Intercettare precocemente la malocclusione, evita che essa possa evolversi e degenerare aggravandosi con la crescita.

## Quando iniziare il trattamento?

Il trattamento va calibrato caso per caso, non esiste un'età specifica. Quanto più grave è la malocclusione, tanto prima si consiglia di intervenire.



**ATTENZIONE** La crescita si arresta dopo la pubertà, quindi bisogna evitare di iniziare il trattamento troppo presto per evitare trattamenti troppo lunghi.

Oggi si tende a intervenire per step:

- intercettare la malocclusione ed applicare un apparecchio ortopedico-funzionale;
- seguire al termine della terapia, attraverso visite periodiche, la crescita del bambino;
- finalizzare o perfezionare la terapia ortodontica funzionale, se necessario, solo nel periodo pre-puberale e puberale.

Il lavoro “step by step” presenta il vantaggio di effettuare terapie più corte, riducendo i rischi di incorrere in effetti indesiderati come: episodi cariosi e perdita di collaborazione del paziente.

## Apparecchi di ortodonzia intercettiva

- DISPOSITIVI AD AZIONE ORTOPEDICO-FUNZIONALE

Sono dei dispositivi che vanno a *stimolare* il sistema neuromuscolare.

Non hanno azione diretta sui denti, ma agiscono sui muscoli: inducendo o modificando la crescita delle ossa. Di conseguenza lo spostamento dei denti avviene in maniera indiretta secondo un meccanismo: MUSCOLO ® OSSO ® DENTE

L'età giusta per intervenire è intorno ai 6-9 anni e il trattamento dura circa 18- 24mesi.

È accertato che il dispositivo funzionale se utilizzato correttamente, 12-18 ore al giorno, è in grado di risolvere il problema in circa 9-18 mesi.

*Ebook “Odontoiatria per tutti” a cura dello Studio Odontoiatrico Dott. Alessandro Palumbo*

## Regolatore di funzione di Frankel



## Placche funzionali di Cervera



- Sono caratterizzati da **SCUDI vestibolari**, **SCUDI linguali** e **BOTTONI labiali**.

Hanno la funzione di allontanare la forza centripeta incongruente della lingua per dare la possibilità, a tutto il complesso maxillofaciale, di crescere in armonia.

- Sono **privi di ganci di ritenzione** (il dispositivo è praticamente libero in bocca) perché devono sfruttare al massimo *“la funzione”*.

Il ragazzo deve essere costretto a chiudere le labbra, deglutire correttamente, posizionare la lingua nel giusto alloggiamento in modo tale da ottenere una rieducazione dei distretti muscolari che hanno causato la malocclusione scheletrica.

- **ESPANSORE RAPIDO PALATINO (REP)**

Il palato stretto è un difetto scheletrico molto frequente. Si traduce in una carenza dello spazio necessario per l'eruzione dei denti permanenti nell'arcata superiore.

L'utilizzo di un espansore del palato consente reperire lo spazio necessario per il completamento della permuta.



- **Invisalign FIRST**



L'ortodonzia invisibile, nata per soddisfare le necessità degli adulti, ha iniziato da qualche tempo ad occuparsi anche dei piccoli pazienti.

La tecnica è la stessa di quella descritta, in seguito, nella parte dedicata all'ortodonzia per gli adulti.

**Vantaggi per i bambini:**

- Non è prevista la presa delle impronte, che potrebbero procurare conati di vomito. Durante la scansione della bocca è possibile fermarsi, in base alle esigenze del bimbo, in qualsiasi momento. Questa procedura si trasforma nel gioco di "ricostruire la propria bocca".
- Non ci sono parti metalliche: diminuisce così il rischio di afte o irritazioni, inoltre il trattamento può essere fatto anche dai soggetti con particolari allergie (nichel).
- Non compromette l'estetica ed il linguaggio. Quest'ultimo riveste un ruolo importante nella fase di crescita per la pronuncia esatta delle parole;
- Non si ostacolano le manovre di igiene, determinanti in questa fase perché ad alto rischio di carie e di infiammazioni, perché rimovibili.



