

CORSO PRATICO INTENSIVO SU RIUNITO, SU SIMULATORI E SU TESSUTI DI ANIMALE DI CHIRURGIA DELLA MALATTIA PARODONTALE E DI CHIRURGIA DELLA RIGENERAZIONE GUIDATA

24 CREDITI ECM (rif. 327-8015176)

Data del prossimo corso:

27-28-29 Ottobre 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

96 esercitazioni pratiche su simulatori su tessuti con lesioni parodontali artificiali (20 ore di esercitazioni in tre giornate).

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

- una serie di **interventi chirurgici a lembo** per il trattamento della malattia parodontale.
- una serie di **preparazioni protesiche a cielo aperto** di elementi dentari per protesi parodontali.
- una serie di **rizotomie e rizectomie** negli interessamenti delle bi-triforcazioni.
- una serie di interventi di **rigenerazione guidata** dei tessuti con membrane in PTFE e innesti ossei autogeni.
- una serie di interventi di rigenerazione guidata dei tessuti con **idrossilapatite e membrane riassorbibili**.
- una serie di interventi di **rigenerazione guidata del tessuto osseo** dopo rizectomie.
- una serie di **suture** per il sanguinamento arterioso.
- 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.

Ogni partecipante, anche se privo di precedenti esperienze pratiche, **acquisisce un metodo sistematico di Chirurgia Parodontale dei lembi** e di preparazioni protesiche a cielo aperto ed un metodo sistematico di **Chirurgia Parodontale della rigenerazione tissutale guidata** che si caratterizza per **la prevedibilità e la prevenzione dei rischi chirurgici**.

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 DEI LEMBI E DELLA RIGENERAZIONE GUIDATA

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, che presentano una consistenza ed 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.

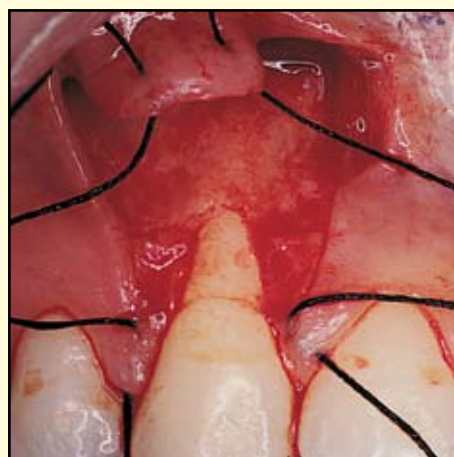
Il personale **fornisce**, ad ogni partecipante, **i vassoi con tutti gli strumenti e i materiali didattici necessari**.

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 DEI LEMBI E
DELLA RIGENERAZIONE GUIDATA
24 CREDITI ECM**

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

- esercitazione per intervento a lembo di gengivectomia
osteoplastica - riposizionamento apicale zona dei
monoradicolati** **Pag. 5**
- esercitazione per intervento a lembo di gengivectomia
osteoplastica - riposizionamento apicale nella zona dei
biradicolati inferiori** **Pag. 9**
- esercitazione per intervento a lembo di gengivectomia
osteoplastica - riposizionamento apicale nella zona dei
triradicolati superiori** **Pag. 14**
- esercitazione per intervento di gengivectomia a bisello
esterno** **Pag. 20**
- esercitazione per intervento di rigenerazione guidata dei
tessuti parodontali all'interno di tasche intraossee con
membrane in PFTE ed innesti ossei autologhi** **Pag. 21**
- esercitazione per intervento di rigenerazione guidata dei
tessuti parodontali all'interno di tasche intraossee con
membrane riassorbibili in collagene e idrossilapatite** **Pag. 25**
- esercitazione per intervento a lembo di gengivectomia
osteoplastica - riposizionamento apicale nella zona dei
monoradicolati su tessuti di animale** **Pag. 28**

Esercitazione per intervento a lembo di gengivectomia osteoplastica - riposizionamento apicale nella zona dei monoradicolati

esercitazione eseguita in corrispondenza degli elementi 45 44 43

vassoi utilizzati:

- prima parte del vassoio 51 per chirurgia parodontale
 - quarta parte del vassoio 51 per chirurgia parodontale
- dai Protocolli dei Materiali Essenziali**

progetto dei lembi (posizione dell'operatore: ore 7-8)

- 1) collocare il capo del simulatore in posizione verticale e applicare l'apribocca
- 2) eseguire con sonda dritta il sondaggio del fondo delle tasche parodontali vestibolari, considerando come fondo tasca l'attacco osseo attorno agli elementi dentari del simulatore
- 3) segnare con il pennarello la proiezione del fondo delle tasche vestibolari sulla mucosa
- 4) eseguire con sonda dritta il sondaggio del fondo delle tasche parodontali linguali
- 5) segnare con il pennarello la proiezione del fondo delle tasche linguali sulla mucosa
- 6) segnare con il pennarello il progetto della incisione a bisello interno vestibolare

incisioni a bisello interno

- 7) montare la lama sul manico del bisturi
- 8) iniziare la incisione vestibolare a partire dalla zona distale al 45, con la incisione a tutto spessore del versante vestibolare della resezione cuneiforme distale
- 9) proseguire con la incisione vestibolare a bisello interno, iniziando a pochi decimi di millimetro dal margine gengivale libero, con una inclinazione di circa 45 gradi rispetto all'asse del dente
- 10) eseguire questa prima incisione alla profondità di pochi decimi di millimetro
- 11) terminare la incisione all'angolo distovestibolare dell'alveolo postestrattivo del 42
- 12) approfondire la incisione vestibolare a bisello interno con la lama del bisturi parallela alla superficie epiteliale, alla profondità alla quale la lama è appena intravedibile sotto la mucosa
- 13) eseguire movimenti rotatori alternati per una escursione di pochi mm della lama curva del bisturi per ottenere una dissezione più accurata
- 14) stabilizzare se necessario il margine gengivale libero con un dito della mano sinistra

- 15) approfondendo l'incisione in corrispondenza del 43 passare se necessario ad una posizione dell'operatore ad ore 9-10-11 con il braccio sinistro che circonda il capo del simulatore
- 16) terminare la incisione a bisello interno quando si è superato il livello del fondo della tasca, dirigendo la lama del bisturi verso il tessuto osseo fino a sentirne tattilmente la resistenza
- 17) fare ruotare il capo del paziente verso la sua destra per potere avere una visione diretta della zona linguale da un punto di vista tangente alla commessura labiale controlaterale
- 18) iniziare la incisione linguale a partire dalla zona edentula distale al 45 con la incisione del versante linguale della resezione cuneiforme distale
- 19) eseguire la incisione linguale a bisello interno con una inclinazione a 45 gradi circa rispetto all'asse del dente, iniziandola a qualche millimetro dal margine gengivale libero
- 20) terminare la incisione a 45 gradi verso l'asse del dente, eseguendo una prima gengivectomia per difetto, che verrà poi ulteriormente corretta prima della sutura
- 21) terminare mesialmente la incisione a bisello interno linguale all'angolo distolinguale dell'alveolo postestrattivo del 42

rimozione del lembo secondario

- 22) clampare con pinza portaaghi il cuneo distale
- 23) rimuovere il lembo secondario che si è formato attorno agli elementi dentari con lo strumento a falce CK6 o con curette di Gracey 7-8

scollamento dei lembi primari

- 24) eseguire l'incisione rilasciante vestibolare mesiale a tutto spessore, iniziandola a qualche millimetro oltre la linea mucogengivale
- 25) terminare la incisione rilasciante mesiale all'angolo distovestibolare dell'alveolo del 42
- 26) scollare il lembo primario vestibolare a spessore totale con lo scollaperiostio iniziando dall'angolo mesiale
- 27) scollare fino a superare di almeno qualche millimetro la linea mucogengivale
- 28) scollare in direzione distale tenendo lo scollaperiostio a qualche millimetro dalla linea di riflessione del lembo
- 29) osservare se si evidenzia il fascio vascolonervoso del mentale che fuoriesce dal canale mandibolare; in questo caso interrompere lo scollamento per non danneggiarlo
- 30) eseguire l'incisione rilasciante vestibolare distale a tutto spessore, iniziandola a qualche millimetro oltre la linea mucogengivale
- 31) controllare che la incisione rilasciante distale non interferisca con la posizione del fascio vascolonervoso del mentale

