



Corso di Aggiornamento - "DALLA TERAPIA NON CHIRURGICA ALLA TERAPIA CHIRURGICA E IMPLANTARE. LE APPLICAZIONI CLINICHE DELL'EVIDENZA SCIENTIFICA"
Parma, 28 - 29 Ottobre 2005

DALLA TERAPIA NON-CHIRURGICA ALLA TERAPIA CHIRURGICA: LA TERAPIA RESETTIVA

Relatore: Dott. G. Rasperini (Piacenza)

Studi istologici hanno determinato i valori medi dell'ampiezza biologica suddividendo tale misura in ampiezza del solco (0,69mm), attacco epiteliale (0,97mm), attacco connettivale (1,07mm).

Ne risulta un valore di 2,73mm. Tale misurazione, dal punto di vista della valutazione clinica, viene approssimata a 3mm (1mm per ognuna delle componenti). Quando si invade l'ampiezza biologica la risposta dei tessuti varia a seconda del biotipo parodontale; in linea di massima tessuti sottili e festonati danno luogo ad una recessione, mentre tessuti spessi e piatti danno luogo alla formazione di una tasca. In stato di salute parodontale la chirurgia resettiva si utilizza al fine di ottenere l'allungamento della corona clinica di un elemento dentale (vedi immagini cliniche). In stato di malattia parodontale tale chirurgia è mirata all'eliminazione della tasca. Tale procedura è tecnicamente molto simile e spesso viene associata ad un riposizionamento apicale del lembo (vedi immagini cliniche).

Gli effetti positivi della chirurgia ossea resettiva sono:

- allungamento di corona clinica
- formazione di un nuovo apparato di attacco
- eliminazione delle tasche
- regolarizzazione dei profili osseo-gengivali

Gli effetti negativi sono:

- minore estetica dovuta all'allungamento della corona clinica
- aumento della sensibilità
- aumento della mobilità (per circa 3-6 mesi)
- perdita di tessuto di supporto (anche sui denti adiacenti)

L'allungamento di corona clinica viene utilizzato prima di cure conservative o protesiche (vedi immagini cliniche), nelle ipertrofie gengivali (gengivectomie) e nel caso che questo possa migliorare l'estetica di uno o più elementi. Secondo alcuni Autori le preparazioni protesiche definitive sono da effettuarsi solamente dopo la definitiva stabilizzazione dei tessuti che si verifica dopo almeno sei mesi.

In stato di malattia parodontale la chirurgia ossea resettiva trova indicazione nella presenza di difetti ossei multipli e poco profondi. Viene utilizzata al fine di eliminare tali difetti ricreando un'adeguata architettura tissutale più apicale, dopo che la terapia causale ha risolto la fase acuta dell'infezione parodontale. Generalmente i tessuti ricrescono di 2-3 mm rispetto alla posizione data durante la chirurgia; per questo motivo le preparazioni protesiche intra-operatorie vengono lasciate "a lama di coltello" al fine di non porre vincoli alla ricrescita dei tessuti.

La chirurgia resettiva impone di valutare attentamente la lunghezza radicolare ed il rapporto tra questa e il tronco radicolare nei pluriradicolati.

Da diversi studi, i molari risultano maggiormente coinvolti dalla malattia parodontale a causa di:

- anatomia
- posizione
- terapia meno efficace
- progressione della malattia più rapida

Sinteticamente la terapia delle forcazioni è così riassumibile:

- I grado → mantenimento, scaling e root planing, plastica della forcazione
- II grado → mantenimento, plastica, resezione, ricostruzione
- III grado → mantenimento, resezione, tunnelizzazione.

La mobilità dell'elemento dentale esclude la possibilità del trattamento della forca.

In letteratura il mantenimento di denti con forcazione coinvolta rivela una percentuale di molari persi dal 31 al 57%, contro il 2-8% di monoradicolati persi per malattia parodontale.

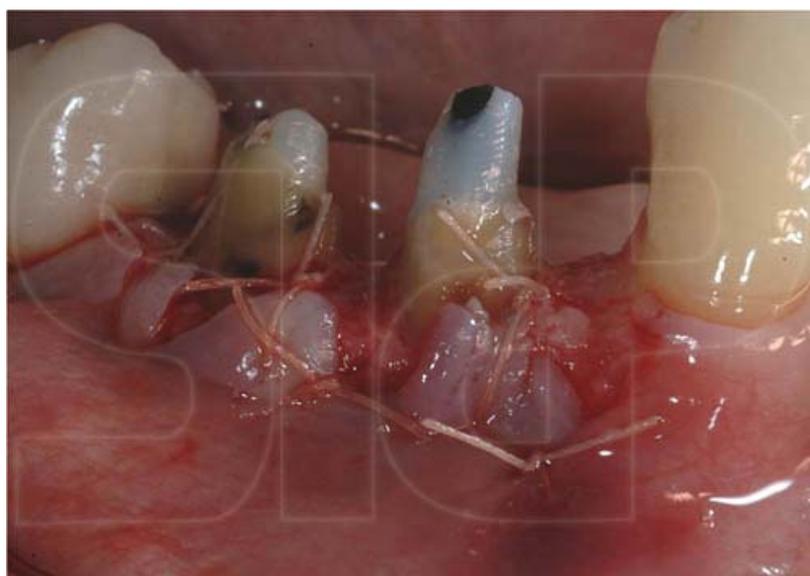
La terapia resettiva delle forcazioni presenta fallimenti dal 3 al 38%; secondo Langer et al.

Il 18% sono persi per frattura, 10% per malattia parodontale, 7% per lesioni endodontiche, 3% per carie.

