



Società Italiana  
di Parodontologia



**"LA GESTIONE DEI TESSUTI MOLLI PARODONTALI E PERI-IMPLANTARI: ECCELLENZA, ERRORI E COMPLICANZE."**  
**Firenze, 24 - 25 Ottobre 2008**

---

*OTTIMIZZAZIONE DEL RISULTATO PROTESICO: GESTIONE DELLE AREE EDENTULE*

*Relatore: Dott. Stefano Patroni*

Molte procedure cliniche proposte dalla letteratura ci consentono di preservare o quantomeno migliorare un'area edentula, al fine di imitare le naturali relazioni dento-gengivali ottimizzando così il risultato estetico della successiva riabilitazione protesica. Ignorando l'importanza di una gestione che consideri questi aspetti e riabilitando protesicamente un'area edentula "normale" con cresta rettilinea, si otterrebbe infatti un effetto "tastiera di pianoforte" per la presenza di spazi neri al posto delle papille dentarie con conseguenti alterazioni estetiche, igieniche e fonetiche. Inoltre, difetti congeniti (labio-palato schisi), traumi, tumori, malattia parodontale, ascessi ricorrenti ed avulsioni dentarie possono essere causa di deformazioni localizzate. Compatibilmente con un ventaglio così ampio di condizioni cliniche, sono molteplici le possibilità terapeutiche proposte per cercare di mantenere al meglio un alveolo post-estrattivo o per correggere una perdita tissutale localizzata o di un'area edentula, aumentando semplicemente il biotipo, ricorrendo a tecniche di preservazione della papilla o a tecniche rigenerative.

Per quanto riguarda la preservazione di un alveolo post-estrattivo, il rispetto della corticale vestibolare attraverso un'avulsione atraumatica è indubbiamente un "must" che tuttavia non mette al riparo dal riassorbimento tissutale, neanche ricorrendo a un impianto post-estrattivo (Botticelli D et Al 2004). L'utilizzo di sostituti ossei con o senza membrane in collagene (Sclar 2003, Nevins ML et Al 2006) e la chiusura dell'alveolo con lo scorrimento di un lembo, riescono a minimizzare il riassorbimento osseo.

L'impiego di radici ritenute proposto da Howel et Al (1972) è stato rivisto di recente da Salama M. et Al. (2007) "sommergendo" la radice per 2 mm rispetto alla cresta ossea e condizionando i tessuti con un opportuno pontic.

Numerose sono le tecniche correttive proposte per selle edentule con deficit tissutali in direzione bucco-linguale, apico-coronale o misti (rispettivamente classe I, II e III di Seibert, 1983). Le piccole/medie classi I possono essere corrette intervenendo sui tessuti molli, come nel caso di tecniche Roll (Abrams, 1971-80 e Modified, Scharif DR & Tarnow DP, 1992) o ricorrendo ad innesti connettivali interposizionali come nel caso delle *Pouch procedures*. L'inserimento di un innesto connettivale interposizionale può essere impiegato anche per risolvere piccoli deficit verticali (classe II), mentre per deficit più importanti si può ricorrere ad innesti liberi; innesti interposizionali e liberi (onlay) possono essere utilizzati nello stesso protocollo chirurgico (Seibert JS & Louis JV, 1996).

Più in generale, le tecniche a marsupio (*pouch procedures*) possono riguardare anche innesti sottoperiostei (osso o sostituti ossei) in funzione della successiva riabilitazione implanto-protetica.

La gestione chirurgica dei tessuti molli è in realtà guidata dalla riabilitazione protetica: l'intermedio della protesi a ponte deve "emergere" da un alveolo virtuale che ripropone una naturale festonatura gengivale con un cerchione di tessuto cheratinizzato che culmina nelle papille dentarie. Se da un lato il management chirurgico tissutale ha il ruolo di ripristinarne il deficit, il condizionamento della protesi provvisoria finalizza esteticamente il piano di trattamento. La forma ideale del pontic è infatti ovoidale, e quindi tale da esercitare una certa compressione sui tessuti che, agendo dall'interno dell'alveolo virtuale verso l'esterno, "disegna" un cerchione tissutale in armonia con un profilo di emergenza naturale.

L'entità della compressione è tuttavia condizionata da una variabile molto importante del piano di trattamento: la compliance del paziente. Se da un lato una lieve compressione si ripercuoterebbe sulla cheratinizzazione generando un deficit papillare, un'eccessiva compressione supportata da un'igiene domiciliare inadeguata può irritare i tessuti instaurando una flogosi. Compatibilmente con la compliance del paziente, il clinico dovrebbe dunque valutare il giusto compromesso tra l'estetica ed il mantenimento, ricorrendo eventualmente ad una maggiore compressione nei settori anteriori rispetto a quelli posteriori, assecondando così le necessità estetiche e facilitando l'accessibilità operativa del paziente durante le manovre igieniche.

La procedura clinica proposta si basa sulla costruzione ideale del pontic sul modello in gesso, opportunamente cerato per colmare eventuali deficit tissutali, ottenendo così un modello di studio che ci consente di visionare il corretto profilo di emergenza indipendentemente dalle alterazioni tissutali e di programmare un piano di trattamento che contempli il tipo di difetto, il coinvolgimento dei settori estetici e la compliance del paziente in termini igienici, economici e di morbilità.