



Esigenze parodontali per il conservatore nello spazio interprossimale e nella regione cervico-vestibolare

G. Zucchelli

Professore Associato di Parodontologia, Università degli Studi di Bologna

ATTI - XIV CONGRESSO NAZIONALE SOCIETÀ ITALIANA DI PARODONTOLOGIA (SIdP) 2006

Per abrasione cervicale si intende una perdita di struttura dentaria di origine traumatica che interessa l'area cervicale del dente. Tra le cause si riconoscono il trauma da spazzolamento e il trauma occlusale (per le lesioni cuneiformi dello smalto).

Le indicazioni al trattamento delle abrasioni cervicali possono essere di vario tipo: estetico soprattutto quando le aree abrase sono iperpigmentate e/o associate a recessioni gengivali; ipersensibilità dentinale che può essere causa di fastidi/dolori per il paziente o di scarso controllo di placca batterica; demineralizzazioni/carie associate o meno a ipersensibilità dentinale; accumulo di placca batterica dovuta alla forma e profondità dell'abrasione che rende difficoltoso/inefficace l'uso di strumenti igienici domiciliari.

Da un punto di vista topografico le abrasioni cervicali possono interessare la sola corona anatomica del dente (smalto e/o dentina) oppure la sola superficie radicolare (cemento e/o dentina), in questo caso sono associate a recessione gengivale o assai frequentemente coinvolgono sia la corona che la radice del dente.

Il trattamento delle abrasioni cervicali viene tradizionalmente considerato competenza quasi esclusiva della terapia conservativa. I nuovi materiali (adesivi e restaurativi) hanno consentito di ottenere risultati sempre migliori sia in termini di estetica (scelta e stabilità cromatica) che di durata (conservazione del sigillo marginale, resistenza all'usura). Tuttavia non si può non considerare che il solo trattamento conservativo non rappresenti il trattamento più idoneo (e quindi di prima scelta) in diverse situazioni cliniche: 1) quando l'abrasione interessa la sola (o prevalentemente) la superficie radicolare, 2) quando esiste un problema estetico dovuto alla presenza di recessione gengivale associata all'abrasione cervicale, 3) in presenza di carie radicolari.

Idealmente carie o abrasioni che interessino la sola superficie radicolare dovrebbero essere trattate e successivamente ricoperte con i tessuti molli che originariamente occupavano la superficie radicolare esposta e questo per motivazioni sia biologiche che estetiche.

Quindi sempre idealmente una abrasione che interessi la sola corona anatomica del dente dovrebbe essere trattata con la terapia conservativa mentre una perdita di sostanza che interessi la sola superficie radicolare dovrebbe essere trattata con la chirurgia mucogengivale. Tuttavia il problema non è così semplice e questo per almeno 2 ragioni: 1) spesso l'abrasione interessa sia la corona che la radice eliminando completamente la giunzione anatomica smalto-cemento e pertanto vengono a mancare i parametri di riferimento per la scelta dell'approccio terapeutico, 2) la distinzione anatomica tra corona e radice non sempre corrisponde a quella clinica, cioè non sempre e non tutta (recessioni di III[^] e IV[^] classe di Miller) la radice esposta è ricopribile con i tessuti molli.

In molti casi l'abrasione inizia a livello della corona e si estende a livello della radice eliminando completamente la linea di giunzione smalto cemento.

In questi casi l'esecuzione del solo trattamento conservativo dell'abrasione non risolve il problema estetico legato all'eccessiva lunghezza dei denti con recessione gengivale; anzi in molti casi è necessario eseguire un ulteriore allungamento chirurgico della corona clinica del dente con recessione per esporre tessuto radicolare apicale alla abrasione utili al fine di ottenere un'efficace preparazione e finitura del restauro conservativo. Inoltre, al di là del problema estetico, dal punto di vista biologico non può essere considerata ideale la scelta di applicare materiale restaurativo in un'area in cui potrebbe e dovrebbe esserci gengiva. D'altra parte l'esecuzione della sola terapia parodontale di ricopertura radicolare non rappresenta anch'essa una soluzione efficace, soprattutto in caso di abrasioni profonde, poiché, portando i tessuti molli coronalmente all'interno della zona abrasa, rende assai difficoltoso il controllo di placca da parte del paziente e complica notevolmente (talvolta rende impossibile) l'esecuzione di un restauro conservativo con precisa chiusura marginale e adeguato profilo di emergenza.