- 32) terminare la incisione rilasciante distale distalmente alla papilla distale del 45, in modo da inglobare nel lembo vestibolare la papilla ma non il cuneo distale

applicazione del filo di trazione

- 33) applicare un filo di trazione 2/0 sul lembo con un doppio passaggio dell'ago
- 34) eseguire il passaggio dell'ago prima dall'interno del lembo e poi dall'esterno (per avere i due capi che provengono dall'interno e che divaricano meglio i margini del lembo)
- 35) fare scorrere il filo di trazione in modo di avere dei capi di circa 10-15 centimetri di lunghezza e tagliare il filo, che servirà successivamente per la sutura
- 36) dopo averli arrotolati tra loro clampare con la pinza i capi del filo al connettore dell'apribocca per esercitare una divaricazione del lembo
- 37) senza incisioni rilascianti eseguire lo scollamento a tutto spessore del lembo primario palatale, fino ad evidenziare per qualche millimetro il margine osseo

esecuzione dell'osteoplastica

- 38) rimuovere i residui di lembo secondario interdentale con strumento a falce CK6, con curette di Gracey e con escavatori
- 39) analizzare con la sonda parodontale dritta le tasche intraossee interdentali
- 40) eseguire con le frese tonde ad alta o bassa velocità la osteoplastica delle craterizzazioni presenti, a spese delle pareti vestibolari e linguali del cratere
- 41) eseguire la osteoplastica interessando solo il tessuto osseo non di sostegno e mai quello di sostegno della corticale alveolare residua
- 42) realizzare dei solchi di scorrimento laterali per il bolo di origine occlusale, ed in modo che il fondo della tasca intraossea diventi la parte più rilevata del margine osseo visto in sezione trasversa
- 43) eseguire la osteoplastica delle tasche intraossee vestibolari e linguali e delle mensole ossee, a spese della parete ossea della tasca
- 44) eseguire la osteoplastica senza mai toccare il tessuto di sostegno osseo corrispondente alla corticale alveolare residua in modo di avere un profilo osseo a lama di coltello
- 45) controllare che nella zona edentula distale al 45 e mesiale al 43 l'andamento osseo per almeno due millimetri sia orizzontale o a lama di coltello ed eventualmente rettificarlo con osteoplastica
- 46) scorrere con la sonda parodontale in direzione vestibolopalatale e mesiodistale sul tessuto osseo, controllando che non vi siano più irregolarità e che la osteoplastica sia quindi stata completata

ulteriore gengivectomia linguale e sutura del lembo linguale

- 47) terminata la osteoplastica, analizzare il lembo primario a tutto spessore linguale, e ridurlo se necessario con nuove gengivectomie di correzione a bisello interno
- 48) eseguire queste ulteriori gengivectomie a 45 gradi rispetto all'asse del dente, controllando che alla fine in nessun punto il lembo sovrasti il tessuto dentario
- 49) eseguire la sutura continua linguale con filo 2/0, per avere una trazione emostatica ottimale, iniziando distalmente con un nodo iniziale che unisce i due margini della resezione cuneiforme
- 50) eseguire passaggi successivi papillari e circumdentali intermedi
- 51) terminare la sutura linguale mesialmente unendo i due margini dell'alveolo del 42 con un nodo finale, usando come capo corto l'ansa di filo proveniente dal passaggio precedente

sutura del lembo vestibolare

- 52) rimuovere il filo di trazione vestibolare
- 53) eseguire la sutura continua vestibolare con filo 4/0, per la sottigliezza del margine dove è stata eseguita la incisione a bisello interno
- 54) iniziare la sutura vestibolare distalmente con un nodo iniziale tra i due margini della incisione rilasciante distale
- 55) eseguire passaggi intermedi papillari e circumdentali successivi
- 56) prima di eseguire il nodo finale, controllare che la sutura continua del lembo vestibolare non sia troppo tesa, per poter così realizzare il riposizionamento apicale del lembo
- 57) controllare che in nessun punto il lembo copra il tessuto dentario delle radici; dove la architettura ossea è inversa per le osteoplastiche vi saranno zone di tessuto osseo esposto
- 58) le zone di tessuto osseo esposto verranno coperte dai tessuti molli per seconda intenzione (come avviene anche negli spazi interdentali)
- 59) terminare la sutura vestibolare con un nodo finale tra i due margini della incisione rilasciante mesiale, utilizzando come capo corto l'ansa che proviene dal passaggio precedente
- 60) eseguire punti staccati con filo 4/0 tra i margini delle incisioni rilascianti fino a farli collabire

applicazione del cemento chirurgico

- 61) controllare l'emostasi ed applicare l'impacco chirurgico, mescolando i due componenti sul blocco di fogli grandi con la spatola monouso
- 62) rimuovere la parte di cemento chirurgico in eccesso dalle zone vestibolari e occlusali con una curette di Gracey 7-8

Esercitazione per intervento a lembo di gengivectomia osteoplastica - riposizionamento apicale nella zona dei biradicolati inferiori

Esercitazione eseguita in corrispondenza degli elementi 37 38 con rizotomi del 37 e preparazione protesica a cielo aperto delle due radici rizotomizzate

vassoi utilizzati:

- **prima parte del vassoio 51 per chirurgia parodontale**
- **vassoio 37 per preparazioni protesiche**
- **quarta parte del vassoio 51 per chirurgia parodontale**

dai Protocolli dei Materiali Essenziali

progetto dei lembi (posizione dell'operatore: ore 7-8)

- 1) collocare il capo del simulatore in posizione verticale e applicare l'apribocca
- 2) eseguire con sonda dritta il sondaggio del fondo delle tasche parodontali vestibolari, considerando come fondo tasca l'attacco osseo attorno agli elementi dentari del simulatore
- 3) segnare con il pennarello la proiezione del fondo delle tasche vestibolari sulla mucosa
- 4) eseguire con sonda dritta il sondaggio del fondo delle tasche parodontali linguali
- 5) segnare con il pennarello la proiezione del fondo delle tasche linguali sulla mucosa
- 6) segnare con il pennarello il progetto della incisione a bisello interno vestibolare

incisioni a bisello interno

- 7) montare la lama sul manico del bisturi
- 8) iniziare la incisione vestibolare a partire dalla zona distale al 38, con la incisione a tutto spessore del versante vestibolare della resezione cuneiforme distale
- 9) proseguire con la incisione vestibolare a bisello interno, iniziando a pochi decimi di millimetro dal margine gengivale libero, con una inclinazione di circa 45 gradi rispetto all'asse del dente
- 10) eseguire la incisione vestibolare a bisello interno per una profondità di pochi decimi di millimetro
- 11) terminare la incisione a bisello interno con la incisione del versante vestibolare del cuneo mesiale
- 12) approfondire la incisione vestibolare a bisello interno con la lama del bisturi parallela alla superficie epiteliale, alla profondità alla quale la lama è intravedibile sotto la mucosa

