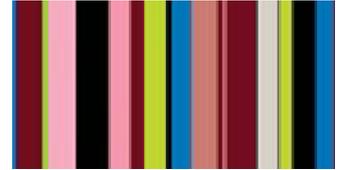




Società Italiana
di Parodontologia



**"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. L. Trombelli

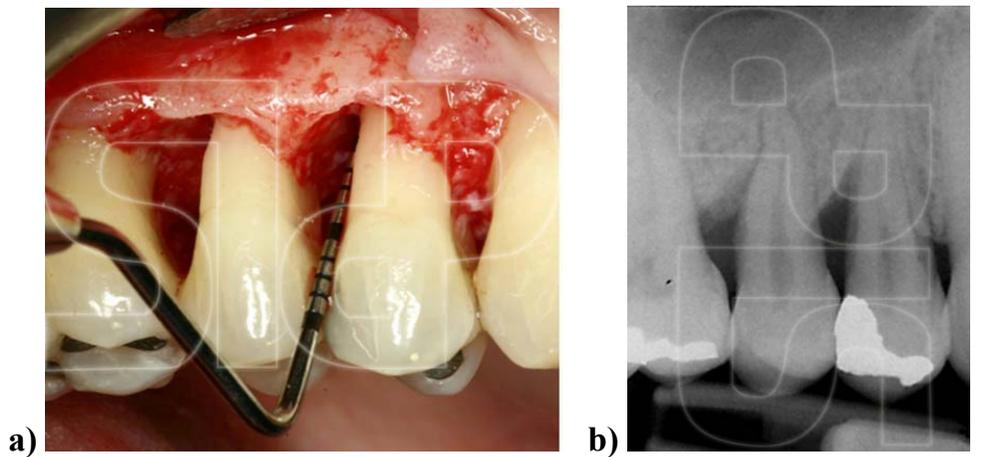
Il difetto infraosseo rappresenta una delle maggiori sfide terapeutiche per il clinico. E' dimostrato che gli elementi dentari che presentano un difetto infraosseo mostrano un più elevato rischio di progressione della lesione parodontale in pazienti che non hanno ricevuto una efficace e sistematica terapia parodontale (1). Inoltre, le lesioni ossee sono difficilmente raggiungibili in corso di strumentazione non chirurgica, spesso necessitando una chirurgia mediante lembo di accesso eventualmente associata a tecniche di chirurgia ossea resettiva o ricostruttiva.

Tra le modalità di trattamento dei difetti infraossei proposte negli ultimi decenni, l'utilizzo di membrane e biomateriali da innesto nonché la applicazione di agenti biologici sono stati ampiamente indagati per realizzare la ricostruzione dell'apparato di attacco distrutto dalla patologia parodontale infiammatoria, mostrando un vario grado di successo terapeutico. Le osservazioni istologiche nell'uomo e i dati derivanti dagli studi clinici controllati hanno dimostrato che alcune delle procedure ricostruttive e dei biomateriali da innesto possono risultare in una vera "rigenerazione parodontale". Purtroppo, la completa e prevedibile ricostruzione dei tessuti parodontali lesi è evenienza ancora difficile da ottenere (2).

Sono state pubblicate numerose revisioni della letteratura concernenti il risultato clinico ed istologico ottenuto in pazienti trattati con differenti metodiche ricostruttive. Recentemente, sono state redatte anche *systematic reviews*, corredate da meta-analisi, per stimare quale sia il reale beneficio aggiuntivo che gli agenti biologici, le membrane o i biomateriali da innesto possono garantire rispetto alla semplice chirurgia con lembo di accesso (3). Sebbene emerga dalla letteratura un effettivo miglioramento delle condizioni parodontali a seguito delle differenti procedure ricostruttive, è indubbio che il risultato terapeutico presenta una ampia variabilità tra paziente e paziente, tra difetto e difetto. Tale variabilità può essere parzialmente spiegata attraverso fattori prognostici legati al paziente, al difetto, al biomateriale impiegato (4). Ma, come dimostrato nel corso della presentazione, può in larga misura risentire della scelta dell'approccio chirurgico adottato in relazione alla contingente condizione clinica (Figure 1-5).

Immagini cliniche

Fig. 1



Difetti infraossei profondi a carico di 1.4 e 1.5:

a) immagine intraoperatoria

b) immagine radiografica

Fig. 2



Riempimento della componente infraossea del difetto con materiale a base di collagene e idrossiapatite

Fig. 3



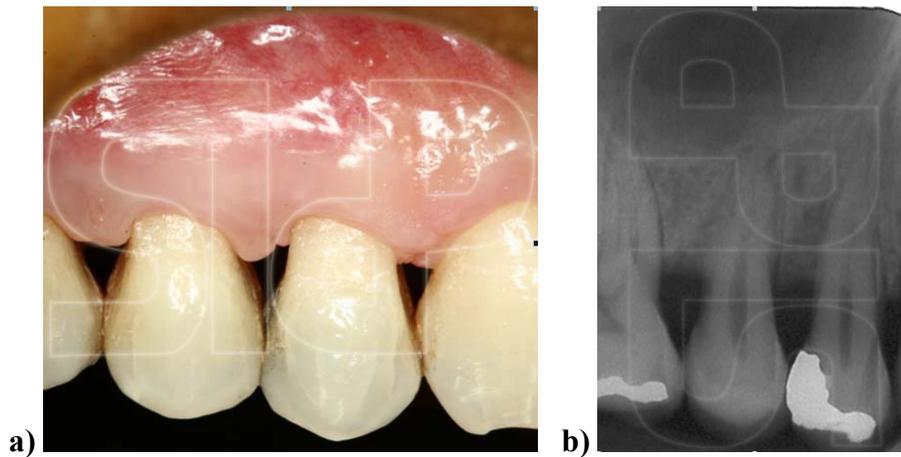
I difetti vengono isolati mediante membrana riassorbibile in collagene.

Fig. 4



Si assicura una chiusura per prima intenzione con adeguata protezione della membrana/biomateriale nella regione interprossimale

Fig.5



Guarigione post chirurgica a 8 mesi: a) immagine clinica, b) immagine radiografica

Bibliografia

- 1) Papapanou PN, Wennström JL. The angular bony defects as indicator of further alveolar bone loss. *J Clin Periodontol* 1991; **8**: 317-322.
- 2) Laurell L, Gottlow J, Zybutz M, Persson R. Treatment of intrabony defects by different surgical procedures. A literature review. *J Periodontol* 1998; **69**: 303-313.
- 3) Trombelli L. Which reconstructive procedures are effective for treating the periodontalintraosseous defect? *Periodontol 2000* 2005;**37**:88-105.
- 4) Kornman KS, Robertson PB. Fundamental principles affecting the outcomes of therapy for osseous lesions. *Periodontol 2000* 2000; **22**: 22-43.