

LESIONI CERVICALI NON CARIOSE INFORMAZIONI PER I PAZIENTI



Le lesioni cervicali non cariose comprendono 3 gruppi di patologie dei tessuti duri del dente, la cui eziopatogenesi non è batterica, bensì chimico-fisica. Le lesioni cervicali non cariose comprendono l'erosione, l'abrasione, l'abfraction o una combinazione delle precedenti.

L'**EROSIONE** è conseguenza di stimoli **chimici** endogeni ed esogeni, che è necessario rimuovere prima di ogni terapia odontoiatrica.

CAUSE ENDOGENE	CAUSE ESOGENE
REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO (GERD)	SUCCHI DI FRUTTA SPREMUTE DI AGRUMI AGRUMI O FRUTTA IN GENERE
VOMITO NELLE PATOLOGIE GASTRO-INTESTINALI	SOFT DRINK (COCA COLA O ALTRE BEVANDE ANCHE NON GASSATE)
VOMITO DELL'ALCOLISTA	VINO / ACETO
VOMITO NEI DISTURBI ALIMENTARI (ANORESSIA, BULIMIA)	ACIDO ASCORBICO (VIT C) SALICILATI SUBLINGUALI
SINDROME DI SJOGREN (RIDUZIONE FLUSSO SALIVARE)	COCAINA PER STROFINAZIONE GENGIVALE
PATOLOGIE CON DIMINUZIONE DEL pH SALIVARE	PISCINE CON ECCESSO DI IPOCLORITO DI SODIO
VOMITO NEL PAZIENTE IN CHEMIOTERAPIA	ACIDO NITRICO E SOLFORICO (BATTERIE)

l'**ABRASIONE** è il risultato di stimoli **fisici-meccanici** esogeni, ovvero di un metodo di spazzolamento scorretto, l'utilizzo di uno spazzolino a setole dure, un'eccessiva forza di spazzolamento o una combinazione delle precedenti.

l'**ABFRACTION** è generata da cause **fisico-meccaniche** endogene, ovvero un'occlusione scorretta con precontatti, oppure patologie quali il serramento o il bruxismo.

CONSIGLI PRATICI PER IL PAZIENTE CON LESIONI CERVICALI NON CARIOSE

- Eliminare o ridurre al massimo gli alimenti e/o le bevande acide
- Evitare di tenere a lungo in bocca cibi (specie frutta) o liquidi acidi prima di deglutirli
- Utilizzare la cannuccia se si assumono bevande acide
- Non appoggiare la cannuccia sui denti anteriori ma sul palato
- Dopo l'assunzione di cibi o bevande acide, per prima cosa sciacquare accuratamente con acqua ed eventualmente con colluttori fluorati e solo in un secondo tempo spazzolarsi i denti (anche dopo il vomito)
- Indossare la mascherina protettiva (bite) prima del vomito
- Curare le patologie gastrointestinali e i disturbi dell'alimentazione con appropriata terapia medica
- Ridurre l'assunzione di cibi acidi, speziati e/o pepati, che possono stimolare il reflusso gastroesofageo
- Utilizzare caramelle o gomme da masticare senza zucchero con xilitolo e/o fluorate per riequilibrare il ph della bocca
- Non utilizzare i dentifrici sbiancanti
- Usare uno spazzolino morbido e una tecnica non aggressiva
- Utilizzare dentifrici desensibilizzanti e al fluoro
- Utilizzare regolarmente il bite che il vostro dentista vi ha consegnato
- Pianificare visite di controllo ogni 4 mesi (con radiografie, fotografie ed eventualmente modelli in gesso)

COGNOME (DA NUBILE).....NOME.....
LUOGO E DATA DI NASCITA.....