- 13) eseguire movimenti rotatori alternati della ampiezza di pochi mm della lama curva del bisturi per ottenere una dissezione più accurata
- 14) stabilizzare il margine gengivale libero con un dito della mano sinistra circondando con il braccio sinistro il capo del paziente
- 15) terminare la incisione a bisello interno quando si è superato il livello del fondo della tasca parodontale, dirigendo il bisturi verso il tessuto osseo fino a sentirne tattilmente la resistenza
- 16) fare ruotare il capo del paziente verso la sua sinistra per poter avere la migliore visualizzazione linguale
- 17) iniziare la incisione linguale a partire dalla zona edentula distale al 38 con la incisione del versante linguale della resezione cuneiforme distale
- 18) eseguire la incisione linguale a bisello interno con una inclinazione a 45 gradi circa rispetto all'asse del dente, iniziandola a qualche millimetro dal margine gengivale libero
- 19) terminare la incisione a 45 gradi verso l'asse del dente, eseguendo quindi una prima gengivectomia per difetto, che verrà poi corretta prima della sutura del lembo primario linguale
- 20) terminare mesialmente la incisione a bisello interno linguale eseguendo la incisione del versante linguale del cuneo mesiale

rimozione del lembo secondario

- 21) clampare con pinza portaaghi il cuneo distale
- 22) rimuovere il lembo secondario che si è formato attorno agli elementi dentari con lo strumento a falce CK6 o con curette di Gracey 7-8

scollamento dei lembi primari

- 23) eseguire l'incisione rilasciante vestibolare mesiale a tutto spessore, iniziandola a qualche millimetro oltre la linea mucogengivale
- 24) terminare la incisione rilasciante mesiale nella parte mesiale della papilla mesiale al 37, senza quindi inglobare nel lembo vestibolare il cuneo mesiale, ma solo la papilla
- 25) scollare il lembo primario vestibolare a spessore totale con lo scollaperiostio iniziando dall'angolo mesiale
- 26) scollare fino a superare di almeno qualche millimetro la linea mucogengivale
- 27) controllare che sia sufficiente per il rilasciamento del lembo primario la sola incisione rilasciante mesiale
- 28) senza incisioni rilascianti eseguire lo scollamento a tutto spessore del lembo primario linguale, fino ad evidenziare per qualche millimetro il margine osseo

- 29) rimuovere i residui di lembo secondario interdentale con strumento a falce CK6, con curette di Gracey e con escavatori

preparazione protesica per corona completa del 37

- 30) dato che in genere i molari con interessamento di III classe presentano mobilità patologica, eseguire con la fresa per spalla larga una preparazione protesica per corona completa del 37
- 31) controllare che la preparazione corrisponda a quella al di sotto della protesi fissa provvisoria di stabilizzazione parodontale, con i margini protesici molto sopra al margine osseo

rizotomia del 37

- 32) inserire una sonda odontoiatrica nella biforcazione con interessamento di III classe del 37
- 33) montare sulla turbina una fresa per spalla stretta
- 34) eseguire il primo sezionamento verticale della rizotomia a partire dalla superficie oclusale utilizzando come guida la sonda, per non danneggiare il parodonto residuo delle radici
- 35) quando il piano di sezione è completato, la sonda odontoiatrica si può sfilare occlusalmente
- 36) montare sulla turbina la fresa diamantata per bisellatura
- 37) a lembo aperto preparare le radici rizotomizzate che hanno un supporto parodontale valido, eliminando con la fresa per bisellatura tutte le zone di sottosquadro
- 38) controllare che rimanga al massimo un millimetro di sottosquadro residuo, come margine di sicurezza per evitare di danneggiare il parodonto
- 39) realizzare una convergenza oclusale delle pareti laterali di circa 25-30 gradi, perché non siano troppo ritentive e non abbiano un rapporto troppo sfavorevole tra altezza e base di impianto osseo.

esecuzione della osteoplastica

- 40) analizzare con la sonda parodontale dritta le tasche intraosse interdentali e interradicolari
- 41) eseguire con le frese tonde ad alta o bassa velocità la osteoplastica delle craterizzazioni presenti, a spese delle pareti vestibolari e linguali del cratere
- 42) eseguendo la osteoplastica interessare solo il tessuto osseo non di sostegno e mai quello di sostegno della corticale alveolare residua
- 43) realizzare dei solchi di scorrimento laterali per il bolo di origine oclusale in modo che il fondo della tasca intraossea diventi la parte più rilevata del margine osseo visto in sezione trasversa

- 44) eseguire la osteoplastica delle tasche intraossee vestibolari e linguali e delle mensole ossee eventualmente presenti attorno al 37 e attorno al 38
- 45) eseguire la osteoplastica in corrispondenza dell'interessamento di I o II classe della biforcazione del 38, a spese della parete ossea della tasca
- 46) anche per questa osteoplastica non toccare mai il tessuto di sostegno osseo corrispondente alla corticale alveolare residua
- 47) scorrere con la sonda parodontale in direzione vestibolopalatale e mesiodistale sul tessuto osseo, controllando che non vi siano più irregolarità e che la osteoplastica sia stata completata

ulteriore gengivectomia linguale e sutura del lembo linguale

- 48) terminata la osteoplastica, analizzare il lembo primario a tutto spessore linguale, e ridurlo se necessario con una nuova gengivectomia di correzione a bisello interno
- 49) controllare che la gengivectomia sia sempre eseguita a 45 gradi rispetto all'asse del dente, in modo che in nessun punto il lembo sovrasti il tessuto dentario
- 50) eseguire la sutura continua linguale con filo 2/0, per avere una trazione emostatica ottimale, iniziando dalla zona più distale con un nodo iniziale
- 51) controllare che il nodo iniziale inglobi solo il margine linguale del cuneo distale, perché non vi è una incisione rilasciante distale
- 52) eseguire passaggi successivi papillari e circumdentali intermedi
- 53) se le radici rizotomizzate sono troppo convergenti in senso oclusale e non trattengono l'ansa, eseguire dei solchi di ritenzione nella loro superficie laterale con la fresa da bisello
- 54) terminare la sutura linguale con un nodo finale che unisce i due margini del cuneo mesiale, dato che mesialmente vi è una incisione rilasciante vestibolare
- 55) per il nodo finale usare come capo corto l'ansa di filo che proviene dal passaggio precedente

esecuzione della sutura vestibolare

- 56) eseguire la sutura continua vestibolare (con filo 4/0, per la sottigliezza del margine dove è stata eseguita la incisione a bisello interno), iniziando mesialmente con un nodo iniziale
- 57) eseguire il nodo iniziale unendo i due margini della incisione rilasciante mesiale, in modo che il livello del passaggio dell'ago provochi nell'annodamento un primo riposizionamento apicale
- 58) eseguire passaggi intermedi papillari e circumdentali successivi
- 59) prima di eseguire il nodo finale, controllare che la sutura continua del lembo vestibolare non sia troppo tesa, per poter così realizzare il riposizionamento apicale del lembo