Idealmente il trattamento di queste abrasioni corono-radicolari dovrebbe prevedere prima il trattamento conservativo (il quale potrà essere eseguito e rifinito in un campo perfettamente isolato data la lontananza dei tessuti molli gengivali), e successivamente quello mucogengivale che risulterebbe esso stesso essere facilitato dal precedente restauro conservativo capace di ripristinare un corretto profilo di emergenza del dente ed eventualmente di compensare la parte più profonda dell'abrasione cervicale.

Il problema clinico da affrontare è dove eseguire la preparazione apicale del restauro conservativo; questo idealmente dovrebbe terminare dove risulterà essere stabile la gengiva a guarigione avvenuta della chirurgia mucogengivale di ricopertura radicolare.

La letteratura ha dimostrato che in presenza di recessioni gengivali la possibilità e l'entità di ricopertura radicolare dipende dall'altezza del supporto parodontale interprossimale. In un dente privo di perdita di attacco e di osso alveolare interprossimale (I[^] e II[^] classe di Miller) (Miller 1985) la ricopertura radicolare avviene fino a livello della CEJ anatomica. Quindi nel caso di abrasioni coronoradicolarie in denti con recessioni di I e II[^] classe il restauro conservativo dovrebbe teoricamente terminare a livello della CEJ anatomica, ma questa, data l'abrasione non è più evidenziabile sul dente.

Inoltre, varie condizioni locali a livello del dente con recessione possono limitare la ricopertura radicolare anche in assenza di perdita di attacco e di osso interprossimale: la perdita di altezza della papilla/e interdentale, le rotazioni ed estrusioni dentarie. In questi casi la ricopertura radicolare non coincide con la CEJ anatomica. Anche in questi casi quindi non è possibile orientarsi sui tradizionali parametri di riferimento per determinare dove eseguire la preparazione apicale del restauro conservativo.

In un dente con severa perdita di attacco e di osso interprossimale non è possibile ottenere alcuna copertura della superficie radicolare esposta vestibolare (IV[^] classe di Miller) mentre se la perdita di supporto interdentale è lieve (comunque inferiore alla perdita di attacco vestibolare, III[^] classe di Miller) solo una parte (quella più apicale) della recessione è copribile con i tessuti molli.

Se, pertanto, una abrasione interessa anche la sola radice di un dente che ha perdita severa di supporto interdentale la terapia dovrebbe essere comunque quella conservativa, non potendo la chirurgia mucogengivale portare alcuna ricopertura radicolare. Al contrario, in caso di perdita lieve del supporto parodontale interdentale, l'abrasione potrà avere una terapia conservativa, parodontale o conservativa-parodontale combinata a seconda della posizione/estensione dell'abrasione lungo la radice e della quantità di esposizione radicolare ricopribile con i tessuti molli.

