



Società Italiana
di Parodontologia



**"LE APPLICAZIONI CLINICHE DELLA EVIDENZA SCIENTIFICA IN CHIRURGIA ESTETICA
PARODONTALE ED IMPLANTARE"
Torino, 27 - 28 Ottobre 2006**

*LE APPLICAZIONI CLINICHE DELL'EVIDENZA SCIENTIFICA IN TERAPIA
PARODONTALE RIGENERATIVA*

Relatore: Dott. G. Zucchelli

La diagnosi di un difetto osseo verticale viene eseguita mediante il sondaggio parodontale e confermata con le radiografie endorali. Il potenziale rigenerativo del difetto dipende dalla componente infraossea che viene misurata, sulla radiografia endorale, come distanza tra la cresta ossea e il fondo del difetto. La chirurgia rigenerativa è indicata per i difetti ossei verticali con una componente infraossea radiografica $\geq 3\text{mm}$. Fattori che influenzano la prognosi chirurgica di guarigione di un difetto sono l'angolo radiografico del difetto (misurato come angolo compreso tra la parete obliqua e la superficie radicolare) e il numero di pareti ossee residue che circondano il difetto. Minore è l'angolo e maggiore è il numero di pareti ossee residue migliore è la prognosi di guarigione del difetto. L'angolo del difetto e il numero e la posizione (vestibolare e/o palatale/linguale) delle pareti ossee residue influenza anche la scelta del disegno di lembo chirurgico e il tipo (meccanico o biologico) di stabilizzatore del coagulo. Altri fattori che condizionano la scelta del lembo chirurgico e il tipo di biomateriale rigenerativo sono: la dimensione dello spazio clinico (la presenza o meno di diastemi) e radiografico sopracrestale, la quantità di tessuto connettivo sopracrestale, la localizzazione bucco-linguale del difetto infraosseo (interprossimale-vestibolare, interprossimale-palatino/linguale, o interprossimale puro), la quantità di tessuto cheratinizzato vestibolare e la posizione del difetto nell'arcata (regione anteriore o posteriore). La chirurgia rigenerativa e in particolar modo le tecniche di preservazione della papilla risultano facilitate in presenza di ampi spazi interdentali e di ampi volumi e spessori del tessuto molle sovracrestale.

In termini clinici la rigenerazione parodontale viene calcolata come differenza tra il livello di attacco clinico (CAL) iniziale e quello misurato ad 1 anno dalla chirurgia. A questa differenza viene dato il nome di guadagno di attacco clinico (CAL gain). Altri cambiamenti clinici che si verificano dopo chirurgia parodontale rigenerativa sono la riduzione della profondità della tasca al

sondaggio (PPD reduction) e la variazione (più spesso un incremento) della recessione gengivale (REC increase).

Tra i suddetti cambiamenti clinici esiste la seguente relazione:

CAL gain = PPD reduction – REC increase.

Il trattamento rigenerativo ideale dovrebbe ottenere CAL gain uguale a PPD reduction e quindi la recessione gengivale non dovrebbe aumentare come conseguenza delle procedure terapeutiche. Quindi minimizzare la recessione gengivale deve essere considerato uno dei principali obiettivi quando si trattano difetti verticali con potenziale rigenerativo. Inoltre, dal momento che il clinico, con le sue manovre chirurgiche e non-chirurgiche, può influenzare la guarigione dei tessuti molli più che cambiare il vero potenziale rigenerativo del difetto è lecito considerare il tentativo di minimizzare la recessione gengivale come il principale obiettivo clinico in terapia parodontale rigenerativa. Questa considerazione vale non solo quando si esegue la chirurgia rigenerativa ma anche durante la terapia causale quando cioè si preparano i tessuti molli che ricoprono e circondano il difetto osseo a subire l'atto chirurgico. Durante la terapia causale si deve, infatti, sempre considerare il rischio di traumatizzare o creare un'eccessiva contrazione del tessuto molle sovracrestale. La terapia causale dovrà quindi mirare alla motivazione ed istruzione igienica del paziente, al controllo del sanguinamento superficiale e profondo nell'area chirurgica e in tutto il resto della bocca e alla disinfezione del difetto ottenuto con mezzi atraumatici (strumenti ultrasonici con punte sottili ed eventualmente antimicrobici topici). La necessità di levigare le radici con strumenti taglienti (tipo curette) durante la terapia causale di un difetto osseo verticale è questionabile, dal momento che questa potrà essere eseguita in maniera sito-specifica e più controllata durante l'accesso chirurgico.

Sempre con l'obiettivo di minimizzare la recessione gengivale anche durante la chirurgia viene suggerito l'impiego della tecnica (mutuata dalla chirurgia plastica dei tessuti molli) del lembo spostato coronalmente per l'esecuzione del lembo vestibolare nei siti adiacenti a quello con il difetto osseo verticale. L'esecuzione di un lembo vestibolare a busta e il suo spostamento coronale potrebbe ridurre il rischio di collasso del tessuto molle vestibolare e sovracrestale all'interno del difetto, aumentare lo spazio per la rigenerazione, ridurre la compressione esercitata dai tessuti molli sul biomateriale rigenerativo e migliorare il risultato estetico finale.

