

CORSO INTENSIVO SU RIUNITO, SU SIMULATORI E SU TESSUTI DI ANIMALE DI CHIRURGIA PARODONTALE MUCOGENGIVALE DEGLI INNESTI E DELLE RECESSIONI CON CONTROLLI AL MICROSCOPIO OPERATORIO

24 CREDITI ECM (rif. 327-8030711)

Data del prossimo corso:

08-09-10 Marzo 2010.

Il corso inizia alle ore 14.45 della prima giornata e termina alle ore 14.30 della terza giornata (apertura segreteria alle ore 14.00).

PROGRAMMA GENERALE

62 esercitazioni pratiche su simulatori che riproducono le strutture anatomiche e su tessuti di animale (20 ore di esercitazioni in tre giornate).

Ogni partecipante esegue personalmente sotto il continuo controllo del docente e del tutor:

- una serie di **innesti liberi di gengiva** aderente.
- una serie di **innesti liberi di connettivo** sottoepiteliale.
- una serie di **lembi a riposizionamento coronale e laterale** per il trattamento delle recessioni gengivali con la applicazione di **membrane riassorbibili** per GTR.
- una serie di **frenulotomie e frenulectomie**.
- una serie di lembi per il **recupero di radici fratturate** a livello sottogengivale ed infraosseo.
- la **analisi dei rischi chirurgici** in tutte le posizioni delle arcate e dei metodi per prevenire e correggere gli errori.
- la **analisi ergonomica** dello strumentario diviso in vassoi.

Viene consegnata **una serie di testi** per la memorizzazione.

Ogni partecipante, anche se privo di precedenti esperienze, **acquisisce un metodo sistematico di Chirurgia Parodontale degli Innesti e delle Recessioni** che si caratterizza per la **prevedibilità e la prevenzione dei rischi chirurgici** e lo può subito applicare nella attività professionale.

Costo del corso:

€ 1.200 + IVA

**Il costo è comprensivo di tutti gli strumenti e tutti i materiali didattici.
L'iscrizione all'Associazione è gratuita.**

**Per i giovani odontoiatri senza partita IVA, per gli studenti del CLOPD
e per i soci AISO.**

€ 960 + IVA

CORSO DI CHIRURGIA PARODONTALE DEGLI INNESTI E DELLE RECESSIONI

IL METODO DIDATTICO DEI CORSI SU TESSUTI NELLA SEDE DIDATTICA DI PADOVA

Nella nuova sede didattica di Padova vi sono **34 posti di lavoro al riunito** adiacenti alla sala dimostrazione con telecamere a circuito chiuso e **sei postazioni radiografiche** radio-protette per i controlli radiografici intraoperatori.

Il corso consiste in una **serie continua di 20 ore di esercitazioni pratiche** su simulatori con tessuti sintetici e di animali e con denti veri, che presentano una consistenza e una radioopacità simile a quella del paziente.

In ogni esercitazione pratica i partecipanti **sono aiutati continuamente dal docente e dal tutor** al loro posto di lavoro al riunito.

Tutte le esercitazioni pratiche presentano **difficoltà volutamente maggiori della pratica clinica** per permettere a tutti i partecipanti la acquisizione rapida delle metodiche anche se privi di precedenti esperienze.

Il personale **fornisce**, ad ogni partecipante, **i vassoi con tutti gli strumenti e i materiali didattici necessari**.

Tutte le esercitazioni vengono **analizzate con telecamere** a circuito chiuso nella sala dimostrazione ed i partecipanti **eseguono personalmente tutti i controlli radiografici necessari**.

Per la memorizzazione delle metodiche ai partecipanti viene consegnato un **programma dettagliato delle esercitazioni con la descrizione fase per fase di tutte le procedure operative**, che serve per la acquisizione delle metodiche durante il corso e per la messa a punto delle procedure prima di applicarle su paziente.

Per i partecipanti che lo richiedono è possibile la **duplicazione in DVD o in videocassetta delle registrazioni TV-CC** delle esercitazioni pratiche su tessuti.

Alla fine dei corsi, alle ore 14.30 della terza giornata, vengono consegnati ai partecipanti i moduli ECM che opportunamente compilati e consegnati alla segreteria permettono di **ricevere immediatamente il certificato con i crediti ECM** acquisiti durante il corso.



**CORSO DI CHIRURGIA PARODONTALE DEGLI INNESTI E
DELLE RECESSIONI
24 CREDITI ECM**

**Programma dettagliato delle esercitazioni
eseguite dai partecipanti al corso:**

esercitazione per intervento di innesto libero di epitelio pluristratificato cheratinizzato in sede 12	Pag. 5
esercitazione per intervento di innesto libero di epitelio pluristratificato cheratinizzato in sede 48	Pag. 9
esercitazione per intervento di innesto libero di epitelio pluristratificato cheratinizzato in sede 33 34 35	Pag. 13
esercitazione per intervento di riposizionamento coronale in sede 26 28	Pag. 17
esercitazione per intervento di innesto connettivo sottoepiteliale in sede 15	Pag. 20
esercitazione per intervento di riposizionamento laterale in sede 23	Pag. 21
esercitazione per intervento di recupero di radice fratturata a livello sottogengivale e infraosseo	Pag. 28
esercitazione per intervento di frenulectomia interincisiva superiore con microlembi a scorrimento apicale	Pag. 30
esercitazione per intervento di innesto libero di epitelio pluristratificato cheratinizzato su tessuto animale	Pag. 32
esercitazione per intervento di riposizionamento coronale su tessuti di animale	Pag. 36
esercitazione per intervento di innesto di connettivo sottoepiteliale su tessuti di animale	Pag. 39
esercitazione per intervento di riposizionamento laterale su tessuti di animale	Pag. 43
esercitazione per intervento frenulectomia interincisiva superiore su tessuti di animale con microlembi a scorrimento apicale	Pag. 46

Esercitazione per intervento di innesto libero di epitelio pluristratificato cheratinizzato in sede 12

esercitazione eseguita nella ipotesi di recessione gengivale vestibolare di II classe senza importanza estetica

vassoi utilizzati:

- vassoio con strumenti fondamentali
 - prima parte del vassoio per chirurgia parodontale
 - seconda parte del vassoio per chirurgia parodontale
 - terza parte del vassoio per chirurgia parodontale
 - quarta parte del vassoio per chirurgia parodontale
- dai Protocolli dei Materiali Essenziali**

Preparazione del letto recettore

- 1) collocare il capo del simulatore in posizione verticale
- 2) applicare l'apribocca
- 3) ritagliare un rettangolo di reticolo millimetrato adesivo delle dimensioni dell'innesto, della altezza verticale di cinque millimetri e la larghezza di dieci millimetri
- 4) rimuovere il supporto cartaceo del reticolo con la pinzetta odontoiatrica
- 5) fare aderire il reticolo al letto recettore, al centro della recessione, con il lato lungo più occlusale in corrispondenza del margine gengivale della recessione
- 6) tracciare con il pennarello il progetto delle incisioni a spessore parziale, in corrispondenza del lato lungo più occlusale e dei due lati corti mesiale e distale
- 7) rimuovere il reticolo millimetrato e conservarlo per il progetto del letto donatore
- 8) montare sul manico del bisturi una lama tonda n. 15
- 9) eseguire una prima incisione a spessore parziale con bisello interno, tenendo la lama con una inclinazione di circa 30-45 gradi, su questi tre lati, per la profondità di pochi decimi di millimetro
- 10) eseguire con sonda odontoiatrica il sondaggio transmucoso in corrispondenza del letto recettore, per analizzare lo spessore del tessuto muscolare
- 11) eseguire la dissezione di un lembo a spessore parziale a partire dal lato lungo occlusale con movimenti circolari di piccola ampiezza della lama del bisturi
- 12) controllare che il letto recettore vascolarizzato sottostante rimanga il più possibile sottile, e comprenda solo il periostio e lo strato muscolare profondo

- 13) proseguire le incisioni verticali dei due lati corti del letto recettore in direzione apicale per qualche millimetro, sempre a spessore parziale
- 14) afferrare il lembo con la pinza chirurgica e proseguire la dissezione del lembo a spessore parziale in direzione apicale, per avere un buon rilasciamento spontaneo del lembo
- 15) con movimenti solo laterali della lama del bisturi, disinserire apicalmente e lateralmente le fibre muscolari, in modo da lasciare un letto recettore vascolarizzato ma stabile sulla corticale ossea
- 16) controllare la stabilità del letto recettore con la sonda parodontale
- 17) montare un ago con filo 4/0 sulla pinza portaaghi
- 18) divaricare il lembo a spessore parziale con la parte riflettente dello scollaperiostio
- 19) agganciare con l'ago il periostio e lo strato muscolare più profondo, più apicalmente del letto recettore, nella zona mesiale
- 20) controllare che l'aggancio periosteale sia stabile eseguendo una trazione mesiale e distale del filo
- 21) passare l'ago ed il filo in corrispondenza dell'angolo mesiale del lembo del lembo dall'interno verso l'esterno
- 22) fare scorrere il filo e tagliarlo senza annodarlo, ottenendo due capi di circa cinque e dieci centimetri di lunghezza
- 23) eseguire la stessa procedura di aggancio del periostio e di passaggio del filo in corrispondenza dell'angolo distale del lembo in modo da ottenere anche un filo distale per stabilizzare il lembo
- 24) annodare i due fili, comprimendo contemporaneamente il lembo verso il periostio sottostante, in modo che il margine del lembo a spessore parziale sia stabilizzato apicalmente
- 25) controllare che il lembo a spessore parziale aderisca allo strato muscolare profondo e al periostio e che lasci quindi libero il letto recettore
- 26) non tagliare i capi dei fili e tenerli quindi lunghi, perché serviranno successivamente per le suture circumdentali di stabilizzazione dell'innesto
- 27) eseguire i punti di sutura staccati necessari per fare collabire i margini delle incisioni laterali
- 28) applicare una garza asciutta per favorire l'emostasi

Prelevamento dell'innesto libero

- 29) collocare il simulatore in posizione supina
- 30) fare aderire lo stesso reticolo millimetrato usato per il letto recettore alla zona palatale del primo quadrante
- 31) controllare che il reticolo adesivo sia collocato sul letto donatore dietro le pliche palatali

- 32) controllare che il reticolo adesivo sia collocato a circa cinque millimetri dal margine gengivale palatale dei premolari, con il lato lungo parallelo al margine gengivale
- 33) tracciare con pennarello il perimetro del letto donatore (in leggero eccesso per compensare la retrazione immediata dell'innesto)
- 34) rimuovere il reticolo millimetrato
- 35) eseguire la prima incisione a spessore parziale sui lati dell'innesto con la lama inclinata a circa 30-45 gradi, per una profondità di pochi decimi di millimetro
- 36) eseguire la dissezione dell'innesto con movimenti rotatori di piccola ampiezza della lama del bisturi, tenendola parallela alla superficie epiteliale
- 37) mantenere la lama alla profondità alla quale si intravede appena (corrispondente allo spessore dell'epitelio pluristratificato, alla membrana basale e al primo connettivo sottoepiteliale)
- 38) rimuovere l'innesto e collocarlo nel bicchierino di vetro con soluzione fisiologica
- 39) eseguire con filo 4/0 una sutura continua per l'emostasi capillare in corrispondenza dei margini del letto donatore
- 40) iniziare la sutura continua eseguendo un nodo iniziale all'angolo distale e craniale del letto donatore
- 41) senza tagliare i capi del filo, proseguire la sutura continua con passaggi successivi dell'ago sul margine del letto donatore, iniziando dal lato lungo più craniale
- 42) controllare che l'ago sia passato all'interno della ansa di filo che si è formata dal passaggio precedente
- 43) tendere la sutura continua in modo che comincino ad evidenziarsi i passaggi trasversali intervallati da passaggi orizzontali
- 44) applicare una pinza di contrappeso per evitare che la sutura continua si detenda durante i passaggi successivi dell'ago
- 45) terminare la sutura continua con un nodo finale, utilizzando come capo corto lo stesso capo corto del nodo iniziale
- 46) applicare una garza asciutta sul letto donatore per favorire l'emostasi