## **Ortodonzia dell'adulto**

### **'Non è mai troppo tardi'**

Si parla di *Ortodonzia dell'adulto* quando la dentizione permanente e la crescita cranio-facciale sono ormai complete.

Non esistono limiti di età per iniziare una cura ortodontica tanto che, in una bocca parodontalmente sana, è possibile guidare gli spostamenti dei denti anche se entro certi limiti.

La differenza sostanziale tra bambino e adulto sta nel fatto che:

- nel bambino si interviene sulla crescita scheletrica in atto;
- nell'adulto, per ovvi motivi, è possibile intervenire solo sui movimenti dei denti.

### **Perché mettere l'apparecchio da adulti?**

La richiesta di trattamento ortodontico in età adulta è dovuta principalmente a motivazioni estetiche. Però, non bisogna sottovalutare che una dentatura ben allineata facilita l'igiene orale domiciliare, fattore determinante per la salute di denti e gengive.

Una corretta occlusione migliora anche i problemi relativi all'ATM (articolazione temporo-mandibolare), che si ripercuotono negativamente sulla masticazione e sui movimenti di apertura e chiusura della bocca.

Infine, di una corretta occlusione ne beneficia anche la postura di tutto il corpo.

## Invisalign: apparecchio ideale per gli adulti "Quando l'ortodonzia c'è ma non si vede"



Il trattamento con Invisalign consiste in un **apparecchio invisibile**.

Consente di allineare i denti e risolvere le malocclusioni, ottenendo risultati ottimali, senza interferire con la vita di relazione del paziente.

Questo innovativo trattamento ortodontico consiste in una serie di mascherine (aligner) che sono:

- fabbricate su misura;
- sequenziali;
- trasparenti e rimovibili;
- in grado di spostare gradualmente i denti.

### Procedure lavorative

#### STEP 1 PRIMA VISITA

- Valutazione del paziente nel suo complesso tramite dialogo conoscitivo.
- Esami radiografici OPT/ Cone Beam.
- Scansione digitale dei denti con SCANNER 3D
- Fotografie intraorali ed extraorali.

## Che cos'è lo scanner iTero?



L' **iTero** è uno scanner intraorale che sostituisce l'impronta classica in alginato.

È dotato di una telecamera

che viene fatta scorrere delicatamente sui denti del paziente.

In questo modo, man mano, si catturano le immagini ed i volumi dei singoli denti e dei tessuti molli per poi ricomporle ottenendo, in tempo reale, il modello 3D della bocca del paziente.

## Invisalign Outcome Simulator

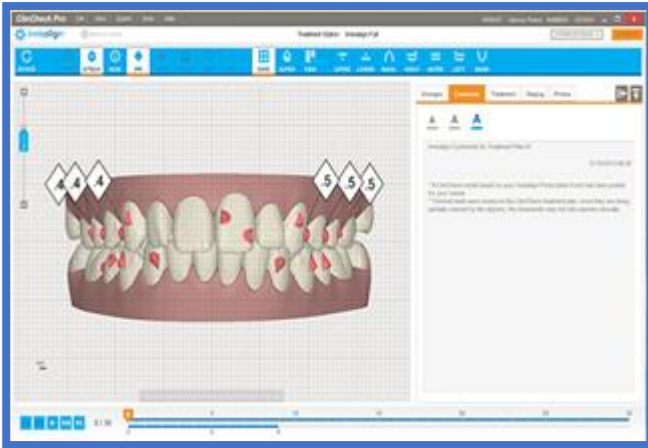
Questo rivoluzionario strumento consente al paziente di confrontare, in tempo reale, lo stato attuale della sua occlusione con il "nuovo sorriso" che si potrà ottenere alla fine sulla terapia ortodontica in pre-visualizzazione.

La pre-visualizzazione è una elaborazione eseguita dal Software attraverso sofisticati algoritmi, per mezzo della comparazione di *milioni di casi clinici simili* presenti nel data base.