- 60) controllare che il lembo in nessun punto copra il tessuto dentario delle radici
- 61) dove la architettura ossea è inversa per le osteoplastiche vi saranno zone di tessuto osseo esposto che guariranno per seconda intenzione (come avviene negli spazi interdentali)
- 62) terminare la sutura linguale con un nodo finale in corrispondenza del versante vestibolare del cuneo distale, usando come capo corto l'ansa di filo che proviene dal passaggio precedente
- 63) eseguire punti staccati con filo 4/0 tra i margini della incisione rilasciante mesiale fino a farli collabire

applicazione dell'impacco chirurgico

- 64) controllare l'emostasi ed applicare l'impacco chirurgico, mescolando i due componenti sul blocco di fogli grandi con la spatola monouso
- 65) rimuovere la parte di cemento chirurgico in eccesso dalle zone vestibolari e oclusali con curette di Gracey 7-8.

Esercitazione per intervento a lembo di gengivectomia osteoplastica - riposizionamento apicale nella zona dei triradicolati superiori

Esercitazione eseguita in corrispondenza degli elementi 16 17 18 (con rizectomia della radice mesiovestibolare del 16, rigenerazione guidata del tessuto osseo nell'alveolo postestrattivo, rizotomia e preparazione protesica a cielo aperto delle altre due radici del 16)

vassoi utilizzati:

- prima parte del vassoio 51 per chirurgia parodontale
- vassoio 37 per preparazioni protesiche
- secondo parte del vassoio 51 per chirurgia parodontale
- quarta parte del vassoio 51 per chirurgia parodontale

dai Protocolli dei Materiali Essenziali

progetto dei lembi

- 1) collocare capo del simulatore in posizione supina e applicare l'apribocca
- 2) eseguire con sonda dritta il sondaggio del fondo delle tasche parodontali vestibolari, considerando come fondo tasca l'attacco osseo sugli elementi dentari del simulatore
- 3) segnare con il pennarello la proiezione del fondo delle tasche vestibolari sulla mucosa
- 4) in corrispondenza della radice mesiovestibolare del 16, dove la tasca parodontale arriva all'apice ed è programmata una rizectomia, segnare il livello del margine osseo (valutato con la transfissione mucosa con sonda parodontale)
- 5) eseguire con sonda dritta il sondaggio del fondo delle tasche parodontali palatali
- 6) segnare con il pennarello la proiezione del fondo delle tasche palatali sulla mucosa
- 7) segnare con il pennarello il progetto della incisione a bisello interno vestibolari

incisione a bisello interno

- 8) montare la lama sul manico del bisturi
- 9) iniziare la incisione vestibolare a partire dall'incisione a tutto spessore del versante vestibolare del cuneo distale al 18
- 10) proseguire con la incisione vestibolare a bisello interno, iniziando a pochi decimi di millimetro dal margine gengivale libero, con una inclinazione di circa 45 gradi rispetto all'asse del dente

- 11) eseguire la incisione iniziale a bisello interno per una profondità di pochi decimi di millimetro
- 12) terminare la incisione all'angolo distovestibolare del 15
- 13) approfondire la incisione vestibolare a bisello interno con la lama del bisturi parallela alla superficie epiteliale, alla profondità alla quale la lama è intravedibile sotto la mucosa
- 14) eseguire movimenti rotatori alternati della lama curva del bisturi per ottenere una dissezione più accurata, e stabilizzare se necessario il margine gengivale con un dito della mano sinistra
- 15) terminare la incisione a bisello interno quando si è superato il livello del fondo della tasca parodontale, dirigendo la lama bisturi verso il tessuto osseo fino a sentirne tattilmente la resistenza
- 16) iniziare la incisione palatale a partire dall'incisione a tutto spessore del versante linguale della resezione cuneiforme distale al 18
- 17) eseguire la incisione palatale a bisello interno con una inclinazione a 45 gradi circa rispetto all'asse del dente, iniziandola a qualche millimetro dal margine gengivale libero
- 18) terminare mesialmente la incisione a bisello interno palatale all'angolo distopalatale del 15

rimozione del lembo secondario

- 19) clampare con pinza portaaghi il cuneo distale
- 20) rimuovere il lembo secondario che si è formato attorno agli elementi dentari con lo strumento a falce CK6 o con curette di Gracey 7-8

scollamento dei lembi primari

- 21) eseguire l'incisione rilasciante vestibolare mesiale a tutto spessore, iniziandola a qualche millimetro oltre la linea mucogengivale
- 22) terminare la incisione rilasciante mesiale all'angolo distovestibolare del 15
- 23) scollare il lembo primario vestibolare a spessore totale con lo scollaperiostio iniziando dall'angolo mesiale
- 24) scollare fino a superare di almeno qualche millimetro la linea mucogengivale
- 25) controllare che il lembo vestibolare sia sufficientemente rilasciato con una sola incisione rilasciante mesiale

applicazione del filo di trazione

- 26) applicare un filo di trazione 2/0 sul lembo con un doppio passaggio dell'ago, prima dall'interno del lembo e poi dall'esterno (per avere i due capi che provengono dall'interno e che divaricano meglio i margini del lembo)
- 27) fare scorrere il filo di trazione in modo di avere dei capi di circa 10-15 centimetri di lunghezza e tagliare il filo che servirà poi per la sutura palatale

- 28) clampare con la pinza i capi del filo al connettore dell'apribocca montato in posizione inversa
- 29) senza incisioni rilascianti eseguire lo scollamento a tutto spessore del lembo primario palatale fino ad evidenziare per qualche millimetro il margine osseo

sutura emostatica di arteria emissaria della palatina

- 30) nella ipotesi di sanguinamento arterioso di emissarie della arteria palatina eseguire il clampaggio del tessuto del lembo con una pinza emostatica o portaaghi
- 31) eseguire una sutura emostatica con filo 2/0 applicando un punto emostatico cranialmente al punto sanguinante ed annodandolo senza tagliarne i capi
- 32) se rimossa la pinza emostatica il sanguinamento è cessato tagliare i capi lungo e corto del filo
- 33) se il sanguinamento persiste ischemizzare progressivamente parti sempre più ampie di tessuto eseguendo altri punti staccati con i capi del filo, fino ad inglobare il decorso della arteria

preparazione protesica per corona completa del 16

- 34) dato che in genere i molari con interessamento di III classe presentano mobilità patologica, eseguire con la fresa per spalla larga una preparazione protesica per corona completa del 16
- 35) controllare che la preparazione corrisponda a quella al di sotto della protesi fissa provvisoria di stabilizzazione parodontale, con i margini protesici molto sopra al margine osseo

rizectomia della radice vestibolomesiale del 16

- 36) rimuovere i residui di lembo secondario interdentale con strumento a falce CK6, con curette di Gracey e con escavatori
- 37) inserire due sonde odontoiatrica nelle due biforcazioni con interessamento di III classe attorno alla radice mesiovestibolare del 16
- 38) montare sulla turbina una fresa diamantata per spalla stretta ed eseguire i primi sezionamenti verticali della rizectomia mesiovestibolare a partire dalla superficie oclusale
- 39) utilizzare come guide le due sonde odontoiatriche, per non danneggiare il parodonto residuo delle altre due radici
- 40) quando il piano di sezione è completato, le sonde odontoiatriche si possono sfilare occlusalmente
- 41) sfilare con un escavatore la radice mesiovestibolare che non ha più un supporto parodontale eseguendo così la rizectomia