Stabilizzazione dell'innesto libero

- 47) collocare il simulatore in posizione verticale
- 48) controllare lo spessore dell'innesto, ed eventualmente assottigliarlo con bisturi dal lato connettivale, dopo averlo osservato alla luce del riunito per distinguerne il verso
- 49) controllare le dimensioni dell'innesto, ed eventualmente ridurlo con la forbice curva

- 50) circondare l'elemento 12 con un capo lungo della sutura del lembo a spessore parziale
- 51) annodare il capo lungo con il capo corto corrispondente per realizzare una sutura circumdentale
- 52) tenere sollevata la sutura circumdentale con una sonda odontoiatrica
- 53) collocare l'innesto sul letto recettore facendolo scorrere al di sotto della sutura circumdentale
- 54) controllare che la superficie epiteliale dell'innesto sia rivolta verso l'esterno
- 55) controllare che il margine più sottile dell'innesto corrisponda al lato lungo occlusale, per ottenere un aspetto più omogeneo della superficie epiteliale a guarigione avvenuta
- 56) circondare l'elemento 21 con l'altro capo lungo della sutura del lembo a tutto spessore
- 57) annodare il capo lungo con il corrispondente capo corto, eseguendo quindi una seconda sutura circumdentale di stabilizzazione dell'innesto
- 58) applicare solo se necessario punti staccati 4/0 di ulteriore stabilizzazione tra l'innesto e i margini laterali del letto recettore
- 59) mescolare i due componenti dell'impacco chirurgico sul blocco di fogli con la spatola monouso
- 60) lubrificare i guanti con acqua e sapone per evitare che aderiscano all'impacco
- 61) attendere che l'impacco chirurgico sia sufficientemente consolidato, in modo che non si infiltri al di sotto dell'innesto
- 62) applicare con le dita l'impacco chirurgico sul letto recettore circondando palatalmente l'elemento 12, in modo che abbia una ritenzione geometrica negli spazi interprossimali
- 63) rimuovere la parte di cemento chirurgico in eccesso dalle zone occlusali e vestibolari, utilizzando la curette di Gracey 7-8 lubrificata con l'acqua saponata presente nei guanti

Esercitazione per intervento di innesto libero di epitelio pluristratificato cheratinizzato in sede 48

esercitazione eseguita per recessione gengivale vestibolare di II classe senza importanza estetica

vassoi utilizzati:

- **vassoio con strumenti fondamentali**
- **prima parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **seconda parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **terza parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **quarta parte del vassoio per chirurgia parodontale**

dai Protocolli dei Materiali Essenziali

Preparazione del letto recettore

- 1) collocare il simulatore in posizione verticale
- 2) applicare l'apribocca
- 3) ritagliare un rettangolo di reticolo millimetrato adesivo delle dimensioni dell'innesto con la altezza verticale di cinque millimetri e la larghezza di dieci millimetri
- 4) rimuovere il supporto cartaceo del reticolo con la pinzetta odontoiatrica
- 5) fare aderire il reticolo al letto recettore, al centro della recessione, con il lato lungo più occlusale in corrispondenza del margine gengivale della recessione
- 6) tracciare con il pennarello il progetto delle incisioni a spessore parziale, in corrispondenza del lato lungo più occlusale e dei due lati corti mesiale e distale
- 7) rimuovere il reticolo millimetrato e conservarlo per il progetto del letto donatore
- 8) montare sul manico del bisturi una lama tonda n. 15
- 9) eseguire una prima incisione a spessore parziale con bisello interno del letto recettore su questi tre lati, con la lama inclinata di circa 30-45 gradi, per la profondità di pochi decimi di millimetro
- 10) eseguire con sonda odontoiatrica il sondaggio transmucoso in corrispondenza del letto recettore, per analizzare lo spessore del tessuto muscolare
- 11) eseguire la dissezione di un lembo a spessore parziale a partire dal lato lungo occlusale, con movimenti rotatori della lama della ampiezza di pochi millimetri

- 12) controllare che il letto recettore vascolarizzato sottostante rimanga il più possibile sottile, e comprenda solo il periostio e lo strato muscolare profondo
- 13) proseguire le incisioni verticali dei due lati corti del letto recettore in direzione apicale per qualche millimetro, sempre a spessore parziale
- 14) afferrando il lembo con la pinza chirurgica, proseguire la dissezione con bisturi del lembo a spessore parziale in direzione apicale, per avere un buon rilasciamento spontaneo del lembo
- 15) con movimenti solo laterali della lama, disinserire apicalmente e lateralmente le fibre muscolari, in modo da lasciare un letto recettore vascolarizzato ma stabile sulla corticale
- 16) controllare la stabilità del letto recettore con la sonda parodontale
- 17) montare un ago con filo 4/0 sulla pinza portaaghi
- 18) divaricare il lembo a spessore parziale con la parte riflettente dello scollaperiostio
- 19) agganciare con l'ago il periostio e lo strato muscolare più profondo, più apicalmente del letto recettore, nella zona mesiale
- 20) se necessario diminuire il raggio di curvatura dell'ago deformandolo con due pinze portaaghi, o agganciare il tessuto più apicalmente, all'angolo di riflessione del lembo
- 21) controllare che l'aggancio periosteale sia stabile eseguendo una trazione mesiale e distale
- 22) passare l'ago ed il filo in corrispondenza dell'angolo mesiale del lembo dall'interno verso l'esterno
- 23) fare scorrere il filo e tagliare il filo senza annodarlo, ottenendo capi di circa cinque e dieci centimetri di lunghezza
- 24) eseguire la stessa procedura di aggancio del periostio e di passaggio del filo in corrispondenza dell'angolo distale del lembo
- 25) annodare i due fili, comprimendo contemporaneamente il lembo verso il periostio sottostante
- 26) controllare che il lembo a spessore parziale sia stabilizzato apicalmente aderendo allo strato muscolare profondo e al periostio, e che lasci quindi libero il letto recettore
- 27) non tagliare i capi dei fili perché serviranno successivamente per le suture circumdentali di stabilizzazione dell'innesto
- 28) eseguire i punti di sutura staccati necessari per fare collabire i margini delle incisioni laterali
- 29) applicare una garza asciutta per favorire l'emostasi

Prelevamento dell'innesto libero

- 30) collocare il simulatore in posizione supina
- 31) fare aderire lo stesso reticolo millimetrato usato per il letto recettore alla zona palatale del primo quadrante, dietro al letto donatore della precedente esercitazione
- 32) controllare che il reticolo sia collocato a circa cinque millimetri dal margine gengivale palatale degli elementi dentari, con il lato lungo parallelo al margine gengivale
- 33) tracciare con pennarello il perimetro del letto donatore (in leggero eccesso per compensare la retrazione immediata dell'innesto)
- 34) rimuovere il reticolo millimetrato
- 35) eseguire le prime incisioni a spessore parziale ai lati dell'innesto, con la lama inclinata a circa 30-45 gradi, per una profondità di pochi decimi di millimetro
- 36) eseguire il prelievo dell'innesto con movimenti oscillatori di piccola ampiezza della lama del bisturi, con la lama parallela alla superficie epiteliale
- 37) mantenere la lama alla profondità alla quale si intravede appena (e che corrisponde allo spessore dell'epitelio pluristratificato, alla membrana basale e al primo connettivo sottoepiteliale)
- 38) rimuovere l'innesto e collocarlo nel bicchierino di vetro con soluzione fisiologica
- 39) eseguire una sutura continua per l'emostasi capillare con filo 4/0 in corrispondenza dei margini del letto donatore
- 40) iniziare la sutura continua con il nodo iniziale all'angolo distale e craniale del letto donatore
- 41) senza tagliare i capi del filo, proseguire la sutura continua con passaggi successivi dell'ago iniziando dal lato lungo più craniale
- 42) controllare che l'ago sia passato all'interno della ansa di filo che si è formata dal passaggio precedente
- 43) tendere la sutura continua in modo che comincino ad evidenziarsi i passaggi trasversali intervallati da passaggi orizzontali
- 44) applicare una pinza di contrappeso per evitare che la sutura continua si detenda durante i passaggi successivi dell'ago
- 45) terminare la sutura continua con un nodo finale, utilizzando come capo corto lo stesso capo corto del nodo iniziale
- 46) applicare una garza asciutta sul letto donatore per favorire l'emostasi

Stabilizzazione dell'innesto libero

- 47) collocare il simulatore in posizione verticale
- 48) controllare lo spessore dell'innesto, ed eventualmente assottigliarlo con bisturi dal lato connettivale dopo averlo osservato alla luce del riunito per distinguerne il verso
- 49) controllare le dimensioni dell'innesto, ed eventualmente ridurlo con la forbice curva
- 50) circondare l'elemento 48 con il capo lungo del filo mesiale della sutura del lembo a spessore parziale
- 51) annodare il capo lungo con il capo corto corrispondente per realizzare una sutura circumdentale attorno al 48
- 52) tenere sollevata la sutura circumdentale con una sonda odontoiatrica
- 53) collocare l'innesto sul letto recettore facendolo scorrere al di sotto della sutura circumdentale
- 54) controllare che la superficie epiteliale dell'innesto sia rivolta verso l'esterno
- 55) controllare che il margine più sottile dell'innesto corrisponda al lato lungo oclusale, per ottenere un aspetto più omogeneo della superficie epiteliale a guarigione avvenuta
- 56) circondare l'elemento 47 con l'altro capo lungo della sutura del lembo a spessore parziale
- 57) annodare il capo lungo con il corrispondente capo corto, eseguendo quindi una seconda sutura circumdentale di stabilizzazione dell'innesto attorno al 47
- 58) eseguire un punto di sutura Donati non incrociato passando l'ago nelle zone distali e mesiali all'esterno del letto recettore
- 59) controllare che il punto Donati sia sufficientemente stretto e che quindi sposti verso il basso i fili delle legature circumdentali, stabilizzando meglio l'innesto
- 60) applicare solo se necessario punti staccati 4/0 di ulteriore stabilizzazione tra l'innesto e i margini laterali del letto recettore
- 61) mescolare i due componenti dell'impacco chirurgico sul blocco di fogli con la spatola monouso
- 62) lubrificare i guanti con acqua e sapone per evitare che aderiscano all'impacco
- 63) attendere che l'impacco chirurgico sia sufficientemente consolidato, in modo che non si infiltri al di sotto dell'innesto
- 64) applicare con le dita l'impacco chirurgico sul letto recettore circondando lingualmente l'elemento 48 in modo che abbia una ritenzione geometrica negli spazi interprossimali
- 65) rimuovere la parte di cemento chirurgico in eccesso dalle zone oclusali e vestibolari utilizzando la curette di Gracey 7-8 lubrificata con l'acqua saponata presente nei guanti

Esercitazione per intervento di innesto libero di epitelio pluristratificato cheratinizzato in sede 33 34 35

esercitazione eseguita nella ipotesi di tre recessioni gengivali vestibolari di II classe senza importanza estetica, e che il forame mentoniero sia a pochi millimetri dal letto recettore

vassoi utilizzati:

- vassoio con strumenti fondamentali
 - prima parte del vassoio per chirurgia parodontale
 - seconda parte del vassoio per chirurgia parodontale
 - terza parte del vassoio per chirurgia parodontale
 - quarta parte del vassoio per chirurgia parodontale
- dai Protocolli dei Materiali Essenziali**

Preparazione del letto recettore

- 1) collocare il simulatore in posizione verticale
- 2) applicare l'apribocca
- 3) ritagliare un rettangolo di reticolo millimetrato adesivo delle dimensioni dell'innesto, con la altezza verticale di cinque millimetri e la larghezza di circa trenta millimetri
- 4) controllare che il reticolo superi le recessioni in corrispondenza del 33 e 35 per circa cinque millimetri
- 5) rimuovere il supporto cartaceo del reticolo con la pinzetta odontoiatrica
- 6) fare aderire il reticolo al letto recettore con il lato lungo più occlusale in corrispondenza del margine gengivale delle recessioni
- 7) tracciare con il pennarello il progetto delle incisioni a spessore parziale, in corrispondenza di tutto il perimetro del letto recettore
- 8) rimuovere il reticolo millimetrato e conservarlo per il progetto del letto donatore
- 9) eseguire una prima incisione a spessore parziale con bisello interno, tenendo la lama inclinata di circa 30-45 gradi, su tutti quattro i lati, per la profondità di pochi decimi di millimetro
- 10) eseguire con sonda odontoiatrica il sondaggio transmucoso in corrispondenza del letto recettore, per analizzare lo spessore del tessuto muscolare
- 11) iniziare la dissezione a spessore parziale a partire dal lato lungo occlusale, con la lama parallela alla superficie epiteliale, con escursioni rotatorie della ampiezza di pochi millimetri