**La documentazione acquisita, viene utilizzata dall'Ortodontista per creare un piano di trattamento ClinCheck 3D personalizzato.**

## STEP 2: ClinCheck®

### Cos'è il ClinCheck?



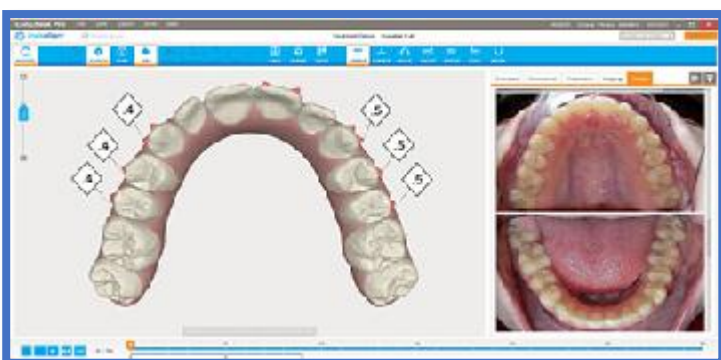
È un sofisticato software che consente all'ortodontista lavorando sul computer virtualmente sul modello 3D della bocca del paziente di:

dettare l'**esatta sequenza dei movimenti** dei denti **che condurranno al risultato finale**.

conoscere il numero complessivo di mascherine necessarie per completare il trattamento.

conoscere la durata e fare una previsione precisa del costo dello stesso.

Questo sistema permette al paziente di accettare il trattamento **consapevolmente e con fiducia e senza sorprese**.



Quando l'ortodontista è soddisfatto dei movimenti che ha pianificato per raggiungere il risultato, può **approvare** il ClinCheck.

Tutta la documentazione acquisita viene trasferita elettronicamente ad un centro di raccolta digitale, situato attualmente in Costa Rica. Invece, le mascherine vengono costruite negli USA.

Gli allineatori sono realizzati con un materiale innovativo definito “**SMART TRECK**”, esso:

- è molto elastico, caratteristica che rende la mascherina molto comoda da togliere e mettere;
- è in grado di sviluppare una forza delicata e quindi più costante, donando continuità al movimento e migliorando il controllo dello stesso;
- ha una grande flessibilità che ottimizza l’adattamento alla morfologia dentale, agli attachment e agli spazi interprossimali;
- rende i tempi di trattamento fino al 50% più rapidi.

### **STEP 3: CONSEGNA DEGLI Aligner**



Il paziente riceve il primo set di Aligner da indossare tutti i giorni (almeno per **22 ore**).

La fase di adattamento è di breve durata, ci si abitua al loro utilizzo, apprezzandone la facilità e la comodità della tecnica.

Ogni mascherina va indossata in media **per 2 settimane** per poi essere sostituita con una nuova.

La mascherina quindi rimane intatta, non ha tempo di deteriorarsi ingiallendo o deformandosi.

In questa fase, se previsti, si posizionano gli Attachment anch’essi invisibili, che servono per aumentare la ritenzione dell’aligner sui denti.

## STEP 4: I RISULTATI



Le visite di controllo previste ogni 6-8 settimane permettono di:

- monitorare i progressi raggiunti;
- valutare che il trattamento stia proseguendo secondo quanto pianificato nel ClinCheck;
- consegnare al paziente i successivi 4 Set di aligner.

## STEP 5: FINE TRATTAMENTO

### CONTENZIONE

**La contenzione è l'ultima fase del trattamento ortodontico e serve, una volta terminata la fase attiva, per stabilizzare il risultato raggiunto.**

Al termine del trattamento, si consegnano al paziente i **Vivera Retainer**.

I Retainer sono delle mascherine trasparenti, che si basano sulla stessa tecnologia avanzata e personalizzata usata per gli aligner Invisalign.

Vanno indossati solo la notte per aiutare il paziente a conservare il nuovo sorriso raggiunto, mantenendo e stabilizzando i denti nella loro nuova posizione raggiunta.



Tirocinante Laureanda in odontoiatria: **Ylenia Denovellis**

- Laureanda in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università di Chieti e Interna nel reparto di Ortodonzia e Gnatologia presso la clinica universitaria di Chieti.