Immagini cliniche

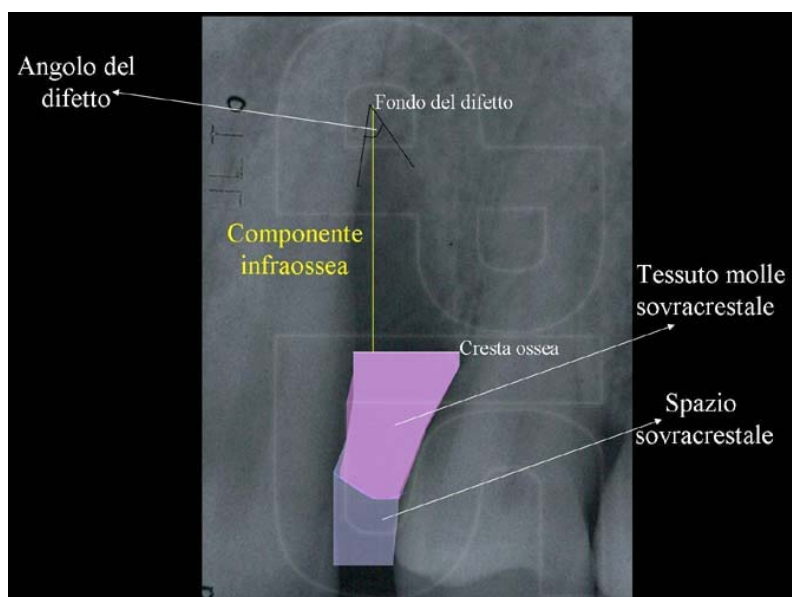


Fig 1. Diagnosi radiografica di un difetto osseo verticale

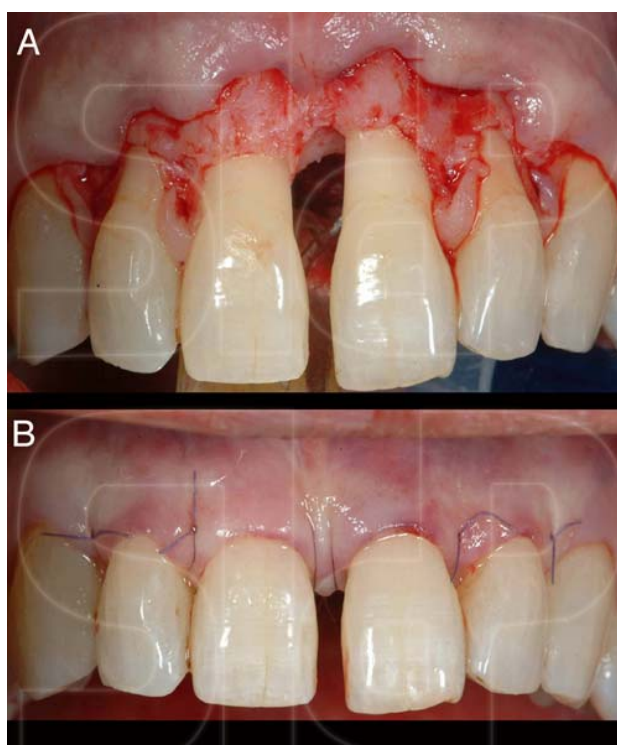


Fig. 2

A. Il lembo vestibolare a busta eseguito secondo la tecnica del lembo spostato coronalmente mutuato dalla chirurgia plastica parodontale.

B. La sutura del lembo vestibolare spostato coronalmente dopo disepitelizzazione delle papille anatomiche nei siti interdentali adiacenti al difetto osseo verticale.

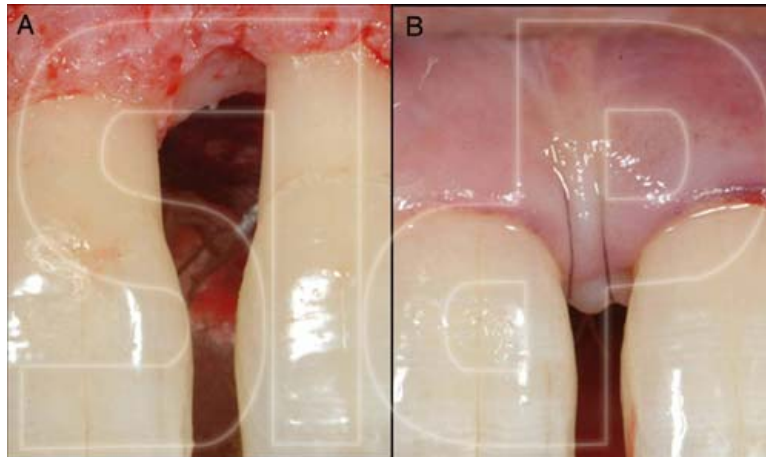


Fig 3.

A. Particolare del difetto osseo verticale.

B. Particolare della papilla semplificata al momento della sutura. Si noti come il tessuto molle sovracrestale risulta sostenuto in posizione coronale grazie all'ancoraggio del lembo vestibolare alle papille anatomiche disepitelizzate.

Bibliografia

Tonetti M, Pini Prato G, Cortellini P.

Periodontal regeneration of human intrabony defects. IV. Determinants of the healing response.

J Periodontol 1993;64:934-940.

Tonetti M, Cortellini P.

Case selection and treatment considerations of guided tissue regeneration in deep intrabony defects.

Curr Opin Periodontol 1997;4:82-88.

Zucchelli G, De Sanctis M.

Treatment of multiple recession type defects in patients with aesthetic demands.

J Periodontol 2000;71:1506-1514.