- 12) controllare che il letto recettore vascolarizzato sottostante rimanga il più possibile sottile, e comprenda solo il periostio e lo strato muscolare profondo
- 13) proseguire la dissezione con bisturi del lembo a spessore parziale fino ad incontrare il lato lungo più apicale
- 14) terminata la dissezione rimuovere l'epitelio e lo strato muscolare superficiale del letto recettore
- 15) con movimenti solo laterali della lama del bisturi, disinserire apicalmente e lateralmente le fibre muscolari in modo da lasciare un letto recettore vascolarizzato ma stabile sulla corticale ossea
- 16) controllare la stabilità del letto recettore con la sonda parodontale
- 17) montare un ago con filo 4/0 sulla pinza portaaghi
- 18) agganciare con l'ago il periostio e lo strato muscolare più profondo attraversando l'epitelio, appena più apicalmente del letto recettore, in corrispondenza della recessione in sede 33
- 19) controllare che l'aggancio periosteale sia stabile eseguendo una trazione mesiale e distale
- 20) fare scorrere il filo e tagliarlo, ottenendo due capi di circa cinque e dieci centimetri di lunghezza
- 21) annodare il filo senza tagliarlo ulteriormente, per potere poi eseguire la legatura circumdentale di stabilizzazione dell'innesto
- 22) eseguire la stessa procedura di aggancio del periostio e di annodamento del filo sul margine lungo apicale del letto recettore in corrispondenza della recessione in sede 34
- 23) eseguire la stessa procedura di aggancio del periostio e di annodamento del filo sul margine lungo apicale del letto recettore in corrispondenza della recessione in sede 35
- 24) controllare che con questi tre fili il margine apicale del letto recettore sia stabilizzato sul piano periosteale sottostante
- 25) applicare una garza asciutta per favorire l'emostasi

Prelevamento dell'innesto libero

- 26) collocare il simulatore in posizione supina
- 27) fare aderire lo stesso reticolo millimetrato usato per il letto recettore alla zona palatale del secondo quadrante, appena distalmente alle pliche palatine
- 28) controllare che il reticolo sia collocato a circa cinque millimetri dal margine gengivale degli elementi dentari, con il lato lungo parallelo al margine gengivale
- 29) tracciare con pennarello il perimetro del letto donatore (in leggero eccesso per compensare la retrazione immediata dell'innesto)

- 30) rimuovere il reticolo millimetrato
- 31) eseguire le prime incisioni a spessore parziale sui lati dell'innesto, con la lama inclinata a circa 30-45 gradi, per una profondità di pochi decimi di millimetro
- 32) eseguire il prelievo dell'innesto con movimenti oscillatori di piccola ampiezza della lama del bisturi, con la lama parallela alla superficie epiteliale
- 33) mantenere la lama alla profondità alla quale si intravede appena (e che corrisponde allo spessore dell'epitelio pluristratificato, alla membrana basale e al primo connettivo sottoepiteliale)
- 34) rimuovere l'innesto e collocarlo nel bicchierino di vetro con soluzione fisiologica
- 35) nella ipotesi di sanguinamento arterioso, clampare il tessuto nella zona sanguinante con pinze portaaghi
- 36) nella ipotesi di sanguinamento arterioso, applicare un punto staccato con filo 2/0 per ischemizzare cranialmente il tessuto comprimendo con la sutura il decorso della arteria
- 37) se vi è ancora sanguinamento arterioso, eseguire nuovi punti staccati utilizzando lo stesso capo lungo e capo corto, per ischemizzare zone sempre più ampie cranialmente e lateralmente
- 38) solo quando il sanguinamento arterioso è controllato, tagliare i capi lungo e corto
- 39) eseguire una sutura continua per l'emostasi capillare con filo 4/0 in corrispondenza dei margini del letto donatore
- 40) iniziare la sutura continua con il nodo iniziale all'angolo distale e craniale del letto donatore
- 41) senza tagliare i capi del filo, proseguire la sutura continua con passaggi successivi dell'ago iniziando dal lato lungo più craniale
- 42) controllare che l'ago sia passato all'interno della ansa di filo che si è formata dal passaggio precedente
- 43) tendere la sutura continua in modo che comincino ad evidenziarsi i passaggi trasversali intervallati da passaggi orizzontali
- 44) applicare una pinza di contrappeso per evitare che la sutura continua si detenda durante la esecuzione dei passaggi successivi dell'ago
- 45) terminare la sutura continua con un nodo finale, utilizzando come capo corto lo stesso capo corto del nodo iniziale
- 46) applicare una garza asciutta sul letto donatore per favorire l'emostasi

Stabilizzazione dell'innesto libero

- 47) collocare il simulatore in posizione verticale
- 48) controllare lo spessore dell'innesto, ed eventualmente assottigliarlo con bisturi dal lato connettivale dopo averlo osservato alla luce del riunito per distinguerne il verso
- 49) controllare le dimensioni dell'innesto, ed eventualmente ridurlo con la forbice curva
- 50) circondare l'elemento 34 con il capo lungo del filo corrispondente
- 51) annodare il capo lungo con il capo corto per realizzare una sutura circumdentale attorno al 34
- 52) tenere sollevata la sutura circumdentale con una sonda odontoiatrica
- 53) collocare l'innesto nel letto recettore facendolo scorrere al di sotto della sutura circumdentale
- 54) controllare che la superficie epiteliale dell'innesto sia rivolta verso l'esterno
- 55) controllare che il margine più sottile dell'innesto corrisponda al lato lungo occlusale, per ottenere un aspetto più omogeneo della superficie epiteliale a guarigione avvenuta
- 56) circondare l'elemento 33 con il capo lungo del filo corrispondente ed annodare con il capo corto, eseguendo quindi una seconda sutura circumdentale di stabilizzazione dell'innesto
- 57) circondare l'elemento 35 con il capo lungo del filo corrispondente ed annodare con il capo corto, eseguendo quindi una terza sutura circumdentale di stabilizzazione dell'innesto
- 58) applicare solo se necessario punti staccati 4/0 di ulteriore stabilizzazione tra l'innesto e i margini laterali del letto recettore
- 59) mescolare i due componenti dell'impacco chirurgico sul blocco di fogli con la spatola monouso
- 60) lubrificare i guanti con acqua e sapone per evitare che aderiscano all'impacco
- 61) attendere che l'impacco chirurgico sia sufficientemente consolidato, in modo di non correre il rischio che si infiltrino al di sotto dell'innesto
- 62) applicare con le dita l'impacco chirurgico sul letto recettore circondando lingualmente gli elementi 33 34 35 in modo che abbia una ritenzione geometrica negli spazi interprossimali
- 63) rimuovere la parte di cemento chirurgico in eccesso dalle zone occlusali e vestibolari utilizzando la curette di Gracey 7-8 lubrificata con l'acqua saponata presente nei guanti

Esercitazione per intervento di riposizionamento coronale in sede 26

esercitazione eseguita nella ipotesi di recessione gengivale vestibolare di I classe per coprire la radice denudata e ridurre la sensibilità dentinale

vassoi utilizzati:

- vassoio con strumenti fondamentali
 - prima parte del vassoio per chirurgia parodontale
 - seconda parte del vassoio per chirurgia parodontale
 - quarta parte del vassoio per chirurgia parodontale
- dai Protocolli dei Materiali Essenziali**

- 1) collocare il simulatore in posizione verticale e applicare l'apribocca
- 2) con la curette di Gracey 7-8 eseguire la levigatura radicolare della radice denudata in corrispondenza della recessione vestibolare del 26
- 3) con la pinzetta odontoiatrica prelevare una spugnetta e bagnarla con acido citrico
- 4) applicare la spugnetta sulla radice denudata
- 5) dopo 3-4 minuti rimuovere la spugnetta ed eliminare l'acidità residua con acqua del riunito
- 6) con il pennarello a punta fine tracciare il decorso delle incisioni rilascianti divergenti di circa 25-30 gradi in direzione apicale
- 7) controllare che il tracciato delle incisioni rilascianti inizi sul fondo del vestibolo e termini al limite laterale della recessione
- 8) con il pennarello tracciare il decorso della incisione orizzontale che corrisponde al limite apicale della recessione vestibolare e incontra mesialmente e distalmente le incisioni rilascianti
- 9) montare sul manico del bisturi una lama tonda n. 15
- 10) con la lama del bisturi inclinata a circa 45 gradi verso l'interno del lembo, eseguire la incisione rilasciante mesiale a tutto spessore dal fondo del fornice all'incontro con la incisione orizzontale
- 11) completare a spessore parziale la incisione rilasciante mesiale fino ad arrivare alla papilla - mesiale
- 12) con la lama del bisturi inclinata a circa 45 gradi verso l'interno del lembo eseguire la incisione rilasciante distale a tutto spessore dal fondo del fornice all'incontro con la incisione orizzontale
- 13) completare la incisione rilasciante distale a spessore parziale fino ad arrivare alla papilla distale

- 14) eseguire la incisione orizzontale a tutto spessore iniziando sul fondo del solco gengivale e proseguendo in direzione mesiale e distale, sempre con inclinando la lama a circa 45 gradi
- 15) con la lama parallela alla superficie epiteliale eseguire la disepitelizzazione dei due piccoli triangoli di tessuto lateralmente alla recessione che costituiranno due letti recettori vascolarizzati
- 16) rimuovere eventuali residui epiteliali ancora presenti all'interno del margine gengivale con la curette di Gracey 7-8
- 17) con lo scollaperiostio iniziare lo scollamento a tutto spessore del lembo trapezoidale a spessore totale, a partire dal lato occlusale
- 18) completare lo scollamento completo del lembo con i consueti movimenti longitudinale, laterale e rotatorio sull'asse dello scollaperiostio
- 19) afferrare il margine occlusale del lembo a spessore totale con la pinza chirurgica
- 20) eseguire con la pinza chirurgica una trazione sul lembo in direzione occlusale
- 21) con la lama del bisturi eseguire delle incisioni mesiodistali sulla superficie interna del lembo, il più apicalmente possibile, per sottominare il periostio e favorirne il rilasciamento occlusale
- 22) con lo scollaperiostio esporre il margine osseo attorno alla recessione per una ampiezza di circa due millimetri, eventualmente aiutandosi anche con il bisturi
- 23) montare un ago con filo 4/0 sulla pinza portaaghi
- 24) passare il filo in corrispondenza dell'angolo mesiale del lembo e in corrispondenza della papilla mesiale, attraversando il piccolo letto recettore che si è formato disepitelizzando la mucosa
- 25) tendere il filo che corrisponderà al punto angolare mesiale e controllare che il lembo trapezoidale a spessore totale copra completamente la radice denudata
- 26) fare scorrere il filo e tagliare i capi alla lunghezza di circa cinque e dieci centimetri, senza annodarli
- 27) eseguire la stessa procedura per collocare il filo del punto angolare distale, senza annodarlo
- 28) collocare i due fili intermedi della filiera così formata attorno agli elementi dentari mesiale e distale, in modo che non interferiscano quando si applicheranno i materiali per rigenerazione guidata
- 29) versare una opportuna quantità di idrossilapatite osteoconduttiva nel bicchierino in vetro
- 30) aprire il flacone di antibiotico liofilizzato e versarne alcuni granuli nel bicchierino in vetro sulla idrossilapatite
- 31) mescolare idrossilapatite ed antibiotico con la spatolina per mantenere aseptica la idrossilapatite
- 32) aprire una fiala di soluzione fisiologica e versarne il contenuto nel bicchierino in vetro