esecuzione della rizotomia delle due radici residue del 16

- 42) inserire una sonda odontoiatrica in corrispondenza dell'interessamento di III classe tra la radice vestibolodistale e la radice palatale
- 43) eseguire con la guida della sonda il primo piano di sezione della rizotomia
- 44) controllare che la sonda si possa sfilare occlusalmente e che quindi il piano di sezione della rizotomia sia completo
- 45) montare sulla turbina la fresa diamantata per bisellatura
- 46) a lembo aperto preparare le altre due radici eliminando tutte le zone di sottosquadro
- 47) mantenere al massimo solo un millimetro di sottosquadro, come margine di sicurezza per evitare di danneggiare il parodonto
- 48) realizzare una convergenza delle pareti in direzione occlusale di circa 25-30 gradi, per evitare che siano troppo ritentive e abbiano un rapporto sfavorevole tra altezza e base di impianto osseo.

esecuzione della osteoplastica

- 49) analizzare con la sonda parodontale dritta le tasche intraosse interdentali e interradicolari
- 50) eseguire con le frese tonde ad alta o bassa velocità la osteoplastica delle craterizzazioni presenti, a spese delle pareti vestibolari e palatali del cratere
- 51) interessare solo il tessuto osseo non di sostegno e mai quello di sostegno della corticale alveolare residua
- 52) realizzare dei solchi di scorrimento laterali per il bolo di origine occlusale in modo che il fondo della tasca intraossea diventi la parte più rilevata del margine osseo visto in sezione trasversa
- 53) eseguire la osteoplastica delle eventuali tasche intraossee vestibolari e palatali e delle mensole ossee, a spese della parete ossea della tasca
- 54) anche in osteoplastica non toccare mai il tessuto di sostegno osseo corrispondente alla corticale alveolare residua
- 55) scorrere con la sonda parodontale in direzione vestibolopalatale e mesiodistale sul tessuto osseo, controllando che non vi siano più irregolarità del tessuto osseo e controllando quindi che la osteoplastica sia stata completata

ulteriore gengivectomia palatale e sutura del lembo palatale

- 56) terminata la osteoplastica, analizzare il lembo primario a tutto spessore palatale e ridurlo se necessario con nuove gengivectomie di correzione a bisello interno
- 57) eseguire sempre le nuove gengivectomia a 45 gradi rispetto all'asse del dente, in modo che in nessun punto il lembo sovrasti il tessuto dentario

- 58) eseguire la sutura continua palatale con filo 2/0, per avere una trazione emostatica ottimale, iniziando dalla zona più distale con un nodo iniziale
- 59) controllare che il nodo iniziale inglobi solo il margine palatale della resezione cuneiforme distale, dato che distalmente non vi sono incisioni rilascianti
- 60) eseguire passaggi successivi papillari e circumdentali intermedi
- 61) eseguire l'ultimo passaggio circumdentale attorno alla radice palatale del 16
- 62) terminare la sutura palatale con un nodo finale in corrispondenza dell'angolo distopalatale del 15 usando come capo corto l'ansa di filo che proviene dal passaggio precedente

rigenerazione guidata nell'alveolo postestrattivo

- 63) rimuovere con escavatore tutto il tessuto infiammatorio presente all'interno dell'alveolo postestrattivo della radice mesiovestibolare
- 64) eseguire dei fori con frese tonde a bassa velocità per creare delle vie di comunicazione con il tessuto osseo spugnoso circostante
- 65) dividere il lembo vestibolare in due lembi distinti, mediante una incisione rilasciante
- 66) controllare che la incisione a tutto spessore sia estesa qualche millimetro oltre la linea muco gengivale in corrispondenza dell'angolo mesiale della radice vestibolodistale del 16
- 67) sottominare il periostio del piccolo lembo così ottenuto il più apicalmente possibile con incisioni mesiodistali praticate sulla superficie interna del lembo
- 68) controllare che il piccolo lembo mesiale così ottenuto sia posizionabile coronalmente in modo da ricoprire completamente l'alveolo postestrattivo della radice mesiovestibolare del 16,
- 69) preparare una filiera passando i due fili 4/0 corrispondenti ai punti staccati agli angoli del lembo mesiale, che lo agganciano al margine palatale tra 15 e 16, e al margine palatale tra 16 e 17
- 70) dislocare lateralmente i fili intermedi della filiera attorno agli elementi dentari adiacenti, in modo che non ostacolino l'inserimento dei materiali per rigenerazione guidata
- 71) versare una opportuna quantità di idrossilapatite osteoconduttiva nel bicchierino in vetro
- 72) aprire il flacone di antibiotico liofilizzato e versare nel bicchierino in vetro sulla idrossilapatite qualche granulo di antibiotico
- 73) mescolare idrossilapatite ed antibiotico con la spatolina per mantenere asettica la idrossilapatite
- 74) aprire una fiala di soluzione fisiologica e versarne il contenuto nel bicchierino in vetro
- 75) tamponare con garze la soluzione fisiologica in eccesso, in maniera di avere una adesività spontanea tra i granuli di idrossilapatite

- 76) ritagliare con la forbice la membrana in collagene del formato quadrangolare, in modo che i suoi margini sovrastino i margini ossei dell'alveolo per circa due millimetri
- 77) bagnare con soluzione fisiologica la membrana, per simulare la adesività del campo sanguinante sottostante (questa procedura non è necessaria nel paziente)
- 78) con la spatolina applicare la idrossilapatite all'interno dell'alveolo postestrattivo
- 79) compattare la idrossilapatite con l'otturatore piatto grande e con la spatolina, e con garza asciutta
- 80) applicare la membrana al di sopra della idrossilapatite e comprimerla con garza asciutta, perchè aderisca spontaneamente al tessuto osseo sottostante
- 81) annodare i punti staccati della filiera in modo che la loro tensione sia armonica e che il piccolo lembo mesiale copra completamente la membrana
- 82) eseguire la sutura a punti staccati della incisione rilasciante più mesiale

sutura del lembo vestibolare a riposizionamento apicale

- 83) eseguire la sutura continua del secondo lembo vestibolare con filo 4/0, iniziando mesialmente con un nodo iniziale
- 84) eseguire il nodo iniziale tra i due margini della incisione rilasciante che è stata eseguita per dividere i due lembi vestibolari
- 85) eseguire passaggi intermedi papillari e circumdentali successivi
- 86) prima di eseguire il nodo finale, controllare che la sutura continua del lembo vestibolare non sia troppo tesa, per poter così realizzare il riposizionamento apicale del lembo
- 87) controllare che il lembo in nessun punto copra il tessuto dentario delle radici
- 88) dove la architettura ossea è inversa per le osteoplastiche vi saranno zone di tessuto osseo esposto che verranno coperte per seconda intenzione (come avviene anche negli spazi interdentali)
- 89) terminare con un nodo finale che ingloba solo il margine vestibolare della resezione cuneiforme distale, usando come capo corto l'ansa di filo che proviene dal passaggio precedente
- 90) eseguire punti staccati con filo 4/0 tra i margini delle incisioni rilascianti vestibolari fino a farli collabire

applicazione dell'impacco chirurgico

- 91) controllare l'emostasi ed applicare l'impacco chirurgico, mescolando i due componenti sul blocco di fogli grandi con la spatola monouso
- 92) rimuovere la parte di cemento chirurgico in eccesso dalle zone vestibolari e occlusali, utilizzando una curette di Gracey 7-8

