



Il trattamento protesico dei difetti parodontali e dei loro esiti nei settori estetici

F. Carboncini

Libero professionista, Colle Val d'Elsa (SI)

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

Conseguenza molto frequente della perdita di elementi dentari è il riassorbimento della cresta alveolare. Nelle zone posteriori deficit anche severi possono essere adeguatamente compensati con il trattamento protesico convenzionale, mentre nella regione anteriore la perdita di struttura alveolare si riflette negativamente sia sulla funzione che sull'estetica.

Quando viene perso un dente mascellare la parete ossea vestibolare, generalmente più sottile e composta spesso quasi esclusivamente da corticale, va incontro a parziale riassorbimento; contemporaneamente l'aspetto vestibolare della parete palatale dell'alveolo dimostra apposizione ossea successivamente al riempimento del fondo dell'alveolo stesso. Il risultato è una contrazione tissutale che va verso l'alto e all'indietro: maggiore è la larghezza della radice relativamente alla cresta, maggiore sarà la possibilità che il difetto sia significativo. La deformità risultante può rendere molto difficile la realizzazione di una riabilitazione protesica esteticamente accettabile, specialmente in pazienti con linea del sorriso alta. Abrams nel 1987 notava come il 91% dei siti post-estrattivi anteriori mostrasse qualche forma di difetto della cresta, sottolineando l'importanza di una attenta valutazione pre-trattamento. Basandosi sulla direzione del riassorbimento, Seibert nel 1983 aveva diviso i difetti delle selle edentule in tre classi:

- *I classe*) perdita di tessuto in direzione vestibolo-palatale con conservazione dell'altezza apico-coronale;
- *II classe*) perdita di tessuto in senso apico-coronale con conservazione della dimensione vestibolo-palatale;
- *III classe*) combinazione delle due precedenti con perdita di tessuto in senso sia orizzontale che verticale.

Quando possibile e reputato necessario, sarebbe auspicabile intervenire preventivamente (al momento dell'estrazione o addirittura prima) al fine di eliminare o ridurre il rischio di collasso della cresta. Ciò si può ottenere in primo luogo con una tecnica di estrazione atraumatica, che risparmi, se presente, la parete vestibolare dell'alveolo; per raggiungere lo scopo può essere conveniente elevare un lembo, e per dare sostegno ai tessuti molli può essere utile l'applicazione immediata di un provvisorio con l'elemento intermedio a forma di uovo come suggerito da Kois: questa procedura non è però predicibile.

Variazioni in positivo dell'altezza dei tessuti duri e molli possono essere ottenute, in un'ottica di trattamento interdisciplinare, con l'eruzione ortodontica forzata, come indicato da Ingber già negli anni settanta. Durante il suddetto movimento le fibre gengivali e sopraalveolari vengono stirate coronalmente insieme al legamento parodontale; lo stiramento delle fibre provocherà un riposizionamento coronale della gengiva e apposizione di nuovo osso nella direzione verso la quale viene effettuato il movimento: il guadagno di tessuti potrà essere modulato in modo da compensare la inevitabile contrazione post-estrattiva.

Sempre al momento dell'estrazione è possibile intervenire preventivamente per cercare di mantenere una dimensione della cresta compatibile con una protesi esteticamente gradevole riempiendo l'alveolo con innesti di osso autologo, alloinnesti, xenoinnesti o sostituti sintetici dell'osso.

La tecnica di rigenerazione ossea guidata, eseguita contemporaneamente all'estrazione, può essere usata in combinazione con i materiali da innesto (soprattutto quando l'alveolo non abbia tutte le pareti) o da sola: diversi studi dimostrano la validità di questa procedura se comparata con la semplice estrazione, ma nessuno riporta un mantenimento completo delle dimensioni preesistenti. Per rimediare ai difetti ormai consolidati sono state messe a punto una discreta varietà di tecniche ricostruttive che possono essere raccolte in tre categorie:

- approccio sub-epiteliale o a sacco;
- onlay-grafts;
- rigenerazione ossea guidata.

La tecnica a sacco permette, grazie all'uso di diversi materiali (sostituti dell'osso o tessuto connettivo), inseriti sotto o sopra al periostio, di riempire difetti di I classe e piccoli difetti di II e III classe: ha una discreta predicibilità per l'abbondante vascolarizzazione e consente di ottenere buoni risultati estetici.

La tecnica onlay-graft è stata sviluppata per correggere difetti di II e III classe e per nascondere discolorazioni gengivali (tatuaggi da amalgama). Lo spessore del tessuto nel sito donatore e la vascolarizzazione non ideale spesso limitano l'ampiezza della ricostruzione verticale e per ottenere l'effetto desiderato può essere necessario ricorrere a interventi multipli.

La rigenerazione ossea guidata con membrane rinforzate, con o senza materiali da innesto, è usata per il trattamento di lesioni più estese in tutte e tre le classi; comunque i difetti di prima classe sono quelli trattati con il più alto

grado di predicibilità. In uno studio pubblicato nel 1999, De Paoli e Fugazzotto hanno dimostrato come l'aumento di volume ottenuto con questa tecnica sia rimasto stabile nelle zone edentule sotto gli elementi di sostituzione in 43 casi con un controllo medio di 123 settimane dall'inserimento delle protesi definitive.

Qualora non sia stato possibile intercettare preventivamente i fenomeni causa del riassorbimento crestale o non sia possibile per qualsiasi motivo ricostruire deformità esistenti, o qualora le tecniche suddette non abbiano dato il risultato sperato, al protesista non resta che ricorrere ad artifici tecnici per cercare di camuffare le inevitabili disarmonie di lunghezza dei denti e di festonatura gengivale: sarà necessario giocare sulla composizione, sulla forma dei denti e sull'utilizzo della porcellana rosa, facendo sempre e comunque attenzione a non compromettere la possibilità da parte del paziente di esercitare un efficace controllo meccanico della placca.