Queste considerazioni portano alla conclusione che in qualunque situazione clinica in cui l'abrasione cervicale interessa la radice anatomica del dente è di importanza critica conoscere in anticipo la posizione in cui risulterà essere stabile la gengiva dopo la guarigione di una chirurgia mucogengivale. A tale posizione è stato dato il nome di linea di ricopertura radicolare o giunzione smaltocemento clinica. Essa non è riconducibile ad alcun parametro anatomico definito, ma varia da dente a dente e viene ricavata in funzione del calcolo della dimensione "ideale" della papilla del dente con recessione gengivale. Per altezza ideale della papilla si intende la dimensione verticale che la papilla anatomica del dente con recessione dovrebbe avere in assenza di rotazioni dentarie e perdite di altezza dei tessuti duri e molli interdentali (Zucchelli et al. 2006). In un dente non ruotato la dimensione ideale della papilla viene misurata come distanza verticale tra la proiezione orizzontale della linea angolare M/D-V e il limite più apicale del punto/area di contatto. In un dente ruotato non ci sono

punti di contatto corretti con i denti adiacenti, per cui la misurazione della papilla ideale dovrà essere eseguita a livello del dente omologo controlaterale.

Una volta misurata la dimensione ideale della papilla, questa viene riportata verticalmente (apicalmente) a partire dal vertice delle papille anatomiche mesiali e distali del dente con recessione gengivale. Le proiezioni orizzontali a livello del margine gengivale della recessione permettono di identificare 2 punti che vengono collegati tra loro da una linea curva festonata più o meno arcuata a seconda del morfotipo tissutale e dell'andamento della CEJ anatomica sul dente medesimo, se evidenziabile, o sui denti adiacenti. Tale linea rappresenta la giunzione smalto-cemento clinica o linea di ricopertura radicolare (Zucchelli et al. 2006).

La giunzione smalto cemento clinica rappresenterà la linea guida per la preparazione (apicale) del restauro conservativo che verrà eseguito e rifinito prima della chirurgia mucogengivale di ricopertura radicolare.

A seconda della posizione della CEJ clinica in rapporto alla posizione ad estensione dell'abrasione cervicale distinguiamo 4 diverse possibilità che prevedono altrettanti approcci terapeutici: 1) la CEJ clinica si trova 2 o più mm coronale rispetto al limite più coronale dell'abrasione, 2) la CEJ clinica si trova meno di 2mm coronale rispetto alla abrasione, 3) la CEJ clinica si trova all'interno dell'area abrasa apicalmente al punto più declive dell'abrasione, 4) la CEJ clinica si trova nel punto più declive dell'abrasione radicolare.

1) la CEJ clinica si trova 2 o più mm coronale dell' abrasione

In questa situazione clinica esiste un'estensione (almeno 2mm) di superficie dentaria (non abrasa) coronale all'abrasione utile per compensare eventuali errori di misurazione della CEJ clinica e la contrazione post-chirurgica dei tessuti molli destinati alla ricopertura radicolare. In questo caso la terapia della abrasione/recessione è esclusivamente parodontale.

La superficie radicolare esposta ed abrasa viene trattata meccanicamente (con strumenti rotanti e/o manuali) fino ad ottenere una superficie dura e liscia (concava) ed eventualmente con agenti chimici (EDTA 24% per eliminare il fango dentinale) durante la chirurgia mucogengivale eseguita mediante lembi peduncolati (lembo spostato coronalmente o lembi ruotati). Al termine della chirurgia il lembo viene spostato coronalmente (circa 1mm) in eccesso rispetto alla CEJ clinica. Lo spazio compreso tra il lembo e la concavità radicolare verrà occupato dal coagulo il quale potrà stabilizzarsi e trasformarsi in tessuto connettivo che compenserà stabilmente lo spazio derivante dall'abrasione radicolare.

2) la CEJ clinica si trova a livello (meno di 2mm) del limite coronale dell'abrasione

In questo caso non c'è spazio tra la CEJ clinica e l'abrasione sufficiente per compensare la contrazione postchirurgica dei tessuti e quindi c'è rischio di collasso

dei tessuti molli marginali all'interno dell'area abrasa. Anche in questo caso la terapia della abrasione/recessione è solo parodontale. Come nel caso precedente la superficie radicolare esposta ed abrasa viene trattata meccanicamente e chimicamente durante la chirurgia mucogengivale che in questo caso prevede l'esecuzione di tecniche di innesto. Più precisamente si tratta di una tecnica bilaminare caratterizzata da un innesto connettivale ricoperto da un lembo peduncolato spostato coronalmente. L'innesto connettivale (generalmente prelevato dal palato) viene applicato all'interno della concavità radicolare per compensare lo spazio dell'abrasione ed impedire il collasso del lembo di copertura che verrà spostato coronalmente in eccesso (circa 1mm) rispetto la CEJ clinica. L'innesto connettivale fungendo da riempitivo-mantenitore di spazio all'interno dell'area abrasa conferisce stabilità al lembo di ricopertura radicolare.