Esercitazione per intervento di gengivectomia a bisello esterno

Esercitazione eseguita in corrispondenza degli elementi 33 34 35

vassoi utilizzati:

- prima parte del vassoio 51 per chirurgia parodontale
 - quarta parte del vassoio 51 per chirurgia parodontale
- dai Protocolli dei Materiali Essenziali**

esecuzione della gengivectomia con elettrobisturi (posizione dell'operatore: ore 7-8)

- 1) collocare il capo del simulatore in posizione verticale ed applicare l'apribocca
- 2) eseguire il sondaggio delle pseudotasche vestibolari con sonda parodontale dritta
- 3) eseguire la gengivectomia a bisello esterno con elettrobisturi in corrispondenza dei margini gengivali vestibolari degli elementi 33 34 35, mantenendo una aspirazione chirurgica continua

esecuzione della gengivectomia con bisturi

- 4) completare la gengivectomia a bisello esterno con il bisturi Bard –Parker 15

sutura emostatica continua

- 5) iniziare la sutura emostatica continua della zona gengivale vestibolare cruentata, realizzando un nodo iniziale con il passaggio dell'ago nella zona vestibolare più distale
- 6) eseguire passaggi successivi vestibolari dell'ago, rientrando con esso nell'ansa che proviene dal passaggio precedente
- 7) applicare una pinza di contrappeso dopo ogni passaggio intermedio, per evitare che la sutura possa detendersi
- 8) terminare la sutura emostatica continua con un nodo finale mesiale, utilizzando come capo corto l'ansa che proviene dal passaggio precedente

applicazione dell'impacco chirurgico

- 9) controllare l'emostasi ed applicare l'impacco chirurgico, mescolando i due componenti sul blocco di fogli grandi con la spatola monouso
- 10) rimuovere la parte di cemento chirurgico in eccesso dalle zone vestibolari e occlusali, utilizzando una curette di Gracey 7-8

Esercitazione per intervento di rigenerazione guidata dei tessuti parodontali all'interno di tasche intraossee con membrane in PTFE ed innesti ossei autologhi

Esercitazione eseguita in corrispondenza degli elementi 13 12 11 21

vassoi utilizzati:

- prima parte del vassoio 51 per chirurgia parodontale
- quarta parte del vassoio 51 per chirurgia parodontale

dai **Protocolli dei Materiali Essenziali**

esecuzione delle incisioni nel fondo del solco gengivale (posizione dell'operatore: ore 7-8)

- 1) collocare il capo del simulatore in posizione supina e applicare l'apribocca
- 2) analizzare con la sonda parodontale la posizione del fondo del solco gengivale attorno agli elementi dentari. ipotizzando che il fondo del solco gengivale corrisponda all'attacco osseo
- 3) analizzare la tasca parodontale mesiale e vestibolare al 11, e la tasca parodontale interdentale tra 13 e 12, che non presentano una componente sopraossea ma solo intraossea
- 4) eseguire una incisione palatale a tutto spessore sul fondo del solco gengivale estesa dal 13 al 21, passando a ponte palatalmente nella zona delle papille
- 5) eseguire incisioni vestibolari a tutto spessore sul fondo del solco gengivale attorno agli elementi 13 12 11 21
- 6) eseguire una incisione a tutto spessore in direzione distale nella parte più rilevata delle zone edentule distali al 13 e al 21 per favorire il rilasciamento dei lembi

scollamento dei lembi e applicazione del filo di trazione

- 7) eseguire lo scollamento dei lembi a tutto spessore vestibolare e palatale in modo da esporre appena il margine osseo
- 8) collocare il capo del simulatore in posizione verticale
- 9) applicare un filo di trazione 2/0 sul lembo con un doppio passaggio dell'ago, prima dall'interno del lembo e poi dall'esterno (per avere i due capi che provengono dall'interno)
- 10) passare l'ago del filo di trazione il più apicalmente possibile sul fondo del fornice inglobando il tessuto muscolare profondo e periosteo

- 11) annodare il filo mantenendo una pressione apicale sul lembo con un dito della mano sinistra, per divaricare stabilmente il lembo

preparazione della tasca intraossea del 11

- 12) rimuovere l'epitelio ulcerato ed il tessuto di granulazione dell'interno della tasca intraossea mesiovestibolare del 11 con curette di Gracey ed escavatori
- 13) con la curette di Gracey controllare che sia stata fatta la corretta levigatura della superficie radicolare corrispondente alla tasca intraossea
- 14) prelevare con la pinzetta odontoiatrica una spugnetta
- 15) bagnare la spugnetta con l'acido citrico presente nel contenitore con contagocce
- 16) applicare la spugnetta con l'acido citrico sulla superficie radicolare all'interno della tasca in trossa o della biforcazione
- 17) lasciare la spugnetta con acido citrico nella tasca intraossea per tre-quattro minuti
- 18) rimuovere la spugnetta e lavare con acqua del riunito l'acidità residua
- 19) con fresa tonda piccola a bassa velocità eseguire dei piccoli fori di comunicazione con la spugna circostante

applicazione della membrana in PTFE

- 20) prelevare una membrana in PTFE
- 21) strapparne l'angolo con una pinza portaaghi per individuare il piano di clivaggio tra il supporto cartaceo e la membrana
- 22) rimuovere il supporto cartaceo
- 23) ritagliare una membrana a forma di segmento di corona circolare, che sovrasti di circa due mm i margini della tasca intraossea mesiovestibolare al 21
- 24) appoggiandosi sul piano di lavoro applicare sul lato orizzontale corto della membrana un filo 4/0 eseguendo il passaggio del filo ai due angoli
- 25) eseguire extraoralmente un doppio primo annodamento in senso orario per ottenere una ansa circumdentale
- 26) collocare la membrana attorno al colletto del 21, collocando la ansa circumdentale in modo che il filo faccia aderire all'elemento dentario i lati corti della membrana
- 27) eseguire un ulteriore annodamento in senso orario, e successivamente uno in senso antiorario di stabilizzazione ed uno orario di sicurezza per stabilizzare la membrana al colletto