- 33) tamponare con garze la soluzione fisiologica in eccesso, in maniera di avere una adesività spontanea tra i granuli di idrossilapatite
- 34) ritagliare con la forbice la membrana in collagene in maniera di avere una forma triangolare, con i margini che sovrastino i margini ossei attorno alla recessione per circa due millimetri
- 35) con la spatolina applicare una minima quantità di idrossilapatite al di sopra della recessione, per ottenere qualche decimo di millimetro di spazio al di sotto della membrana
- 36) compattare la idrossilapatite con garza asciutta
- 37) bagnare con fisiologica un lato della membrana per simulare la sua adesività spontanea ai piani chirurgici sanguinanti sottostanti
- 38) applicare la membrana al di sopra della idrossilapatite e introfletterla al di sopra del tessuto osseo circostante
- 39) comprimere la membrana con garza asciutta, perché aderisca spontaneamente al tessuto osseo e alla idrossilapatite sottostante
- 40) ricollocare i fili intermedi della filiera nella posizione originaria
- 41) eseguire il primo triplo annodamento dei due punti angolari della filiera, per stabilizzare immediatamente il lembo sui materiali per rigenerazione guidata
- 42) controllare che la tensione dei due punti angolari sia armonica, e che il lembo a spessore totale sia correttamente collocato sulla recessione
- 43) eseguire gli annodamenti di stabilizzazione e di sicurezza dei due punti angolari
- 44) aggiungere altri punti staccati in corrispondenza delle incisioni rilascianti, per eliminare ogni deiscenza della ferita chirurgica
- 45) mescolare i due componenti dell'impacco chirurgico sul blocco di fogli con la spatola monouso e lubrificare i guanti con acqua e sapone per evitare che aderiscano all'impacco
- 46) attendere che l'impacco chirurgico sia sufficientemente consolidato, in modo che non si infiltri al di sotto del lembo
- 47) applicare con le dita l'impacco chirurgico sul lembo circondando palatalmente l'elemento 26 in modo che abbia una ritenzione geometrica negli spazi interprossimali
- 48) rimuovere la parte di cemento chirurgico in eccesso dalle zone occlusali e vestibolari utilizzando la curette di Gracey 7-8 lubrificata con l'acqua saponata presente nei guanti

Esercitazione per intervento di innesto di connettivo sottoepiteliale in sede 15

esercitazione eseguita nella ipotesi di recessione gengivale vestibolare di II classe per coprire esteticamente la radice

vassoi utilizzati:

- **vassoio con strumenti fondamentali**
- **prima parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **seconda parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **terza parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **quarta parte del vassoio per chirurgia parodontale**

dai Protocolli dei Materiali Essenziali

Preparazione del letto recettore

- 1) collocare il simulatore in posizione verticale
- 2) applicare l'apribocca
- 3) eseguire la levigatura radicolare della radice denudata in corrispondenza della recessione vestibolare del 26
- 4) con la pinzetta odontoiatrica prelevare una spugnetta e bagnarla con acido citrico
- 5) applicare la spugnetta sulla radice denudata
- 6) dopo 3-4 minuti rimuovere la spugnetta ed eliminare l'acidità residua con acqua del riunito
- 7) con il pennarello tracciare il decorso delle incisioni rilascianti divergenti di circa 25-30 gradi in direzione apicale
- 8) controllare che il tracciato delle incisioni rilascianti inizi sul fondo del vestibolo e termini al limite laterale della recessione vestibolare
- 9) con il pennarello tracciare il decorso della incisione orizzontale che corrisponde al limite apicale della recessione vestibolare e incontra mesialmente e distalmente le incisioni rilascianti
- 10) montare sul manico del bisturi una lama tonda n. 15
- 11) con la specillazione transmucosa valutare lo spessore dello strato muscolare del lembo
- 12) con la lama del bisturi inclinata a circa 45 gradi verso l'interno del lembo, eseguire la incisione rilasciante mesiale a spessore parziale dal fondo del fornice all'incontro con la papilla mesiale
- 13) con la lama del bisturi inclinata a circa 45 gradi eseguire la incisione rilasciante distale a spessore parziale dal fondo del fornice all'incontro con la papilla distale

- 14) eseguire la incisione orizzontale a spessore parziale con la lama a 45 gradi iniziando a pochi decimi dal margine gengivale libero e proseguendo in direzione mesiale e distale
- 15) con la lama parallela alla superficie epiteliale eseguire la disepitelizzazione dei due triangoli di tessuto lateralmente alla recessione che costituiranno due letti recettori vascolarizzati
- 16) rimuovere eventuali residui epiteliali ancora presenti all'interno del margine gengivale con la curette di Gracey 7-8
- 17) eseguire la dissezione del lembo a spessore parziale, con piccoli movimenti circolari del bisturi, lasciando il tessuto osseo coperto solo dal periostio e dallo strato muscolare profondo
- 18) con lo scollaperiostio esporre il margine osseo attorno alla recessione per una ampiezza di circa due millimetri, eventualmente aiutandosi con il bisturi
- 19) ritagliare un reticolo millimetrato della forma e delle dimensioni della parte del lembo trapezoidale che corrisponde alla recessione

Prelievo dell'innesto di connettivo sottoepiteliale

- 20) collocare il paziente in posizione supina e con il capo iperesteso
- 21) rimuovere il supporto cartaceo del reticolo millimetrato con una pinzetta odontoiatrica
- 22) fare aderire il reticolo millimetrato alla zona palatale del primo quadrante, nella zona delle pliche palatine appena distalmente alla papilla palatina
- 23) controllare che il reticolo sia collocato a circa cinque millimetri dal margine gengivale palatale degli elementi dentari, con la base minore del trapezio adiacente e parallela al margine gengivale
- 24) tracciare con pennarello il perimetro del letto donatore (in leggero eccesso per compensare la retrazione immediata dell'innesto)
- 25) rimuovere il reticolo millimetrato
- 26) tracciare con il pennarello una linea parallela alla base minore del letto donatore, due millimetri all'interno, per definire il cercine epiteliale che verrà innestato con il connettivo sottoepiteliale
- 27) eseguire la prima incisione a spessore parziale della pagina epiteliale su questa linea e sui lati mesiale e distale, con la lama a circa 30-45 gradi, alla profondità di pochi decimi di millimetro
- 28) disseccare la pagina epiteliale con la lama del bisturi parallela alla superficie epiteliale, in maniera che essa appena si intraveda, con movimenti circolari di ampiezza molto ridotta
- 29) eseguita la dissezione della pagina epiteliale su tutta la superficie del letto donatore, sollevarla facendola ruotare attorno al lato più apicale
- 30) eseguire le incisioni dei margini sui quattro lati per il prelievo dell'innesto del connettivo sottoepiteliale, inglobando in esso anche il cercine epiteliale della ampiezza di circa due millimetri

- 31) controllare che queste incisioni siano inclinate di circa 30-45 gradi
- 32) eseguire la dissezione dell'innesto di connettivo sottoepiteliale, con movimenti oscillatori di piccola ampiezza della lama, tenendola parallela alla superficie mucosa
- 33) controllare che lo spessore dell'innesto di connettivo sottoepiteliale sia di circa un millimetro e mezzo
- 34) rimuovere l'innesto e collocarlo nel bicchierino di vetro con soluzione fisiologica
- 35) montare un ago con filo 4/0 sulla pinza portaaghi
- 36) eseguire una sutura palatale con due o tre punti staccati che permettono di fare collabire quasi completamente i margini della pagina epiteliale

Stabilizzazione dell'innesto di connettivo sottoepiteliale

- 37) collocare il simulatore in posizione verticale
- 38) controllare lo spessore dell'innesto di connettivo sottoepiteliale, ed eventualmente assottigliarlo con il bisturi evitando di danneggiare il cercone epiteliale
- 39) controllare le dimensioni dell'innesto, ed eventualmente ridurlo con la forbice chirurgica
- 40) collocare l'innesto nel letto recettore, con il cercone epiteliale rivolto verso l'esterno in corrispondenza del colletto dell'elemento dentario e leggermente al di sopra di esso
- 41) passare un ago con filo 4/0 all'angolo mesiale dell'innesto e in corrispondenza della papilla mesiale, attraversando il letto recettore che si è formato disepitelizzando il triangolo mesiale
- 42) tendere il filo che corrisponderà al punto angolare mesiale e controllare che l'innesto di connettivo sottoepiteliale copra la radice denudata e si estenda oltre ad essa per altri due millimetri
- 43) fare scorrere il filo e tagliare i due capi alla lunghezza di circa cinque e dieci centimetri, senza annodarli
- 44) eseguire la stessa procedura per fare passare il filo del punto angolare distale, senza annodarlo
- 45) collocare i due fili intermedi della filiera attorno agli elementi dentari mesiale e distale, in modo che essi non interferiscano quando si applicheranno i materiali per rigenerazione guidata
- 46) divaricare l'innesto di connettivo sottoepiteliale in direzione occlusale per poter collocare i materiali per rigenerazione guidata
- 47) versare una opportuna quantità di idrossilapatite osteoconduttiva nel bicchierino in vetro
- 48) aprire il flacone di antibiotico liofilizzato e versarne alcuni granuli nel bicchierino in vetro sulla idrossilapatite
- 49) mescolare idrossilapatite ed antibiotico con la spatolina per mantenere aseptica la idrossilapatite

- 50) aprire una fiala di soluzione fisiologica e versarne il contenuto nel bicchierino in vetro
- 51) tamponare con garze la soluzione fisiologica in eccesso, in maniera di avere una adesività spontanea tra i granuli di idrossilapatite
- 52) ritagliare con la forbice curva la membrana in maniera di avere una forma triangolare, in modo che i suoi margini sovrastino i margini ossei attorno alla recessione per circa due millimetri
- 53) con la spatolina applicare una minima quantità di idrossilapatite al di sopra della recessione, per ottenere qualche decimo di millimetro di spazio al di sotto della membrana
- 54) compattare la idrossilapatite con garza asciutta
- 55) bagnare con fisiologica un lato della membrana per simulare la sua adesività spontanea ai piani chirurgici sanguinanti sottostanti
- 56) applicare la membrana al di sopra della idrossilapatite e introfletterla al di sopra del tessuto osseo circostante
- 57) comprimere la membrana con garza asciutta, perché aderisca spontaneamente al tessuto osseo e alla idrossilapatite sottostante
- 58) ricollocare i fili intermedi dei punti angolari dell'innesto nella posizione originaria e sovrapporre l'innesto ai materiali per rigenerazione guidata ed alla recessione
- 59) eseguire il primo triplo annodamento dei punti angolari dell'innesto, per stabilizzare immediatamente l'innesto sui materiali per rigenerazione guidata
- 60) controllare che la tensione dei due punti angolari sia armonica, e che l'innesto sia correttamente collocato sulla recessione
- 61) eseguire gli annodamenti di stabilizzazione e di sicurezza dei due punti angolari dell'innesto
- 62) tagliare i capi dei due punti angolari dell'innesto, lasciandoli lunghi molti millimetri per essere certi che non saranno ricoperti dal lembo a spessore parziale
- 63) passare un ago con filo 4/0 in corrispondenza dell'angolo mesiale del lembo a spessore parziale
- 64) passare il filo in corrispondenza della papilla mesiale, nel letto recettore che si è formato disepitelizzando il triangolo mesiale
- 65) tendere il filo che corrisponderà al punto angolare mesiale e controllare che il lembo a spessore parziale copra completamente l'innesto di connettivo sottoepiteliale e la radice denudata
- 66) fare scorrere il filo e tagliare i due capi alla lunghezza di circa cinque e dieci centimetri, senza annodarli
- 67) eseguire la stessa procedura per collocare il filo del punto angolare distale del lembo a spessore parziale, senza annodarlo

- 68) eseguire il primo triplo annodamento dei punti angolari del lembo a spessore parziale per stabilizzare immediatamente il lembo sull'innesto di connettivo sottoepiteliale
- 69) controllare che la tensione dei due punti angolari sia armonica, e che il lembo a spessore totale copra completamente l'innesto di connettivo sottoepiteliale
- 70) eseguire gli annodamenti di stabilizzazione e di sicurezza dei due punti angolari del lembo a spessore parziale
- 71) aggiungere altri punti staccati in corrispondenza delle incisioni rilascianti, per eliminare ogni deiscenza della ferita chirurgica
- 72) mescolare i due componenti dell'impacco chirurgico sul blocco di fogli con la spatola monouso
- 73) lubrificare i guanti con acqua e sapone per evitare che aderiscano all'impacco
- 74) attendere che l'impacco chirurgico sia sufficientemente consolidato, in modo di non correre il rischio che si infiltri al di sotto del lembo
- 75) applicare con le dita l'impacco chirurgico sul lembo circondando palatalmente l'elemento 15 in modo che abbia una ritenzione geometrica negli spazi interprossimali
- 76) rimuovere la parte di cemento chirurgico in eccesso dalle zone occlusali e vestibolari utilizzando la curette di Gracey 7-8 lubrificata con l'acqua saponata presente nei guanti

