

## **Sigillatura dei solchi**

**Gent.le Sig.re/ra**

Qui di seguito vogliamo darLe informazioni sul trattamento che è stato consigliato a suo/a figlio/a e sulle possibili alternative. Tali informazioni hanno carattere generale e servono ad integrare quelle che le saranno fornite dal Medico, anche in relazione alla specifica condizione del paziente.

### **Descrizione dello stato clinico del paziente**

L'esame clinico ha evidenziato

- ☐ l'eruzione dei primi molari ed incisivi permanenti (ed eventualmente anche dei premolari e secondi molari), privi di lesioni cariose o con i solchi minimamente intaccati

### **Descrizione del trattamento**

La sigillatura dei solchi e delle fossette è una metodica di prevenzione della carie dentale che prevede l'applicazione di resine sigillanti a livello dei solchi occlusali dei molari permanenti e delle fessure anatomiche di tutti i denti permanenti, compresi gli incisivi.

La sigillatura è indicata in età pediatrica e la sua efficacia risulta maggiore se viene eseguita subito dopo la completa eruzione dell'elemento dentario. I denti permanenti in questa fase sono più suscettibili alla carie anche in relazione alle abitudini alimentari dei bambini e ad una più bassa attenzione all'igiene orale. Le figure professionali che eseguono la sigillatura dei solchi sono l'odontoiatra e l'igienista dentale.

Si procede dapprima con la pulizia dell'elemento dentario mediante l'utilizzo di coppette o spazzolini montati su strumenti rotanti ed eventualmente anche usando paste per profilassi (nel caso in cui i denti siano stati già intaccati da una piccola carie, questa viene ripulita con l'uso di frese montate su strumenti rotanti: "trapano"). Successivamente si procede all'applicazione di acido ortofosforico in siringa o con pennellino nella zona corrispondente ai solchi e alle fossette: l'applicazione dell'acido ha la funzione di favorire la ritenzione chimica della resina sigillante e quindi l'adesione della resina stessa. Poi il dente viene sciacquato e asciugato. Una volta preparata la superficie del dente, si applica la resina sigillante all'interno dei solchi e a livello delle fossette. A questo punto segue la fase di polimerizzazione mediante lampada a raggi ultravioletti il cui utilizzo non comporta danni all'elemento dentale e favorisce il rapido indurimento della resina sigillante. L'applicazione della resina sigillante non comporta disagi per quanto riguarda la masticazione, può provocare momentaneamente una percezione diversa dell'occlusione, favorisce una migliore detersione dei denti riducendo la deposizione a livello di questi ultimi della placca batterica la cui presenza e permanenza è determinante per la formazione della carie.

### **Rischi, complicanze, effetti collaterali**

I sigilli possono staccarsi, questo accade in genere per abitudini alimentari incongrue da parte del bambino e per questo devono essere controllati periodicamente perché sia garantita l'efficacia nel tempo **Benefici previsti**

Ottenere una superficie del dente maggiormente protetta dalla carie **(non indenne!)**

### **Conseguenze in caso di rifiuto del trattamento**

Maggiore probabilità di presentare lesioni cariose nel tempo

**Alternative terapeutiche**

Nessuna

**Il trattamento proposto non richiede procedura anestesiológica**

Nessuna

**Altro**

Si invita il paziente ad effettuare regolarmente a visite di controllo e a segnalare tempestivamente eventuali distacchi/rotture delle sigillature. Nelle prime ore dopo la sigillatura è consigliata una dieta morbida e l'astensione da caramelle gommosi e chewingum. Leggere attentamente e/o seguire le istruzioni date dal medico per la condotta post-operatoria

**Test di verifica della qualità del foglio informativo**

**Ritiene che le informazioni che le sono state fornite con questo opuscolo siano sufficienti e chiare?**

SI

☐

NO

☐

**Vorrebbe avere altre informazioni ?**

*( qualora le informazioni non siano sufficienti o chiare indicare se possibile su quale argomento e attendere il colloquio con il medico )*

---

**FIRMA DEL PAZIENTE** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**FIRMA DEL MEDICO** \_\_\_\_\_ **Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_