- 28) tagliare i capi della legatura circumdentali lasciandoli della lunghezza di circa due centimetri in modo che emergano dal lembo suturato, per poterli poi facilmente rimuovere
- 29) sollevare la membrana per poter visualizzare la tasca intraossea mesiovestibolare al 11

preparazione della filiera

- 30) preparare una filiera sopra la tasca intraossea facendo passare il filo di un punto Donati incrociato che unirà i versanti vestibolari e palatali della papilla mesiale al 11, senza annodarne i capi
- 31) applicare i due fili corrispondente ai punti staccati in corrispondenza delle papille adiacenti, attraversandone i due versanti senza annodarne i capi
- 32) collocare i fili intermedi della filiera attorno ad elementi dentari mesiali e distali, in modo che essi non interferiscano con la zona della tasca intraossea vestibolomesiale al 11

prelievo dell'innesto osseo

- 33) fare ruotare il capo del paziente in direzione opposta all'operatore per visualizzare la zona 18
- 34) eseguire una incisione orizzontale iniziando dalla zona del tuber fino ad arrivare all'angolo mesiovestibolare del 18 (rimuovere l'impacco chirurgico applicato nelle esercitazioni prece denti)
- 35) eseguire una incisione rilasciante mesiale iniziando almeno qualche millimetro apicalmente alla linea mucogengivale ed arrivando all'angolo mesiovestibolare del 18
- 36) eseguire lo scollamento con scollaperiostio del lembo triangolare così configurato, in modo da esporre il tuber maxillae osseo
- 37) divaricare il lembo con la parte riflettente dello scollaperiostio
- 38) montare sul micromotore una fresa tonda grande a bassa velocità
- 39) eseguire la perforazione della corticale del tuber maxillae distalmente al 18 con la fresa tonda grande regolando il reostato alla velocità minima
- 40) bagnare la zona del tuber maxillae osseo con acqua del riunito per simulare il sanguinamento del campo operatorio
- 41) eseguire la fresatura della spugnosa del tuber maxillae sempre alla velocità minima, fino a che si formano frustoli ossei aderenti uno all'altro
- 42) rimuovere i frustoli ossei con l'escavatore e collocarli nel bicchierino di vetro
- 43) aprire il flacone di antibiotico liofilizzato e versarne alcuni granuli nel bicchierino in vetro sui frustoli ossei

inserimento dell'innesto osseo

- 44) con l'escavatore applicare i frustoli ossei all'interno della tasca intraossea distovestibolare al 21
- 45) compattare i frustoli ossei con l'otturatore piatto grande e con la spatolina, e alla fine con garza asciutta, per ricostruire il profilo osseo originario
- 46) ricollocare in posizione la membrana in PTFE con l'aiuto della sonda parodontale dritta e della spatolina

sutura dei lembi

- 47) ricollocare i fili intermedi della filiera nella posizione interdentale corretta
- 48) tagliare e sfilare il filo di trazione del lembo vestibolare
- 49) ricollocare le zone papillari intermedie del lembo vestibolare nelle corrispondenti zone interdentali originarie con l'aiuto della sonda parodontale
- 50) annodare i fili dei punti staccati della filiera, per stabilizzare immediatamente i lembi sui materiali per rigenerazione guidata
- 51) aggiungere altri punti staccati nelle altre zone interdentali, per eliminare ogni deiscenza della ferita chirurgica

Esercitazione per intervento di rigenerazione guidata dei tessuti parodontali all'interno di tasche intraossee con membrane riassorbibili in collagene e idrossilapatite

Esercitazione eseguita in corrispondenza degli elementi 23 24 25

vassoi utilizzati:

- prima parte del vassoio 51 per chirurgia parodontale
 - secondo parte del vassoio 51 per chirurgia parodontale
 - quarta parte del vassoio 51 per chirurgia parodontale
- dai Protocolli dei Materiali Essenziali**

esecuzione delle incisioni nel fondo del solco gengivale (posizione dell'operatore: ore 7-8)

- 1) collocare il capo del simulatore in posizione supina e applicare l'apribocca
- 2) analizzare con la sonda parodontale la posizione del fondo del solco gengivale attorno agli elementi dentari. ipotizzando che il fondo del solco gengivale corrisponda all'attacco osseo
- 3) analizzare la tasca parodontale vestibolodistale al 25, e la tasca parodontale interdentale tra 23 e 24, che non presentano una componente sopraossea ma solo intraossea,
- 4) eseguire una incisione palatale a tutto spessore sul fondo del solco gengivale estesa dal 23 al 25, passando a ponte palatalmente nella zona delle papille
- 5) eseguire incisioni vestibolari a tutto spessore sul fondo del solco gengivale attorno agli elementi 23 24 25
- 6) eseguire una incisione a tutto spessore in direzione distale nella parte più rilevata delle zone edentule distale al 25 e mesiale al 23 per favorire il rilasciamento dei lembi

scollamento dei lembi e applicazione del filo di trazione

- 7) eseguire lo scollamento dei lembi a tutto spessore vestibolare e palatale in modo da esporre appena il margine osseo
- 8) collocare il capo del paziente in posizione verticale
- 9) applicare un filo di trazione 2/0 sul lembo con un doppio passaggio dell'ago
- 10) passare l'ago prima dall'interno del lembo e poi dall'esterno (per avere i due capi che provengono dall'interno e che divaricano meglio i margini del lembo)

- 11) passare successivamente l'ago del filo di trazione il più apicalmente possibile sul fondo del fornice inglobando il tessuto muscolare profondo e periosteo
- 12) annodare il filo mantenendo una pressione apicale sul lembo con un dito della mano sinistra, per divaricare stabilmente il lembo

preparazione delle tasche intraossee

- 13) rimuovere l'epitelio ulcerato ed il tessuto di granulazione dell'interno delle tasche intraossee (distovestibolare al 25 e interdentale tra 23 e 24) con curette di Gracey ed escavatori
- 14) con la curette di Gracey controllare che sia stata fatta la corretta levigatura delle superfici radicolari corrispondenti alle tasche intraossee
- 15) prelevare con la pinzetta odontoiatrica una spugnetta
- 16) bagnare la spugnetta con l'acido citrico
- 17) applicare la spugnetta con l'acido citrico sulla superficie radicolare all'interno delle tasche intrassee
- 18) lasciare la spugnetta con acido citrico nella tasca intraossea per tre-quattro minuti
- 19) rimuovere la spugnetta e lavare con acqua del riunito l'acidità residua
- 20) con fresa tonda piccola a bassa velocità eseguire dei piccoli fori di comunicazione con la spugna circostante

preparazione della filiera

- 21) preparare una filiera al di sopra delle tasche intraossee facendo passare i fili dei punti dei punti Donati incrociati che uniranno i versanti vestibolari e palatali delle papille, senza annodarli
- 22) collocare i fili intermedi della filiera attorno ad elementi dentari mesiali e distali, in modo che essi non interferiscano con la zona delle tasche intraossee

preparazione della idrossilapatite

- 23) versare una opportuna quantità di idrossilapatite osteoconduttiva nel bicchierino in vetro
- 24) aprire il flacone di antibiotico liofilizzato e versarne alcuni granuli nel bicchierino in vetro sulla idrossilapatite
- 25) mescolare idrossilapatite ed antibiotico con la spatolina per mantenere asettica la idrossilapatite
- 26) aprire una fiala di soluzione fisiologica e versarne il contenuto nel bicchierino in vetro
- 27) tamponare con garze la soluzione fisiologica in eccesso, in maniera di avere una adesività spontanea tra i granuli di idrossilapatite

preparazione delle membrane in collagene

- 28) ritagliare con la forbice curva la membrana in collagene del formato circolare delle dimensioni opportune, in modo di avere una membrana con la forma di segmento di corona circolare
- 29) controllare che i margini della membrana sovrastino i margini ossei della tasca intraossea distovestibolare al 25 per circa due millimetri
- 30) ritagliare con la forbice curva la membrana in collagene del formato quadrangolare in maniera di avere una forma a biscotto
- 31) controllare che i margini della membrana sovrastino i margini ossei della tasca intraossea interdentale tre 23 e 24 per circa 2 millimetri
- 32) bagnare con fisiologica un lato delle membrane per simulare la loro adesività spontanea ai piani chirurgici sanguinanti sottostanti (questa procedura non è necessaria nel paziente)