QUESTIONARIO MEDICO PER LESIONI CERVICALI NON CARIOSE

PER FAVORE, RISPONDETE FACENDO UN CERCHIETTO ATTORNO ALLA RISPOSTA

- | | | | |
|-----|--|----|----|
| 1. | ASSUMETE ABITUALMENTE SPREMUTE DI ARANCIA E/O DI LIMONE? | SI | NO |
| 2. | AVETE L'ABITUDINE DI SUCCHIARE SPICCHI DI LIMONE O TENERE IN BOCCA DELLA FRUTTA ? | SI | NO |
| 3. | BEVETE FREQUENTEMENTE SUCCHI DI FRUTTA? | SI | NO |
| 4. | BEVETE ABITUALMENTE VINO ? | SI | NO |
| | SE SI, QUANTO?..... | | |
| 5. | UTILIZZATE FREQUENTEMENTE L'ACETO? | SI | NO |
| 6. | BEVETE SPESSO COCA COLA O ALTRE BEVANDE ANCHE NON GASSATE (GATORADE, ISOSTAD, ETC)? | SI | NO |
| 7. | ASSUMETE SPESSO ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) O SALICILATI (ASPIRINA SUBLINGUALE)? | SI | NO |
| 8. | VI CAPITA SPESSO DI SUCCHIARE CARAMELLE, ANCHE SENZA ZUCCHERO? | SI | NO |
| 9. | FATE USO DI FOGLIE DI COCAINA? | SI | NO |
| 10. | SIETE FREQUENTATORI ABITUALI DI PISCINE? | SI | NO |
| 11. | LAVORATE O AVETE LAVORATO COME SOMMELLIER? | SI | NO |
| 12. | VENITE PER LAVORO A CONTATTO CON L'ACIDO SOLFORICO DELLE BATTERIE? | SI | NO |
| 13. | SOFFRITE O AVETE SOFFERTO IN PASSATO DI REFLUSSO GASTROESOFAGEO? | SI | NO |
| 14. | SOFFRITE O AVETE SOFFERTO IN PASSATO DI ALTRE MALATTIE GASTROINTESTINALI? | SI | NO |
| 15. | BEVETE ALCOOLICI D'ABITUDINE ? | SI | NO |
| | QUANTO E COSA ?..... | | |
| 16. | SOFFRITE O AVETE SOFFERTO IN PASSATO DI DISTURBI ALIMENTARI (BULIMIA O ANORESSIA)? | SI | NO |
| 17. | SIETE STATI SOTTOPOSTI A CHEMIOTERAPIA? | SI | NO |
| 18. | ASSUMETE O AVETE ASSUNTO PER PERIODI PROLUNGATI FARMACI SEDATIVI, ANTIDEPRESSIVI, ANTISPASTICI? | SI | NO |
| | SE SI, INDICATE QUALE FARMACO..... | | |
| 19. | ASSUMETE O AVETE ASSUNTO PER PERIODI PROLUNGATI FARMACI LASSATIVI O DIURETICI? | SI | NO |
| | SE SI, INDICATE QUALE FARMACO..... | | |
| 20. | SOFFRITE DI SINDROME DI SJOGREN O ALTRE PATOLOGIE ASSOCIATE AD UNA DIMINUIZIONE DEL FLUSSO SALIVARE? | SI | NO |
| 21. | STATE UTILIZZANDO O AVETE UTILIZZATO IN PASSATO SPAZZOLINI A SETOLE DURE? | SI | NO |
| 22. | UTILIZZATE MOLTA FORZA DURANTE LO SPAZZOLAMENTO DEI DENTI? | SI | NO |
| 23. | AVETE MAI RICEVUTO INSEGNAMENTI SULLA TECNICA DI SPAZZOLAMENTO? | SI | NO |
| 24. | UTILIZZATE DENTIFRICI SBIANCANTI? | SI | NO |
| 25. | AVETE LA SENSAZIONE DI STRINGERE FORTEMENTE I DENTI DURANTE IL GIORNO O LA NOTTE? | SI | NO |
| 26. | AVETE L'ABITUDINE DI ROSICCHIARVI LE UNGHIE? | SI | NO |

Firma:

Ai sensi della Legge sulla Tutela della Privacy, i dati raccolti sono utilizzati solo ai fini medici e tutelati dal segreto professionale a cui **tutto il personale dello studio** si attiene.