Esercitazione per intervento di riposizionamento laterale in sede 23

esercitazione eseguita nella ipotesi di recessione gengivale vestibolare di II classe per coprire esteticamente la radice, con una banda adeguata di gengiva aderente in corrispondenza dei due elementi dentari distali

vassoi utilizzati:

- **vassoio con strumenti fondamentali**
 - **prima parte del vassoio per chirurgia parodontale**
 - **seconda parte del vassoio per chirurgia parodontale**
 - **quarta parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- dai Protocolli dei Materiali Essenziali**

- 1) collocare il simulatore in posizione verticale
- 2) applicare l'apribocca
- 3) eseguire la levigatura radicolare della radice denudata in corrispondenza della recessione vestibolare del 23
- 4) con la pinzetta odontoiatrica prelevare una spugnetta e bagnarla con acido citrico
- 5) applicare la spugnetta sulla radice denudata
- 6) dopo 3-4 minuti rimuovere la spugnetta ed eliminare l'acidità residua con acqua del riunito
- 7) montare sul manico del bisturi una lama tonda n. 15
- 8) eseguire la cruentazione dei margini della recessione con biselli inversi, in modo che i margini cruentati collabiscano meglio reciprocamente
- 9) controllare con una curette di Gracey 7-8 di avere completamente disepitelizzato i margini
- 10) con il pennarello a punta fine tracciare il decorso di una incisione rilasciante a spessore parziale che comprende la papilla distale dell'elemento 25, parallela al margine distale della recessione del 23, estesa fino alla linea mucogengivale
- 11) con il pennarello tracciare il decorso di una incisione a spessore parziale a qualche decimo di millimetro dal margine gengivale vestibolare del 35, fino alla papilla mesiale del 35
- 12) con la lama del inclinata a circa 45 gradi verso l'interno eseguire le prime incisioni a spessore parziale in corrispondenza del 25, per una profondità di pochi decimi di millimetro
- 13) con la lama del bisturi parallela alla superficie epiteliale, alla profondità alla quale è appena intravedibile, eseguire la dissezione di un lembo a spessore parziale

- 14) controllare che il lembo a spessore parziale sia esteso dalla incisione rilasciante distale fino alla papilla tra 24 e 25 e apicalmente fino alla linea mucogengivale
- 15) proseguire mesialmente con la incisione a tutto spessore sul fondo del solco gengivale vestibolare del 24
- 16) eseguire con la lama e poi con lo scollaperiostio lo scollamento a spessore totale esteso fino alla recessione del 23 e fino alla linea mucogengivale
- 17) controllare di avere così ottenuto un lembo misto a spessore parziale sul 25 e totale sul 24
- 18) con la lama del bisturi proseguire la incisione rilasciante distale oltre la linea mucogengivale, a tutto spessore, per qualche millimetro, in direzione apicale e mesiale
- 19) dopo avere trovato con il bisturi il piano di clivaggio eseguire con lo scollaperiostio lo scollamento a tutto spessore oltre la linea mucogengivale, per la estensione apicale di qualche millimetro
- 20) afferrare il margine occlusale del lembo a spessore misto parziale e totale con la pinza chirurgica
- 21) eseguire con la pinza chirurgica una trazione sul lembo in direzione occlusale
- 22) con la lama eseguire delle incisioni mesiodistali sulla superficie interna del lembo, il più apicalmente possibile, per sottominare il periostio e favorire il rilasciamento occlusale del lembo
- 23) controllare che il lembo sia sufficientemente rilasciato, per poter ricoprire passivamente tutta la ampiezza della recessione gengivale
- 24) con lo scollaperiostio esporre il margine osseo attorno alla recessione per una ampiezza di circa due millimetri, aiutandosi eventualmente anche con il bisturi
- 25) montare un ago con filo 4/0 sulla pinza portaaghi
- 26) passare il filo in corrispondenza dell'angolo mesiale del lembo e in corrispondenza della papilla mesiale del 23
- 27) tendere il filo che corrisponderà al punto mesiale e controllare che il lembo a spessore misto totale e parziale copra completamente la radice denudata
- 28) fare scorrere il filo e tagliare i due capi alla lunghezza di circa cinque e dieci centimetri, senza annodarli
- 29) eseguire la stessa procedura per collocare il filo dei punti interdentali successivi, senza annodarli
- 30) collocare i fili intermedi della filiera attorno agli elementi dentari mesiale e distale, in modo che essi non interferiscano quando si applicheranno i materiali per rigenerazione guidata
- 31) versare una opportuna quantità di idrossilapatite osteoconduttiva nel bicchierino in vetro
- 32) aprire il flacone di antibiotico liofilizzato e versarne alcuni granuli nel bicchierino in vetro sulla idrossilapatite

- 33) mescolare idrossilapatite ed antibiotico con la spatolina per mantenere asettica la idrossilapatite
- 34) aprire una fiala di soluzione fisiologica e versarne il contenuto nel bicchierino in vetro
- 35) tamponare con garze la soluzione fisiologica in eccesso, in maniera di avere una adesività spontanea tra i granuli di idrossilapatite
- 36) ritagliare con la forbice la membrana in collagene in maniera di avere una forma triangolare con i margini che sovrastano i margini ossei attorno alla recessione per circa due millimetri
- 37) con la spatolina applicare una minima quantità di idrossilapatite al di sopra della recessione in sede 23, per ottenere qualche decimo di millimetro di spazio al di sotto della membrana
- 38) compattare la idrossilapatite con garza asciutta
- 39) bagnare con fisiologica un lato della membrana per simulare la sua adesività spontanea ai piani chirurgici sanguinanti sottostanti
- 40) applicare la membrana al di sopra della idrossilapatite e introfletterla al di sopra del tessuto osseo circostante
- 41) comprimere la membrana con garza asciutta, perché aderisca spontaneamente al tessuto osseo e alla idrossilapatite sottostante
- 42) ricollocare i fili intermedi della filiera nella posizione originaria
- 43) eseguire il primo triplo annodamento del punto più mesiale della filiera, per stabilizzare immediatamente il lembo a riposizionamento laterale sui materiali per rigenerazione guidata
- 44) controllare che la tensione del punto più mesiale sia valida, e che il lembo a riposizionamento laterale sia correttamente collocato sulla recessione
- 45) eseguire gli annodamenti di stabilizzazione e di sicurezza del punto mesiale
- 46) eseguire nello stesso modo l'annodamento dei successivi punti interdentali
- 47) aggiungere un punto staccato in corrispondenza dei margini della recessione, per farli collabire completamente
- 48) mescolare i due componenti dell'impacco chirurgico sul blocco di fogli con la spatola monouso
- 49) lubrificare i guanti con acqua e sapone per evitare che aderiscano all'impacco
- 50) attendere che l'impacco chirurgico sia sufficientemente consolidato, in modo di non correre il rischio che si infiltri al di sotto del lembo
- 51) applicare con le dita l'impacco chirurgico sul lembo circondando palatalmente gli elementi 23 24 25 in modo che abbia una ritenzione geometrica negli spazi interprossimali
- 52) rimuovere la parte di cemento chirurgico in eccesso dalle zone oclusali e vestibolari utilizzando la curette di Gracey 7-8 lubrificata con l'acqua saponata presente nei guanti

Esercitazione per intervento di recupero di radice fratturata a livello sottogengivale e infraosseo

esercitazione eseguita in sede incisiva inferiore

vassoi utilizzati:

- **vassoio con strumenti fondamentali**
- **prima parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **seconda parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **quarta parte del vassoio per chirurgia parodontale**

dai Protocolli dei Materiali Essenziali

- 1) collocare il simulatore in posizione verticale
- 2) applicare l'apribocca
- 3) con il pennarello a punta fine eseguire la tracciatura di due incisioni rilascianti verticali parallele che dal fondo del fornice inglobano le papille adiacenti alla radice da recuperare
- 4) montare sul manico per bisturi una lama tonda n. 15
- 5) eseguire le due incisioni rilascianti a tutto spessore corrispondenti alla tracciatura, iniziando da apicalmente e terminando all'interno dell'alveolo nella zona interdentale
- 6) eseguire una incisione orizzontale a tutto spessore nel fondo del solco gengivale vestibolare che incontra lateralmente le incisioni rilascianti verticali
- 7) scollare il lembo a tutto spessore risultante con lo scollaperiostio, con i consueti movimenti laterali, longitudinali e angolari sull'asse
- 8) eseguire una incisione a tutto spessore sul fondo del solco gengivale linguale, fino ad apprezzare la resistenza del tessuto osseo sottostante
- 9) eseguire con lo scollaperiostio lo scollamento a tutto spessore del margine gengivale linguale per la ampiezza di qualche millimetro, per visualizzare il margine osseo sottostante
- 10) analizzare la posizione del margine radicolare rispetto al margine osseo
- 11) con una fresa tonda media a bassa velocità eseguire una osteotomia del margine osseo fino ad esporre una altezza verticale di due millimetri del margine radicolare
- 12) completare e regolarizzare la osteotomia manualmente con un escavatore utilizzato come scalpello da osso
- 13) eseguire una gengivectomia linguale a bisello interno con la angolazione di circa 45 gradi, in modo da fare corrispondere il margine gengivale al margine osseo

- 14) montare un ago con fili 4/0 sulla pinza portaaghi
- 15) passare il filo all'angolo mesiale del lembo a tutto spessore vestibolare e successivamente in corrispondenza del margine opposto della incisione rilasciante
- 16) fare scorrere il filo e tagliare i due capi della lunghezza di circa cinque e dieci centimetri
- 17) tendere il filo e controllare che il lembo venga riposizionato apicalmente in modo che il margine gengivale sia in corrispondenza del margine osseo
- 18) eseguire la stessa procedura all'angolo distale del lembo, realizzando così una filiera composta da due punti angolari
- 19) eseguire il primo triplo annodamento dei due punti angolari del lembo
- 20) controllare che la tensione dei due punti angolari sia armonica, e che il lembo a spessore totale sia collocato nella corretta posizione di riposizionamento apicale
- 21) eseguire gli annodamenti di stabilizzazione e di sicurezza dei due punti angolari del lembo a spessore totale
- 22) aggiungere altri punti staccati in corrispondenza delle incisioni rilascianti, per eliminare ogni deiscenza della ferita chirurgica
- 23) eseguire se necessario una sutura emostatica sul margine gengivale linguale applicando punti staccati interdentali che uniscono il margine gengivale al margine del lembo vestibolare
- 24) mescolare i due componenti dell'impacco chirurgico sul blocco di fogli grandi con la spatola monouso
- 25) lubrificare i guanti con acqua e sapone per evitare che aderiscano all'impacco
- 26) attendere che l'impacco chirurgico sia sufficientemente consolidato, in modo di non correre il rischio che si infiltri al di sotto del lembo
- 27) applicare con le dita l'impacco chirurgico sul lembo circondando palatalmente la radice recuperata in modo che abbia una ritenzione geometrica negli spazi interprossimali
- 28) rimuovere la parte di cemento chirurgico in eccesso dalle zone oclusali e vestibolari utilizzando la curette di Gracey 7-8 lubrificata con l'acqua saponata presente nei guanti

Esercitazione per intervento di frenulectomia interincisiva superiore con microlembi a scorrimento apicale

esercitazione eseguita nella ipotesi di indicazione ortodontica in presenza di distema interincisivo

vassoi utilizzati:

- **vassoio con strumenti fondamentali**
- **prima parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **seconda parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **quarta parte del vassoio per chirurgia parodontale**

dai Protocolli dei Materiali Essenziali

- 1) collocare il simulatore in posizione verticale
- 2) applicare l'apribocca
- 3) tracciare con il pennarello a punta fine attorno al frenulo le linee di incisione della frenulectomia tradizionale a losanga allungata
- 4) controllare che le incisioni inizino appena anteriormente alla papilla palatina, e terminino apicalmente alla fine della plica mucosa e muscolare del frenulo
- 5) controllare che le incisioni lascino una piccola quantità di gengiva marginale mesialmente attorno agli incisivi
- 6) montare sul manico del bisturi una lama tonda n. 15
- 7) eseguire le incisioni a spessore totale iniziando da palatalmente ed fino alla linea mucogengivale
- 8) dalla linea mucogengivale in poi eseguire la incisione a spessore parziale alla profondità che permette di raggiungere appena il piano muscolare
- 9) afferrare il frenulo nella zona interincisiva con una pinza portaaghi
- 10) distaccare il frenulo nella parte interincisiva fibrosa eseguendo una trazione con la pinza portaaghi e sezionando gli ulteriori ponti di tessuto con la lama del bisturi
- 11) oltre la linea mucogengivale eseguire con la lama del bisturi il sezionamento trasversale da parte a parte della parte residua del frenulo
- 12) asportare completamente il frenulo, comprendente sia la parte fibrosa interincisiva prima della linea mucogengivale, sia la parte mucosa e muscolare della plica oltre la linea mucogengivale
- 13) eseguire a destra e sinistra due incisioni a spessore parziale lateralmente al frenulo in corrispondenza della linea mucogengivale, estese per circa dieci millimetri

- 14) a partire dalla linea mucogengivale eseguire a destra e sinistra con movimenti laterali della lama del bisturi la disinserzione apicale e laterale delle fibre muscolari
- 15) controllare con la sonda parodontale che apicalmente alla linea mucogengivale sia stato così preparato un letto recettore stabile e vascolarizzato costituito da periostio e fibre muscolari profonde
- 16) con la lama tenuta a 30-45 gradi per la profondità di pochi decimi di millimetro iniziare le incisioni a spessore parziale per eseguire due microlembi di epitelio pluristratificato cheratinizzato
- 17) controllare che i microlembi siano stati eseguiti in corrispondenza della gengiva aderente vestibolare degli incisivi centrali
- 18) proseguire la dissezione dei microlembi a spessore parziale collocando la lama del bisturi parallela alla superficie epiteliale, alla profondità alla quale essa è appena intravedibile
- 19) disseccare i due microlembi lasciando solo un piccolo peduncolo di sostegno all'angolo disto-apicale, che ne permetta la rotazione in senso apicale
- 20) ruotare i due microlembi in direzione apicale e collocarli sul letto recettore stabile ma vascolarizzato realizzato apicalmente alla linea mucogengivale
- 21) stabilizzare i microlembi il più apicalmente possibile con un unico punto staccato che attraversa il microlembo di destra, il periostio sulla linea mediana, e il microlembo di sinistra
- 22) se necessario eseguire ulteriori punti staccati apicalmente tra i margini della frenulectomia a losanga
- 23) mescolare i due componenti dell'impacco chirurgico sul blocco di fogli grandi con la spatola monouso
- 24) lubrificare i guanti con acqua e sapone per evitare che aderiscano all'impacco
- 25) attendere che l'impacco chirurgico sia sufficientemente consolidato, in modo di non correre il rischio che si infiltri al di sotto del lembo
- 26) applicare con le dita l'impacco chirurgico sulla zona della frenulectomia e attorno agli incisivi centrali in modo che abbia una ritenzione geometrica negli spazi interprossimali
- 27) rimuovere la parte di cemento chirurgico in eccesso dalle zone occlusali e vestibolari utilizzando la curette di Gracey 7-8 lubrificata con l'acqua saponata presente nei guanti

Esercitazione per intervento di innesto libero di epitelio pluristratificato cheratinizzato su tessuti di animale

esercitazione eseguita sul secondo elemento dentario del primo quadrante per recessione gengivale vestibolare di II classe senza importanza estetica

vassoi utilizzati:

- **vassoio con strumenti fondamentali**
- **prima parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **seconda parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **terza parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **quarta parte del vassoio per chirurgia parodontale**

dai Protocolli dei Materiali Essenziali

Preparazione del letto recettore

- 1) collocare il simulatore in posizione verticale
- 2) ritagliare un rettangolo di reticolo millimetrato adesivo delle dimensioni dell'innesto, della altezza verticale di cinque millimetri e della larghezza di dieci millimetri
- 3) rimuovere il supporto cartaceo del reticolo con la pinzetta odontoiatrica
- 4) fare aderire il reticolo al letto recettore, al centro della recessione, con il lato lungo più occlusale in corrispondenza del margine gengivale della recessione
- 5) tracciare con il pennarello il progetto delle incisioni a spessore parziale, in corrispondenza del lato lungo più occlusale e dei due lati corti mesiale e distale
- 6) rimuovere il reticolo millimetrato e conservarlo per il progetto del letto donatore
- 7) montare sul manico del bisturi una lama tonda n. 15
- 8) eseguire la prima incisione a spessore parziale con bisello interno, con la lama inclinata di circa 30-45 gradi, su questi tre lati, per la profondità di pochi decimi di millimetro
- 9) eseguire con sonda odontoiatrica il sondaggio transmucoso in corrispondenza del letto recettore, per analizzare lo spessore del tessuto muscolare
- 10) eseguire la dissezione di un lembo a spessore parziale a partire dal lato lungo occlusale, in modo che il letto recettore vascolarizzato sottostante rimanga il più possibile sottile
- 11) controllare che il letto recettore comprenda solo il periostio e lo strato muscolare profondo

- 12) proseguire per qualche millimetro le incisioni verticali a spessore parziale dei due lati corti del letto recettore in direzione apicale
- 3) proseguire la dissezione con bisturi del lembo a spessore parziale in direzione apicale, per avere un buon rilasciamento spontaneo del lembo
- 14) con movimenti solo laterali della lama del bisturi, disinserire apicalmente e lateralmente le fibre muscolari, in modo da lasciare un letto recettore vascolarizzato ma stabile sulla corticale ossea
- 15) controllare la stabilità del letto recettore con la sonda parodontale
- 16) montare un ago con filo 4/0 sulla pinza portaaghi
- 17) divaricare il lembo a spessore parziale con la parte riflettente dello scollaperiostio
- 18) agganciare con l'ago il periostio e lo strato muscolare più profondo, più apicalmente del letto recettore, in corrispondenza della zona mesiale
- 19) controllare che l'aggancio periosteale sia stabile eseguendo una trazione mesiale e distale
- 20) passare l'ago ed il filo in corrispondenza dell'angolo mesiale del lembo, dall'interno verso l'esterno
- 21) fare scorrere il filo, ottenendo due capi di circa cinque e dieci centimetri di lunghezza, e annodare il filo senza tagliarlo
- 22) eseguire la stessa procedura di aggancio del periostio e di passaggio del filo in corrispondenza dell'angolo distale del lembo
- 23) annodare i due fili, comprimendo contemporaneamente il lembo verso il periostio sottostante, in modo che il lembo a spessore parziale sia stabilizzato apicalmente
- 24) controllare che il lembo aderisca allo strato muscolare profondo e al periostio e che lasci quindi libero il letto recettore
- 25) non tagliare i capi dei fili e tenerli quindi lunghi, perché serviranno successivamente per le suture circumdentali di stabilizzazione dell'innesto
- 26) eseguire i punti di sutura staccati necessari per fare collabire i margini delle incisioni laterali
- 27) applicare una garza asciutta per favorire l'emostasi

Prelevamento dell'innesto libero

- 28) collocare il simulatore in posizione supina
- 29) fare aderire lo stesso reticolo millimetrato usato per il letto recettore alla zona palatale del primo quadrante
- 30) controllare che il reticolo sia collocato dietro le pliche palatali, a circa cinque millimetri dal margine gengivale palatale degli elementi dentari, con il lato lungo parallelo al margine gengivale
- 31) tracciare con pennarello il perimetro del letto donatore (in leggero eccesso per compensare la retrazione immediata dell'innesto)
- 32) rimuovere il reticolo millimetrato
- 33) eseguire le prime incisioni a spessore parziale sui lati dell'innesto, con la lama inclinata a circa 30-45 gradi, per una profondità di pochi decimi di millimetro
- 34) eseguire il prelievo dell'innesto con movimenti oscillatori di piccola ampiezza della lama del bisturi, tenendola parallela alla superficie epiteliale
- 35) mantenere la lama alla profondità alla quale si intravede appena (e che corrisponde allo spessore dell'epitelio pluristratificato, alla membrana basale e al primo connettivo sottoepiteliale)
- 36) rimuovere l'innesto e collocarlo nel bicchierino di vetro con soluzione fisiologica
- 37) eseguire una sutura continua per l'emostasi capillare con filo 4/0 in corrispondenza dei margini del letto donatore
- 38) iniziare la sutura continua con il nodo iniziale all'angolo distale e craniale del letto donatore
- 39) senza tagliare i capi del filo, proseguire la sutura continua con passaggi successivi dell'ago iniziando dal lato lungo più craniale
- 40) controllare che l'ago sia passato all'interno della ansa di filo che si è formata dal passaggio precedente
- 41) tendere la sutura continua in modo che comincino ad evidenziarsi i passaggi trasversali intervallati da passaggi orizzontali
- 42) applicare una pinza di contrappeso per evitare che la sutura continua si detenda durante i passaggi successivi dell'ago
- 43) terminare la sutura continua con un nodo finale, utilizzando come capo corto lo stesso capo corto del nodo iniziale
- 44) applicare una garza asciutta sul letto donatore per favorire l'emostasi

Stabilizzazione dell'innesto libero

- 45) collocare il simulatore in posizione verticale
- 46) controllare lo spessore dell'innesto, ed eventualmente assottigliarlo con bisturi dal lato connettivale dopo averlo osservato alla luce del riunito per distinguerne il verso
- 47) controllare le dimensioni dell'innesto, ed eventualmente ridurlo con la forbice curva
- 48) circondare l'elemento dentario con un capo lungo della sutura del lembo a spessore parziale
- 49) annodare il capo lungo con il capo corto corrispondente per realizzare una sutura circumdentale
- 50) tenere sollevata la sutura circumdentale con una sonda odontoiatrica
- 51) collocare l'innesto nel letto facendolo scorrere al di sotto della sutura circumdentale
- 52) controllare che la superficie epiteliale dell'innesto sia rivolta verso l'esterno
- 53) controllare che il margine più sottile dell'innesto corrisponda al lato lungo oclusale, per ottenere un aspetto più omogeneo della superficie epiteliale a guarigione avvenuta
- 54) circondare l'elemento dentario con l'altro capo lungo ed annodare con il corrispondente capo corto, eseguendo quindi una seconda sutura circumdentale di stabilizzazione dell'innesto
- 55) applicare solo se necessario punti staccati 4/0 di ulteriore stabilizzazione tra l'innesto e i margini laterali del letto recettore

Esercitazione per intervento di riposizionamento coronale su tessuti di animale

esercitazione eseguita sul terzo elemento del primo quadrante con recessione gengivale vestibolare di I classe per copertura estetica della radice

vassoi utilizzati:

- **vassoio con strumenti fondamentali**
- **prima parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **seconda parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **quarta parte del vassoio per chirurgia parodontale**

dai Protocolli dei Materiali Essenziali

- 1) collocare il simulatore in posizione verticale
- 2) con il pennarello tracciare il decorso delle incisioni rilascianti divergenti di circa 25-30 gradi in direzione apicale
- 3) controllare che il tracciato delle incisioni rilascianti inizi sul fondo del vestibolo e termini al limite laterale della recessione
- 4) con il pennarello tracciare il decorso della incisione orizzontale che corrisponde al limite apicale della recessione vestibolare e incontra mesialmente e distalmente le incisioni rilascianti
- 5) montare sul manico del bisturi una lama tonda n. 15
- 6) con la lama del bisturi inclinata a circa 45 gradi verso l'interno del lembo, eseguire la incisione rilasciante mesiale a tutto spessore dal fondo del fornice all'incontro con la incisione orizzontale
- 7) proseguire la incisione rilasciante mesiale a spessore parziale fino ad arrivare alla papilla mesiale
- 8) con la lama del bisturi inclinata a circa 45 gradi verso l'interno del lembo eseguire la incisione rilasciante distale a tutto spessore dal fondo del fornice all'incontro con la incisione orizzontale
- 9) proseguire la incisione rilasciante distale a spessore parziale fino ad arrivare alla papilla distale
- 10) eseguire la incisione orizzontale a tutto spessore iniziando in corrispondenza del fondo del solco e proseguendo fino ad incontrare le incisioni rilascianti, sempre con la lama a 45 gradi
- 11) con la lama tenuta parallela alla superficie epiteliale eseguire la disepitelizzazione completa dei due piccoli triangoli di tessuto che si sono così formati lateralmente alla recessione
- 12) rimuovere eventuali residui epiteliali ancora presenti all'interno del margine gengivale con la curette di Gracey 7-8
- 13) data la aderenza del periostio del tessuto di animale, eseguire una incisione con la lama del bisturi in direzione apicale a partire dalla incisione orizzontale a tutto spessore

