

Rigenerazione dei tessuti molli



**Concetto terapeutico del Dr. Daniele Cardaropoli,
Studio privato, Torino, Italia**



- > Copertura delle recessioni gengivali
- > Modifica del biotipo gengivale
- > Lembo ad avanzamento coronale

1. Indicazioni

Regione	<input checked="" type="checkbox"/> regione estetica	<input type="checkbox"/> regione non estetica
	<input type="checkbox"/> mancanza di dente singolo	<input type="checkbox"/> mancanza di più denti
	<input checked="" type="checkbox"/> dente singolo	
Situazione ossea	<input type="checkbox"/> presenza di difetti ossei	<input checked="" type="checkbox"/> assenza di difetti ossei
Situazione tessuti molli	<input checked="" type="checkbox"/> recessione	<input type="checkbox"/> nessuna recessione
	<input type="checkbox"/> infiammazione	<input type="checkbox"/> infezione in atto
	<input type="checkbox"/> biotipo spesso	<input checked="" type="checkbox"/> biotipo sottile
	<input checked="" type="checkbox"/> sutura primaria della ferita possibile	<input type="checkbox"/> sutura primaria della ferita non possibile
	<input checked="" type="checkbox"/> papilla intatta	<input type="checkbox"/> papilla compromessa, mancante
	<input type="checkbox"/> mucosa cheratinizzata adeguata	<input checked="" type="checkbox"/> mucosa cheratinizzata inadeguata <input type="checkbox"/> senza complicanze

Informazioni preliminari

Daniele Cardaropoli:

Si definisce recessione gengivale lo spostamento del tessuto marginale in direzione apicale rispetto alla giunzione amelo-cementizia con esposizione della superficie radicolare^{1,2}. I problemi comunemente associati alla presenza di recessioni gengivali sono una compromissione dell'estetica, ipersensibilità delle radici, maggiore incidenza di carie radicolari difficoltà nel controllo della placca.

Il trattamento delle recessioni gengivali viene eseguito mediante terapia mucogengivale, che include procedure chirurgiche e non chirurgiche (chirurgia plastica parodontale, igiene orale, terapia ortodontica) per la correzione di difetti dei tessuti molli³⁻⁵. Il trattamento di difetti vestibolari dei tessuti molli riguarda la risagomatura dell'architettura gengivale e, in alcuni casi, sono indicati interventi concomitanti volti ad aumentare la quantità di tessuto cheratinizzato⁶⁻¹¹. Per tale motivo, il razionale per il trattamento delle recessioni gengivali è riferito a risultati estetici e ipersensibilità delle radici.

Paziente: Maschio, 59 anni, inviato allo studio per una terapia gengivale e ortodontica.

Principali disturbi lamentati: Sensibilità radicolare del dente 13. Il paziente era interessato alla funzionalità e all'estetica.

Anamnesi: buono stato di salute generale, nessuna anamnesi familiare di parodontite, mai stato fumatore.

Esame intraorale: Lieve infiammazione gengivale generalizzata, associata a presenza di depositi di placca e tartaro.

Programma terapeutico iniziale: terapia causale, motivazione e istruzioni di igiene orale.

Obiettivi terapeutici: copertura radicolare e aumento dello spessore gengivale sul dente 13, al fine di risolvere la sensibilità radicolare e migliorare sia la funzionalità che l'estetica.

Programma di trattamento chirurgico: lembo riposizionato coronalmente in un difetto di classe I di Miller⁵, associato all' utilizzo di una matrice di collagene riassorbibile (Geistlich Mucograft®).

2. Obiettivi della terapia

- > Obiettivo della terapia è risolvere l'ipersensibilità della radice e, nello stesso tempo, migliorare l'aspetto estetico. Sarà eseguito un intervento di chirurgia plastica parodontale.
- > Un difetto di 3 mm del tipo di Miller di classe I presente sul dente 13 sarà trattato mediante tecnica del lembo ad avanzamento coronale.
Applicando i principi della Rigenerazione Tissutale Guidata, sotto il lembo sarà inserita una matrice di collagene (Geistlich Mucograft®) al fine di ottenere un guadagno dello spessore gengivale.

3. Procedura chirurgica



Fig. 1 Foto iniziale: evidenza clinica di recessione gengivale che interessa il canino superiore di destra.