3) la CEJ clinica si trova all'interno dell'area abrasa apicalmente al punto più declive dell'abrasione

In questo caso la parte più profonda della abrasione non è copribile con i tessuti molli per cui questa dovrà essere trattata con terapia conservativa. La preparazione apicale del restauro conservativo avviene lungo la CEJ clinica. La porzione di radice esposta apicale alla CEJ clinica viene utilizzata per ottenere un efficace isolamento del campo mediante diga di gomma. Il restauro conservativo può essere rifinito nella stessa seduta o il giorno della chirurgia mucogengivale. Questa prevede l'esecuzione di un lembo peduncolato (senza la necessità di dover eseguire alcun innesto poiché essendo la parte più profonda dell'abrasione trattata in maniera conservativa non c'è più altro spazio clinicamente significativo tra lembo e radice da dover compensare con un mantenitore di spazio). Il restauro conservativo eseguito prima della chirurgia di ricopertura radicolare facilita l'esecuzione della stessa ridando al dente un profilo di emergenza corretto e offrendo un substrato stabile per il posizionamento coronale (1mm in eccesso rispetto alla CEJ clinica) del lembo.

4) la CEJ clinica si trova nel punto più declive dell'abrasione radicolare

Questo rappresenta il caso più complesso soprattutto in caso di abrasioni profonde e strette. Se la porzione di abrasione fino alla CEJ clinica viene trattata con il restauro conservativo e la restante con una tecnica mucogengivale a lembo peduncolato si ottiene un profilo di emergenza scorretto del dente non mantenibile igienicamente e che non conferisce nessuna protezione al margine gengivale. Ancora meno mantenibile (igienicamente da parte del paziente) è la situazione clinica che deriverebbe dalla guarigione di una eventuale tecnica mucogengivale ad innesto (bilaminare). In questi casi infatti si verrebbe a creare una sorta di spazio/tasca tra il tessuto molle riposizionato coronalmente e il restauro conservativo facilmente colonizzabile dalla placca batterica.

La soluzione proposta prevede di ridurre la profondità ed ampliare relativamente l'abrasione mediante odontoplastica coronale (eseguita durante la preparazione del restauro conservativo) e odontoplastica (riduzione della convessità) radicolare durante la chirurgia mucogengivale. L'odontoplastica coronale verrà estesa tanto di più coronalmente quanto più profonda e stretta è l'area abrasa e verrà poi compensata dal restauro in composito che terminerà alla CEJ clinica e ripristinerà un profilo di emergenza al dente compatibile con le manovre igieniche del paziente. Durante la chirurgia la riduzione della convessità della superficie radicolare apicale alla abrasione verrà eseguita con strumenti rotanti o manuali fino a correggere completamente il profilo di emergenza del dente utilizzando come guida il profilo del restauro conservativo. Terminata l'odontoplastica radicolare non c'è più nessuno spazio da dover compensare con mantentori di spazio per cui la chirurgia mucogengivale di ricopertura radicolare prevederà l'esecuzione di semplici lembi peduncolati (coronale o ruotato) senza innesti liberi.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985; 5; 9-13.
- 2) Zucchelli G, Testori T, de Sanctis M. Clinical and anatomical factors limiting treatment outcomes of gingival recession. A new method to predetermine the line of root coverage. *J Periodontol* 2006 (in press).