- 14) trovare con la lama del bisturi il piano di clivaggio sopra al tessuto osseo per lo scollamento a tutto spessore del lembo
- 15) con lo scollaperiostio iniziare lo scollamento a tutto spessore del lembo trapezoidale a spessore totale
- 16) completare lo scollamento completo del lembo con i consueti movimenti longitudinale, laterale e rotatorio sull'asse dello scollaperiostio
- 17) afferrare il margine occlusale del lembo a spessore totale con la pinza chirurgica
- 18) eseguire con la pinza chirurgica una trazione sul lembo in direzione occlusale
- 19) con la lama del bisturi eseguire delle incisioni mesiodistali sulla superficie interna del lembo, il più apicalmente possibile, per sottominare il periostio e favorire il rilasciamento occlusale del lembo
- 20) sottominare il lembo fino ad apprezzare con la trazione della mano sinistra un valido rilasciamento che permetta la copertura della radice denudata senza alcuna trazione
- 21) con lo scollaperiostio esporre il margine osseo attorno alla recessione per una ampiezza di circa due millimetri, aiutandosi anche con il bisturi
- 22) montare un ago con filo 4/0 sulla pinza portaaghi
- 23) passare il filo in corrispondenza dell'angolo mesiale del lembo
- 24) passare il filo in corrispondenza della papilla mesiale, attraversando il piccolo letto recettore che si è formato disepitelizzando il triangolo mesiale
- 25) tendere il filo che corrisponderà al punto angolare mesiale e controllare che il lembo trapezoidale a spessore totale copra completamente la radice denudata
- 26) fare scorrere il filo e tagliare i due capi alla lunghezza di circa cinque e dieci centimetri, senza annodarli
- 27) eseguire la stessa procedura per collocare il filo del punto angolare distale, senza annodarlo
- 28) collocare i due fili intermedi della filiera attorno agli elementi dentari mesiale e distale, in modo che non interferiscano quando si applicheranno i materiali per rigenerazione guidata
- 29) versare una opportuna quantità di idrossilapatite osteoconduttiva nel bicchierino in vetro
- 30) aprire il flacone di antibiotico liofilizzato e versarne alcuni granuli nel bicchierino in vetro sulla idrossilapatite
- 31) mescolare idrossilapatite ed antibiotico con la spatolina per mantenere aseptica la idrossilapatite
- 32) aprire una fiala di soluzione fisiologica e versarne il contenuto nel bicchierino in vetro

- 33) tamponare con garze la soluzione fisiologica in eccesso, in maniera di avere una adesività spontanea tra i granuli di idrossilapatite
- 34) ritagliare con la forbice la membrana in collagene in maniera di avere una forma triangolare, con i margini che sovrastino i margini ossei attorno alla recessione per circa due millimetri
- 35) con la spatolina applicare una minima quantità di idrossilapatite al di sopra della recessione, per ottenere qualche decimo di millimetro di spazio al di sotto della membrana
- 36) compattare la idrossilapatite con garza asciutta
- 37) bagnare con fisiologica un lato della membrana per simulare la sua adesività spontanea ai piani chirurgici sanguinanti sottostanti
- 38) applicare la membrana al di sopra della idrossilapatite e introfletterla al di sopra del tessuto osseo circostante
- 39) comprimere la membrana con garza asciutta, perché aderisca spontaneamente al tessuto osseo e alla idrossilapatite sottostante
- 40) ricollocare i fili intermedi della filiera nella posizione originaria
- 41) eseguire il primo triplo annodamento dei punti angolari della filiera, per stabilizzare immediatamente il lembo sui materiali per rigenerazione guidata
- 42) controllare che la tensione dei due punti angolari sia armonica, e che il lembo a spessore totale sia correttamente collocato sulla recessione
- 43) eseguire gli annodamenti di stabilizzazione e di sicurezza dei due punti angolari
- 44) aggiungere altri punti staccati in corrispondenza delle incisioni rilascianti, per eliminare ogni deiscenza della ferita chirurgica

Esercitazione per intervento di innesto di connettivo sottoepiteliale su tessuti di animale

esercitazione eseguita sul quarto elemento del primo quadrante con recessione gengivale vestibolare di II classe per copertura estetica della radice

vassoi utilizzati:

- **vassoio con strumenti fondamentali**
 - **prima parte del vassoio per chirurgia parodontale**
 - **seconda parte del vassoio per chirurgia parodontale**
 - **terza parte del vassoio per chirurgia parodontale**
 - **quarta parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- dai Protocolli dei Materiali Essenziali**

Preparazione del letto recettore

- 1) collocare il simulatore in posizione verticale
- 2) eseguire la levigatura radicolare della radice denudata in corrispondenza della recessione vestibolare del 26
- 3) con la pinzetta odontoiatrica prelevare una spugnetta e bagnarla con acido citrico
- 4) applicare la spugnetta sulla radice denudata
- 5) dopo 3-4 minuti rimuovere la spugnetta ed eliminare l'acidità residua con acqua del riunito
- 6) con il pennarello a punta fine tracciare il decorso delle incisioni rilascianti divergenti di circa 25-30 gradi in direzione apicale
- 7) controllare che il tracciato delle incisioni rilascianti inizi sul fondo del vestibolo e termini al limite laterale della recessione vestibolare
- 8) con il pennarello tracciare il decorso della incisione orizzontale che corrisponde al limite apicale della recessione vestibolare e incontra mesialmente e distalmente le incisioni rilascianti
- 9) montare sul manico del bisturi una lama tonda n. 15
- 10) con la specillazione transmucosa valutare lo spessore dello strato muscolare del lembo
- 11) con la lama del bisturi inclinata a circa 45 gradi verso l'interno del lembo, eseguire la incisione rilasciante mesiale a spessore parziale dal fondo del fornice all'incontro con la papilla mesiale
- 12) con la lama del bisturi inclinata a circa 45 gradi eseguire la incisione rilasciante distale a spessore parziale dal fondo del fornice all'incontro con la papilla distale
- 13) eseguire la incisione orizzontale a spessore parziale iniziando a pochi decimi dal margine gengivale e proseguendo in direzione mesiale e distale, sempre con la lama inclinata a 45 gradi

- 14) con la lama del bisturi tenuta parallela alla superficie epiteliale eseguire la disepitelizzazione dei due piccoli triangoli di tessuto che si sono così formati lateralmente alla recessione
- 15) rimuovere eventuali residui epiteliali ancora presenti all'interno del margine gengivale libero con la curette di Gracey 7-8
- 16) con il bisturi eseguire la dissezione del lembo trapezoidale a spessore parziale, iniziando dalla incisione orizzontale, con movimenti circolari di piccola ampiezza
- 17) controllare che sul letto recettore vascolarizzato sottostante al di sopra del tessuto osseo rimanga solo il periostio e lo strato muscolare profondo
- 18) con lo scollaperiostio esporre il margine osseo attorno alla recessione per una ampiezza di circa due millimetri, aiutandosi eventualmente anche con il bisturi
- 19) ritagliare un reticolo millimetrato delle dimensioni della parte del lembo trapezoidale che corrisponde alla recessione

Prelievo dell'innesto di connettivo sottoepiteliale

- 20) collocare il simulatore in posizione supina
- 21) rimuovere il supporto cartaceo dal reticolo millimetrato con la pinzetta odontoiatrica
- 22) fare aderire il reticolo millimetrato alla zona palatale del primo quadrante, nella zona delle pliche palatine appena distalmente alla papilla palatina
- 23) controllare che il reticolo adesivo sia collocato sul letto donatore a circa cinque millimetri dal margine palatale degli elementi dentari, con la base minore parallela al margine gengivale
- 24) tracciare con pennarello il perimetro del letto donatore (in leggero eccesso per compensare la retrazione immediata dell'innesto)
- 25) rimuovere il reticolo millimetrato
- 26) tracciare con il pennarello una linea parallela alla base minore, due millimetri all'interno, per definire il cercine epiteliale che dovrà essere innestato con il connettivo sottoepiteliale
- 27) eseguire le prime incisioni a spessore parziale su questa linea e sui lati mesiale e distale, con la lama inclinata a circa 30-45 gradi, per una profondità di pochi decimi di millimetro
- 28) disseccare la pagina epiteliale mantenendo la lama del bisturi parallela alla superficie epiteliale, in maniera che appena si intraveda, con movimenti circolari con una ampiezza ridotta
- 29) eseguita la dissezione della pagina epiteliale su tutta la superficie del letto donatore, sollevarla facendola ruotare attorno al lato più apicale
- 30) eseguire le prime incisioni a spessore parziale sui lati dell'innesto del connettivo sottoepiteliale, inglobando in esso anche il cercine epiteliale della larghezza di circa due millimetri
- 31) controllare che queste incisioni siano inclinate di circa 30-45 gradi
- 32) eseguire il prelievo dell'innesto di connettivo sottoepiteliale, con movimenti oscillatori di piccola ampiezza della lama del bisturi, tenendola parallela alla superficie epiteliale

- 33) controllare che lo spessore dell'innesto di connettivo sottoepiteliale sia di circa un millimetro e mezzo
- 34) rimuovere l'innesto e collocarlo nel bicchierino di vetro con soluzione fisiologica
- 35) montare un ago con filo 4/0 sulla pinza portaaghi
- 36) eseguire una sutura palatale con due o tre punti staccati che permettono di fare collabire quasi completamente i margini della pagina epiteliale

Stabilizzazione dell'innesto di connettivo sottoepiteliale

- 37) collocare il simulatore in posizione verticale
- 38) controllare lo spessore dell'innesto di connettivo sottoepiteliale, ed eventualmente assottigliarlo con bisturi evitando di danneggiare il cercine epiteliale
- 39) controllare le dimensioni dell'innesto, ed eventualmente ridurlo con la forbice chirurgica
- 40) collocare l'innesto nel letto recettore, con il cercine epiteliale verso l'esterno, qualche decimo di millimetro al di sopra del colletto
- 41) passare un ago con filo 4/0 nell'angolo mesiale dell'innesto e in corrispondenza della papilla mesiale, attraversando il letto recettore che si è formato disepitelizzando il triangolo mesiale
- 42) tendere il filo che corrisponderà al punto angolare mesiale e controllare che l'innesto di connettivo sottoepiteliale copra completamente la radice denudata
- 43) fare scorrere il filo e tagliare i due capi alla lunghezza di circa cinque e dieci centimetri, senza annodarli
- 44) eseguire la stessa procedura per collocare il filo del punto angolare distale, senza annodarlo
- 45) collocare i due fili intermedi della filiera attorno agli elementi dentari mesiale e distale, in modo che essi non interferiscano quando si applicheranno i materiali per rigenerazione guidata
- 46) divaricare occlusalmente l'innesto di connettivo sottoepiteliale per poter collocare i materiali per rigenerazione guidata
- 47) versare una opportuna quantità di idrossilapatite osteoconduttiva nel bicchierino in vetro
- 48) aprire il flacone di antibiotico liofilizzato e versarne alcuni granuli nel bicchierino in vetro sulla idrossilapatite
- 49) mescolare idrossilapatite ed antibiotico con la spatolina per mantenere asettica la idrossilapatite
- 50) aprire una fiala di soluzione fisiologica e versarne il contenuto nel bicchierino in vetro
- 51) tamponare con garze la soluzione fisiologica in eccesso, in maniera di avere una adesività spontanea tra i granuli di idrossilapatite
- 52) ritagliare con la forbice la membrana in collagene in maniera di avere una forma triangolare con i margini che sovrastano i margini ossei attorno alla recessione per circa due millimetri

