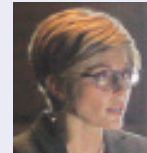


CASO CLINICO

Doxiciclina topica nel trattamento non chirurgico della perimplantite



► Magda Mensi, odontoiatra e ricercatrice all'Università di Brescia

La paziente, donna di 55 anni, si presenta alla nostra attenzione lamentando dolore e gonfiore nell'arcata inferiore di destra. Nel settore 4 sono presenti tre impianti in posizione 43, 44, 45 malposizionati, protesizzati con un lavoro cementato in metallo-ceramica, difficilmente detergibile eseguito quattro anni prima. La paziente, sistematicamente sana e non fumatrice, affetta da malattia parodontale cronica generalizzata stabilizzata, riferisce di aver eseguito sedute di igiene orale professionali a cadenza annuale dopo la cementazione del lavoro. Tali sedute venivano eseguite con cospette e paste abrasive e curette manuali in teflon. Mantiene inoltre un buon controllo di placca sopragingivale domiciliare. L'esame intraorale mostra tessuti marginali infiammati, rossi, tumefatti e gonfi, presenza di sanguinamento ed essudato purulento al sondaggio e profondità di sondaggio patologiche di 7-9 mm in tutti i siti implantari sondati. Non sono pre-

senti recessioni.

Vista la condizione localizzata dell'infezione e il buono stato di salute generale della paziente si decide di non prescrivere antibiotici sistemici per il trattamento della fase acuta, ma di utilizzare la doxiciclina icliato per uso topico al 14% (Ligosan, Heraeus Kulzer) secondo il seguente schema terapeutico.

T₀ (baseline): decontaminazione sopragingivale con polvere di eritritolo (Plus, Ems), drenaggio attraverso compressione apico coronale e sondaggio della tasca, lavaggio della tasca con clorexidina 0,12% al fine di rimuovere eventuali detriti o corpi estranei, applicazione di doxiciclina topica 14% dal fondo della tasca fino al margine gengivale, rimozione degli eccessi tramite brush umido dopo 30 secondi dall'applicazione. Indicazioni domiciliari: spazzolino morbido per 7 giorni con tecnica a rullo, nessun presidio interprossimale per 7-10 giorni, nessun collutorio, paracetamolo 1000 mg in caso di dolore.

T₁: Dopo sette giorni esecuzione del trattamento non chirurgico secondo il protocollo di terapia non chirurgica Multiple non surgical therapy (Mnst) proposto per la prima volta da M. Mensi nella sessione poster di Europerio, Londra, 2015 e che prevede decontaminazione sopragingivale e sottogengivale con eritritolo, punte in peek, curette tissutale. Seconda applicazione di doxiciclina. Indicazioni domiciliari: spazzolino morbido per 7 giorni con tecnica a rullo, nessun presidio interprossimale per 7-10 giorni, nessun collutorio, paracetamolo 1000 mg in caso di dolore. Dopo 7 giorni spazzolino elettrico a testina tonda con tecnologia

3D (Oral B, P&G), filo X-Floss (Roe), scovolini Tepe, Clorexidina 0,12% 3 volte al giorno per 14 giorni.

T₂: Dopo 30 giorni controllo, decontaminazione sopra e sottogengivale di tutta la bocca e particolare attenzione ai siti implantari.

A 3-6-9-12 mesi veniva ripetuto il protocollo eseguito in T₂. I risultati clinici sono visibili nelle immagini. I sondaggi a 12 mesi risultavano tutti fisiologici inferiori ai 4 mm.

Questo caso, risolto con terapia non chirurgica seguendo un protocollo dettagliato di debridement meccanico attraverso eritritolo e punte dedicate, curettage manuale dei tessuti e ap-

plicazione di doxiciclina in due fasi ci suggerisce come ci siano i presupposti per la gestione non chirurgica della perimplantite nei settori posteriori in presenza di difetti ossei prevalentemente orizzontali. Trial clinici randomizzati controllati serviranno a dimostrare il peso della terapia antibiotica aggiunta alla strumentazione non chirurgica descritta e a dimostrare la ripetibilità di questo risultato.

L'utilizzo dell'antibiotico topico in fase acuta ci permette di ridurre il rischio di batteriemia, di sfruttare il potenziale rigenerativo delle fibre connettivali apicali infiammate, di ridurre il rischio di enfisema durante la fase di decontaminazione sottogengi-

vale con Perioflow ed eritritolo. La seconda applicazione potenzia l'effetto della terapia non chirurgica cercando di superare i limiti legati all'impossibilità sugli impianti di eliminare completamente il biofilm in virtù della complessità della superficie. Ulteriore importante obiettivo, soprattutto in seguito al comunicato dell'Aifa sulla diffusione delle resistenze batteriche verso gli antibiotici, è quello di evitare o ridurre l'utilizzo dell'antibiotico sistemico. L'impiego di antibiotici topici a rilascio controllato come coadiuvanti alla rimozione meccanica del biofilm per via non chirurgica possono essere un valido sostituto dell'antibiotico sistemico ove esso si renda necessario.



► Fig. 1: diagnosi al T₀



► Fig. 2: applicazione del farmaco al T₀



► Fig. 3: controllo a 3 mesi



► Fig. 4: controllo a 12 mesi