applicazione della idrossilapatite e delle membrane

- 33) con la spatolina e con lo spingiamalgama applicare la idrossilapatite all'interno delle tasche intraossee
- 34) compattare la idrossilapatite con l'otturatore piatto grande e con la spatolina, e con garza asciutta
- 35) applicare le membrane al di sopra della idrossilapatite e comprimerle con due strumenti smussi e con garze asciutte, perché aderiscano spontaneamente al tessuto osseo sottostante

sutura dei lembi

- 36) ricollocare i fili intermedi della filiera nella posizione interdentale corretta
- 37) tagliare e sfilare il filo di trazione del lembo vestibolare
- 38) ricollocare le zone papillari intermedie del lembo vestibolare nelle corrispondenti zone interdentali originarie con l'aiuto della sonda parodontale
- 39) annodare i fili dei punti staccati della filiera, per stabilizzare immediatamente i lembi sui materiali per rigenerazione guidata
- 40) aggiungere altri punti staccati nelle altre zone interdentali, per eliminare ogni deiscenza della ferita chirurgica

Esercitazione per intervento a lembo di gengivectomia osteoplastica - riposizionamento apicale nella zona dei monoradicolati

esercitazione eseguita su simulatori con tessuti di animale

vassoi utilizzati:

- **prima parte del vassoio 51 per chirurgia parodontale dai Protocolli dei Materiali Essenziali**

progetto dei lembi

- 1) collocare il simulatore in posizione verticale
- 2) eseguire con sonda dritta il sondaggio del fondo delle tasche parodontali vestibolari dei due elementi dentari più distali
- 3) segnare con il pennarello la proiezione del fondo delle tasche vestibolari sulla mucosa
- 4) eseguire con sonda dritta il sondaggio del fondo delle tasche parodontali palatali
- 5) segnare con il pennarello la proiezione del fondo delle tasche palatali sulla mucosa
- 6) segnare con il pennarello il progetto della incisione a bisello interno vestibolare

incisioni a bisello interno

- 7) montare la lama sul manico del bisturi
- 8) iniziare la incisione vestibolare a partire dalla incisione a tutto spessore del versante vestibolare della resezione cuneiforme distale
- 9) proseguire con la incisione vestibolare a bisello interno, iniziando a pochi decimi di millimetro dal margine gengivale libero, con una inclinazione di circa 45 gradi rispetto all'asse del dente
- 10) eseguire questa prima incisione per una profondità di pochi decimi di millimetro
- 11) terminare la incisione all'angolo distovestibolare del terzultimo elemento dentario
- 12) approfondire la incisione vestibolare a bisello interno con la lama del bisturi parallela alla superficie epiteliale, alla profondità alla quale la lama è intravedibile sotto la mucosa
- 13) eseguire movimenti rotatori alternati della lama curva del bisturi per ottenere una dissezione più accurata, stabilizzando se necessario il margine gengivale con un dito della mano sinistra
- 14) terminare la incisione a bisello interno quando si è superato il livello del fondo della tasca parodontale, dirigendo la lama del bisturi verso il tessuto duro fino a sentirne la resistenza

- 15) iniziare la incisione palatale a partire dalla incisione del versante palatale della resezione cuneiforme distale
- 16) eseguire la incisione palatale a bisello interno con una inclinazione a 45 gradi circa rispetto all'asse del dente, iniziandola a qualche millimetro dal margine gengivale libero
- 17) terminare la incisione a 45 gradi verso l'asse del dente, eseguendo una prima gengivectomia per difetto, che verrà poi ulteriormente corretta prima della sutura
- 18) terminare mesialmente la incisione a bisello interno palatale all'angolo distopalatale del terzultimo elemento dentario

rimozione del lembo secondario

- 19) clampare con pinza portaaghi il cuneo distale
- 20) rimuovere il lembo secondario che si è formato attorno agli elementi dentari con lo strumento a falce CK6 o con curette di Gracey 7-8

scollamento dei lembi primari

- 21) eseguire l'incisione rilasciante vestibolare mesiale a tutto spessore, iniziandola a qualche millimetro oltre la linea mucogengivale
- 22) terminare la incisione rilasciante mesiale all'angolo distovestibolare del terzultimo elemento dentario
- 23) eseguire l'incisione rilasciante vestibolare distale a tutto spessore, iniziandola a qualche millimetro oltre la linea mucogengivale
- 24) terminare la incisione rilasciante distale nella zona distale della papilla distale all'ultimo elemento dentario, inglobando quindi nel lembo solo la papilla e non tutto il cuneo distale
- 25) vestibolarmente incidere con il bisturi sotto il lembo vestibolare in direzione apicale, per trovare il piano di clivaggio tra periostio e tessuto osseo, data l'aderenza del periostio al tessuto osseo
- 26) scollare il lembo primario vestibolare a spessore totale con lo scollaperiostio iniziando dall'angolo mesiale
- 27) scollare ampiamente fino a superare di almeno qualche centimetro la linea mucogengivale e il margine osseo
- 28) senza incisioni rilascianti eseguire lo scollamento a tutto spessore del lembo primario palatale per qualche millimetro

esecuzione della osteoplastica

- 29) rimuovere i residui di lembo secondario interdentale con strumento a falce CK6, con curette di Gracey e con escavatori
- 30) analizzare con la sonda parodontale dritta le tasche intraosse interdentali
- 31) se necessario eseguire la osteoplastica delle tasche intraossee vestibolari e palatali e delle mensole ossee, a spese della parete ossea della tasca, senza mai toccare il tessuto di sostegno osseo

sutura del lembo palatale

- 32) terminata la osteoplastica, analizzare il lembo primario a tutto spessore palatale, e ridurlo se necessario con nuove gengivectomie di correzione a bisello interno
- 33) eseguire le ulteriori gengivectomie palatali sempre a 45 gradi rispetto all'asse del dente, in modo che in nessun punto il lembo sovrasti il tessuto dentario
- 34) eseguire la sutura continua palatale con filo 2/0, per avere una trazione emostatica ottimale, iniziando con un nodo iniziale che ingloba i due margini della resezione cuneiforme distale
- 35) eseguire passaggi successivi papillari e circumdentali intermedi
- 36) terminare la sutura palatale con il nodo finale in corrispondenza del margine distopalatale del terzultimo elemento dentario, utilizzando come capo corto l'ansa che proviene dal passaggio precedente

sutura del lembo vestibolare

- 37) eseguire la sutura continua vestibolare con filo 4/0, iniziando distalmente con un nodo iniziale tra i due margini della incisione rilasciante distale
- 38) eseguire passaggi successivi papillari e circumdentali intermedi
- 39) prima di eseguire il nodo finale, controllare che la sutura continua del lembo vestibolare non sia troppo tesa, per poter così realizzare il riposizionamento apicale del lembo
- 40) controllare che in nessun punto il tessuto osseo copra il tessuto dentario; dove la architettura ossea è inversa vi saranno zone di tessuto osseo esposto che guariranno per seconda intenzione
- 41) terminare con un nodo finale tra i due margini della incisione rilasciante mesiale, utilizzando come capo corto l'ansa che proviene dal passaggio precedente