- 53) con la spatolina applicare una minima quantità di idrossilapatite al di sopra della recessione, per ottenere qualche decimo di millimetro di spazio al di sotto della membrana
- 54) compattare la idrossilapatite con garza asciutta
- 55) bagnare con fisiologica un lato della membrana per simulare la sua adesività spontanea ai piani chirurgici sanguinanti sottostanti
- 56) applicare la membrana al di sopra della idrossilapatite e introfletterla al di sopra del tessuto osseo circostante
- 57) comprimere la membrana con garza asciutta, perché aderisca spontaneamente al tessuto osseo e alla idrossilapatite sottostante
- 58) ricollocare i fili intermedi dei punti angolari dell'innesto nella posizione originaria e sovrapporre l'innesto ai materiali per rigenerazione guidata
- 59) eseguire il primo triplo annodamento dei punti angolari dell'innesto, per stabilizzare immediatamente l'innesto sui materiali per rigenerazione guidata
- 60) controllare che la tensione dei due punti angolari sia armonica, e che l'innesto sia correttamente collocato sulla recessione
- 61) eseguire gli annodamenti di stabilizzazione e di sicurezza dei due punti angolari dell'innesto
- 62) tagliare i capi lasciandoli lunghi qualche millimetro, per essere sicuri che non verranno ricoperti dal lembo a spessore parziale
- 63) passare un ago con filo 4/0 in corrispondenza dell'angolo mesiale del lembo a spessore parziale
- 64) passare il filo in corrispondenza della papilla mesiale, attraversando il letto recettore che si è formato disepitelizzando il triangolo mesiale
- 65) tendere il filo che corrisponderà al punto angolare mesiale e controllare che il lembo a spessore parziale copra completamente l'innesto di connettivo sottoepiteliale e la radice denudata
- 66) fare scorrere il filo e tagliare i due capi alla lunghezza di circa cinque e dieci centimetri, senza annodarli
- 67) eseguire la stessa procedura per collocare il filo del punto angolare distale, senza annodarlo
- 68) eseguire il primo triplo annodamento dei punti angolari del lembo a spessore parziale per stabilizzare immediatamente il lembo sull'innesto e sui materiali per rigenerazione guidata
- 69) controllare che la tensione dei due punti angolari sia armonica, e che il lembo a spessore totale copra completamente l'innesto di connettivo sottoepiteliale
- 70) eseguire gli annodamenti di stabilizzazione e di sicurezza dei due punti angolari del lembo a spessore parziale
- 71) aggiungere altri punti staccati in corrispondenza delle incisioni rilascianti, per eliminare ogni deiscenza della ferita chirurgica

Esercitazione per intervento di riposizionamento laterale su tessuti di animale

esercitazione eseguita sul secondo elemento del secondo quadrante con recessione gengivale vestibolare di II classe per copertura estetica della radice

vassoi utilizzati:

- **vassoio con strumenti fondamentali**
- **prima parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **seconda parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **quarta parte del vassoio per chirurgia parodontale**

dai Protocolli dei Materiali Essenziali

- 1) collocare il simulatore in posizione verticale
- 2) eseguire la levigatura radicolare della radice denudata in corrispondenza della recessione
- 3) con la pinzetta odontoiatrica prelevare una spugnetta e bagnarla con acido citrico
- 4) applicare la spugnetta sulla radice denudata
- 5) dopo 3-4 minuti rimuovere la spugnetta ed eliminare l'acidità residua con acqua del riunito
- 6) montare sul manico del bisturi una lama tonda n. 15
- 7) eseguire la cruentazione dei margini della recessione con biselli inversi, in modo che i margini cruentati collabiscano meglio reciprocamente
- 8) controllare con una curette di Gracey 7-8 di avere completamente disepitelizzato i margini
- 9) con il pennarello a punta fine tracciare il decorso di una incisione rilasciante a spessore parziale in corrispondenza della papilla distale dell'ultimo elemento del quadrante
- 10) controllare che il decorso della incisione sia parallelo al margine distale della recessione ed esteso fino alla linea mucogengivale
- 11) con il pennarello tracciare il decorso di una incisione a spessore parziale a qualche decimo di millimetro dal margine gengivale vestibolare dell'ultimo elemento, fino alla papilla mesiale
- 12) con la lama del bisturi inclinata a circa 45 gradi verso l'interno del lembo eseguire le prime incisioni a spessore parziale progettate con il pennarello, per una profondità di pochi decimi di millimetro
- 13) con la lama parallela alla superficie epiteliale, alla profondità alla quale è appena intravedibile, eseguire la dissezione di un lembo a spessore parziale

- 14) controllare che la parte del lembo a spessore parziale sia estesa dalla incisione rilasciante distale fino alla papilla tra ultimo e penultimo elemento e fino alla linea mucogengivale
- 15) proseguire mesialmente con la incisione a tutto spessore sul fondo del solco gengivale vestibolare del penultimo elemento del quadrante
- 16) eseguire con la lama la dissezione a spessore totale fino alla recessione e fino alla linea mucogengivale, ottenendo un lembo a spessore misto parziale e totale
- 17) con la lama del bisturi proseguire la incisione rilasciante distale oltre la linea mucogengivale, a tutto spessore, per qualche millimetro, in direzione apicale e mesiale
- 18) incidere con il bisturi per individuare il piano di clivaggio al di sopra della corticale ossea
- 19) eseguire con lo scollaperiostio lo scollamento a tutto spessore del lembo oltre la linea mucogengivale, per la estensione apicale di qualche millimetro
- 20) afferrare il margine occlusale del lembo a spessore misto parziale e totale con la pinza chirurgica
- 21) eseguire con la pinza chirurgica una trazione sul lembo in direzione occlusale
- 22) con la lama eseguire delle incisioni mesiodistali sulla superficie interna del lembo, il più apicalmente possibile, per sottominare il periostio e favorire il rilasciamento occlusale del lembo
- 23) controllare che il lembo sia sufficientemente rilasciato, per poter ricoprire passivamente tutta la ampiezza della recessione
- 24) con lo scollaperiostio esporre il margine osseo attorno alla recessione per una ampiezza di circa due millimetri, aiutandosi eventualmente anche con il bisturi
- 25) montare un ago con filo 4/0 sulla pinza portaaghi
- 26) passare il filo in corrispondenza dell'angolo mesiale del lembo e in corrispondenza della papilla mesiale della recessione
- 27) tendere il filo che corrisponderà al punto mesiale e controllare che il lembo a spessore misto totale e parziale copra completamente la radice denudata
- 28) fare scorrere il filo e tagliare i due capi alla lunghezza di circa cinque e dieci centimetri, senza annodarli
- 29) eseguire la stessa procedura per collocare il filo dei punti interdentali successivi, senza annodarli
- 30) collocare i fili intermedi della filiera attorno ad elementi dentari mesiali e distali, in modo che essi non interferiscano quando si applicheranno i materiali per rigenerazione guidata
- 31) versare una opportuna quantità di idrossilapatite osteoconduttiva nel bicchierino in vetro
- 32) aprire il flacone di antibiotico liofilizzato e versarne alcuni granuli nel bicchierino in vetro sulla idrossilapatite

- 33) mescolare idrossilapatite ed antibiotico con la spatolina per mantenere asettica la idrossilapatite
- 34) aprire una fiala di soluzione fisiologica e versarne il contenuto nel bicchierino in vetro
- 35) tamponare con garze la soluzione fisiologica in eccesso, in maniera di avere una adesività spontanea tra i granuli di idrossilapatite
- 36) ritagliare con la forbice la membrana in maniera di avere una forma triangolare, in modo che i suoi margini sovrastino i margini ossei attorno alla recessione per circa due millimetri
- 37) con la spatolina applicare una minima quantità di idrossilapatite al di sopra della recessione, per ottenere qualche decimo di millimetro di spazio al di sotto della membrana
- 38) compattare la idrossilapatite con garza asciutta
- 39) bagnare con fisiologica un lato della membrana per simulare la sua adesività spontanea ai piani chirurgici sanguinanti sottostanti
- 40) applicare la membrana al di sopra della idrossilapatite e introfletterla al di sopra del tessuto osseo circostante
- 41) comprimere la membrana con garza asciutta, perché aderisca spontaneamente al tessuto osseo e alla idrossilapatite sottostante
- 42) ricollocare i fili intermedi della filiera nella posizione originaria
- 43) eseguire il primo triplo annodamento del punto più mesiale della filiera, per stabilizzare immediatamente il lembo a riposizionamento laterale sui materiali per rigenerazione guidata
- 44) controllare che la tensione del punto più mesiale sia valida, e che il lembo a riposizionamento laterale sia correttamente collocato sulla recessione
- 45) eseguire gli annodamenti di stabilizzazione e di sicurezza del punto mesiale
- 46) eseguire nello stesso modo l'annodamento dei successivi punti interdentali
- 47) aggiungere un punto staccato in corrispondenza dei margini della recessione, per farli collabire completamente

Esercitazione per interventi di frenulectomia interincisiva superiore su tessuti di animale con microlembi a scorrimento apicale

esercitazione eseguita nella ipotesi di indicazione ortodontica in presenza di distema interincisivo

vassoi utilizzati:

- **vassoio con strumenti fondamentali**
- **prima parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **seconda parte del vassoio per chirurgia parodontale**
- **quarta parte del vassoio per chirurgia parodontale**

dai Protocolli dei Materiali Essenziali

- 1) collocare il simulatore in posizione verticale
- 2) tracciare con il pennarello a punta fine attorno al frenulo le linee di incisione della frenulectomia tradizionale a losanga allungata
- 3) controllare che le incisioni inizino appena anteriormente alla papilla palatina, e terminino apicalmente alla fine della plica mucosa e muscolare del frenulo
- 4) controllare che le incisioni lascino una piccola quantità di gengiva marginale attorno agli incisivi
- 5) montare sul manico del bisturi una lama curva 15
- 6) eseguire le incisioni iniziando da palatalmente ed a spessore totale fino alla linea mucogengivale
- 7) dalla linea mucogengivale in poi eseguire la incisione a spessore parziale alla profondità che permette di raggiungere appena il piano muscolare
- 8) afferrare il frenulo nella zona interincisiva con una pinza portaaghi
- 9) distaccare il frenulo nella parte interincisiva fibrosa eseguendo una trazione con la pinza portaaghi e sezionando gli ulteriori ponti di tessuto con la lama del bisturi
- 10) oltre la linea mucogengivale eseguire con la lama del bisturi il sezionamento trasversale da parte a parte della parte residua del frenulo
- 11) asportare completamente il frenulo, comprendente sia la parte fibrosa interincisiva prima della linea mucogengivale, sia la parte mucosa e muscolare della plica oltre la linea mucogengivale
- 12) eseguire a destra e sinistra due incisioni a spessore parziale lateralmente al frenulo in corrispondenza della linea mucogengivale, estese per circa dieci millimetri

- 13) a partire dalla linea mucogengivale eseguire a destra e sinistra con movimenti laterali della lama del bisturi la disinserzione apicale e laterale delle fibre muscolari
- 14) controllare con la sonda parodontale che apicalmente alla linea mucogengivale sia stato così preparato un letto recettore stabile e vascolarizzato costituito da periostio e fibre muscolari profonde
- 15) con la lama tenuta a 30-45 gradi per la profondità di pochi decimi di millimetro iniziare le incisioni a spessore parziale per eseguire due microlembi di epitelio pluristratificato cheratinizzato
- 16) controllare che i microlembi siano in corrispondenza della gengiva aderente vestibolare attorno agli incisivi centrali
- 17) proseguire la dissezione dei microlembi a spessore parziale collocando la lama del bisturi parallela alla superficie epiteliale, alla profondità alla quale essa è appena intravedibile
- 18) dissecare i due microlembi lasciando solo un piccolo peduncolo di sostegno all'angolo distoapicale, che ne permetta la rotazione in senso apicale
- 19) ruotare i due microlembi in direzione apicale e collocarli sul letto recettore stabile ma vascolarizzato realizzato apicalmente alla linea mucogengivale
- 20) stabilizzare i microlembi il più apicalmente possibile con un unico punto staccato che attraversa il microlembo di destra, il periostio sulla linea mediana, e il microlembo di sinistra
- 21) se necessario eseguire ulteriori punti staccati apicalmente tra i margini della frenulectomia a losanga