



SPAZIO CLINICA – PREMIO “G. VOGEL”

Chirurgia parodontale mucogengivale–rigenerativa per il trattamento di difetto infraosseo associato ad epulide in zona estetica: case report con follow up a 5 anni

Eugenio Longo

Galatone LE

OBIETTIVI

Utilizzare un lembo spostato lateralmente e avanzato coronalmente per rimuovere un'epulide in sede 2.2 e contestualmente trattare il difetto infraosseo associato minimizzando un'eventuale recessione (REC) post chirurgica (che poteva risultare sgradevole esteticamente) in un unico intervento, riducendo il numero di interventi chirurgici e migliorando tutti i parametri parodontali concernenti profondità di sondaggio (PPD), REC e livello d'attacco clinico (CAL).

METODI

Una giovane paziente ASA1 si presenta alla nostra attenzione con una lesione associabile ad un'epulide in sede vestibolare del 2.2 associata a fistola e difetto infraosseo verticale.

Per limitare il numero di interventi e migliorare contestualmente la qualità del tessuto vestibolare al 2.2 si decideva di utilizzare come lembo d'accesso un lembo a spostamento laterale /avanzamento coronale associato ad un single flap approach nella zona della papilla corrispondente al difetto infraosseo; essendo un difetto contenitivo e prettamente a due pareti, dopo aver levigato la superficie radicolare e rimosso il tessuto di granulazione dal difetto, si decide per l'inserimento all'interno della componente infraossea di osso bovino deproteinizzato associato ad amelogenine dopo un condizionamento radicolare di 2 minuti con edta; in associazione è stato prelevato un innesto epitelio connettivale dal palato (zona 2.6) che, dopo essere stato disepitelizzato e conformato, è stato posizionato sul versante vestibolare della radice, circa 1mm apicale alla cej e mantenuto in posizione da una sutura compressiva periosteale; il lembo è stato poi, dopo essere stato separato dal tessuto muscolare sub mucoso e dopo aver disepitelizzato la papilla anatomica distale al 2.2, avanzato coronalmente e suturato con suture 6-0 riassorbibili in una posizione coronale alla cej; ad una settimana sono state rimosse le suture sul palato, a 2 settimane le suture in zona 2.2.

RISULTATI

Ad un anno dal trattamento è stato possibile riscontrare un miglioramento nei parametri parodontali di PPD e CAL e un'immagine radiografica che sembra suggerire una rigenerazione parodontale profonda; in sede vestibolare 2.2 si è verificato un progressivo aumento della quantità di tessuto cheratinizzato particolarmente nella zona di posizionamento dell'innesto di connettivo e la assenza di una REC residua. La necessaria rimozione dell'epulide avrebbe rischiato di creare un importante difetto di recessione che (data la perdita d'attacco interprossimale) rappresentava una classe RT3 di Cairo; il lembo spostato lateralmente ha garantito una maggior presenza di tessuto cheratinizzato in zona marginale che in termini di controllo della contrazione tissutale dava maggiore stabilità; rispetto alla tecnica classica, il disegno del lembo è stato leggermente modificato in modo da limitare zone di seconda intenzione con conseguenti esiti cicatriziali sfavorevoli in zona estetica; la zona della papilla corrispondente al difetto infraosseo è stata trattata con un single flap essendo il difetto prettamente a 2 pareti con mancanza della parete vestibolare e volendo limitare la contrazione stessa della papilla distale al 2.2 che poteva esitare in un triangolo nero sgradevole esteticamente; la paziente si dice molto soddisfatta sia in termini estetici che per la scomparsa del dolore e della sensibilità al freddo. A 5 anni i risultati clinici, radiografici ed estetici sembrano stabili.

CONCLUSIONI

Una delle considerazioni fatte inizialmente era che anche nell'ipotesi in cui si fosse verificata una contrazione tissutale in sede vestibolare conseguente a questa scelta terapeutica, la eventuale REC sarebbe risultata in ogni caso più predicibile successivamente da trattare con un ulteriore intervento di chirurgia mucogengivale; con tutti i limiti del caso dovuti soprattutto al follow-up a medio termine e all'esiguità del campione, le tecniche miste di chirurgia parodontale rigenerativa-mucogengivale stanno divenendo negli ultimi anni una realtà sempre più presente nel panorama clinico-scientifico, consentendo ai clinici di ridurre il numero necessario di interventi per risolvere sia la componente infettiva legata alla presenza di tasche parodontali associate a difetti infraossei, sia la componente mucogengivale minimizzando e in determinate circostanze risolvendo le REC associate agli elementi dentali caratterizzati dai difetti stessi.