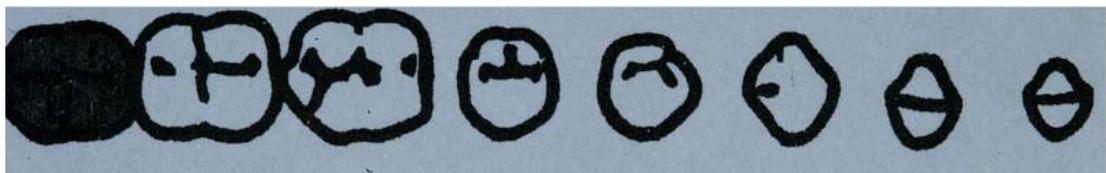
Secondo Carnevale la percentuale di fallimenti è di circa il 7%, di cui l'1% per fratture, il 2% per malattia parodontale, il 2% per lesioni endodontiche e il 2% per carie.

Immagini Cliniche

Allungamento di corona clinica

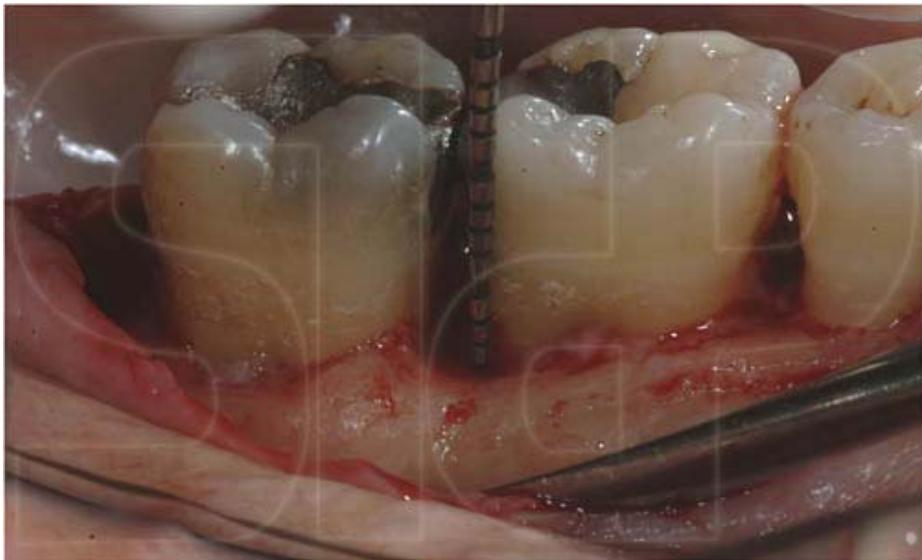


Chirurgia Recettiva e riposizionamento apicale del lembo

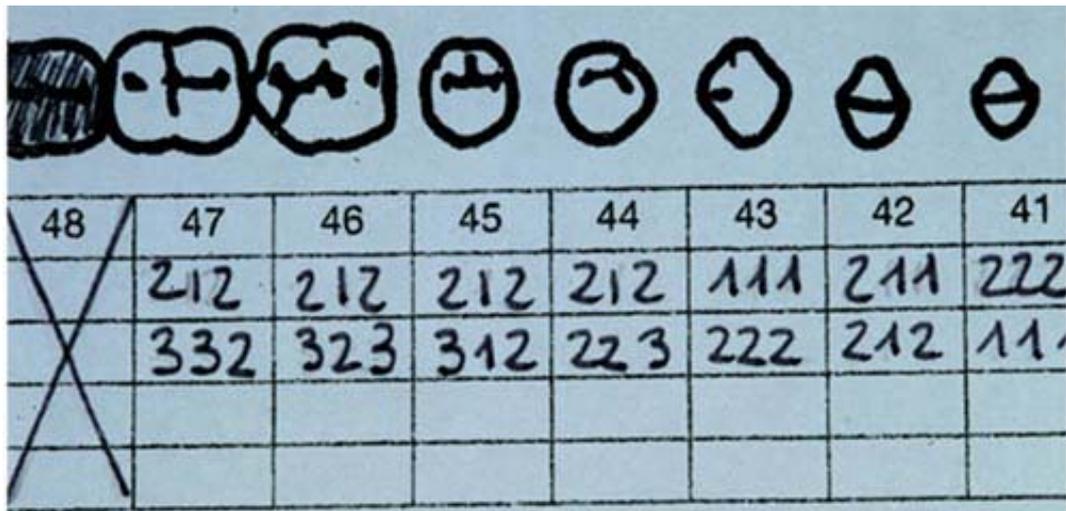


48	47	46	45	44	43	42	41
 	323	312	313	312	212	322	52
 	435	545	524	323	223	212	11
 							
 	+	+	+				









Bibliografia consigliata

Levy RM, Giannobile WV, Feres M, Haffajee AD, Smith C, Socransky SS.

The effect of apically repositioned flap surgery on clinical parameters and the composition of the subgingival microbiota: 12-month data.

Int J Periodontics Restorative Dent. 2002 Jun;22(3):209-19.

Pontoriero R, Carnevale G.

Surgical crown lengthening: a 12-month clinical wound healing study.

J Periodontol. 2001 Jul;72(7):841-8.

Carnevale G, Pontoriero R, di Febo G.

Long-term effects of root-resective therapy in furcation-involved molars. A 10-year longitudinal study.

J Clin Periodontol. 1998 Mar;25(3):209-14.

Zitzmann NU, Lindhe J, Berglundh T.

Host response to microbial challenge following resective/non-resective periodontal therapy.

J Clin Periodontol. 2005 Nov;32(11):1175-80.