Fig. 2 Misurazione recessione gengivale iniziale con l'ausilio di una sonda parodontale. 3 mm di recessione sono misurati dal livello della giunzione smalto-cemento ideale.



Fig. 3 Disegno delle incisioni chirurgiche al fine di creare un lembo ad avanzamento coronale. Un'incisione vestibolare intrasulcolare è collegata a due incisioni di scarico verticali.



Fig. 4 Viene sollevato un lembo combinato (da coronale ad apicale) a spessore parziale, a tutto spessore e a spessore parziale. Spessore parziale in direzione mesiale e distale alla superficie radicolare, a tutto spessore in direzione apicale alla recessione e spessore parziale sopra la linea muco-gengivale.



Fig. 5 Le papille mesiali e distali sono disepitelizzate al fine di assicurare l'ancoraggio ottimale del lembo sopra un letto di tessuto connettivo. Si esegue lo scaling e la levigatura della superficie radicolare con frese rotanti, con ultrasuoni e con strumenti a mano, in modo da creare una superficie decontaminata, regolare e appiattita.

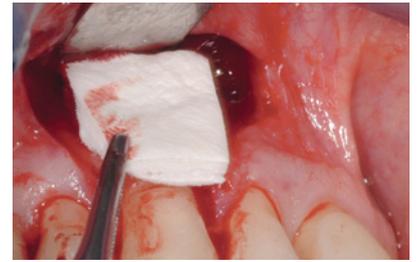


Fig. 6 La matrice di collagene Geistlich Mucograft® viene ritagliata ancora disidratata per adattarla al campo chirurgico.

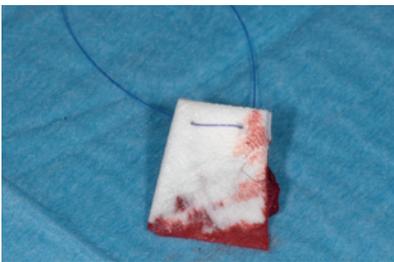


Fig. 7 La matrice di collagene tagliata Geistlich Mucograft® viene presuturata con una sutura a fionda con ansa singola.



Fig. 8 La matrice di collagene è fissata attorno alla giunzione amelo-cementizia mediante una sutura a fionda con ansa singola, e sui lati mesiale e distale del lembo con due suture singole.



Fig. 9 Il lembo peduncolato viene posizionato rivolto verso la giunzione smalto-cemento tramite una sutura a fionda con doppia ansa, e si suturano le incisioni di scarico per completare la chiusura per prima intenzione dell'area.



Fig. 10 Chiusura primaria mantenuta dopo 2 settimane, il giorno della rimozione dei punti. Non sono presenti segni di infiammazione.



Fig. 11 Osservazione clinica 3 mesi dopo l'intervento. Guarigione senza complicanze, con perfetta corrispondenza cromatica e copertura radicolare.



Fig. 12 Vista oclusale 3 mesi dopo l'intervento. Si osservano una buona quantità di tessuto gengivale che circonda il canino, unitamente a un biotipo gengivale spesso.



Fig. 13 Situazione al follow-up di 6 mesi. Il margine gengivale si trova in corrispondenza della giunzione smalto-cemento. È presente una quantità adeguata di tessuto cheratinizzato, con perfetta corrispondenza cromatica.



Fig. 14a Situazione clinica 11 mesi dopo l'intervento. I risultati ottimali osservati dopo 6 mesi sono presenti anche al follow-up a lungo termine.



Fig. 14b Vista oclusale al follow-up di 11 mesi.

Bibliografia

- ¹ Wennström J, Pini Prato G. Mucogingival therapy-periodontal plastic surgery. In: Lindhe J, Karring T, Lang N (eds). *Clinical Periodontology and Implant Dentistry*. Copenhagen: Munksgaard, 2003:576–649.
- ² Wennström J. Mucogingival therapy. *Ann Periodontol* 1996;1:671–706.
- ³ Cortellini P, Clauser C, Prato GP. Histologic assessment of new attachment following the treatment of a human buccal recession by means of a guided tissue regeneration procedure. *J Periodontol* 1993;64:387–391.
- ⁴ Wang HL, Bunyaratavej P, Labadie M, Shyr Y, MacNeil RL. Comparison of 2 clinical techniques for treatment of gingival recession. *J Periodontol* 2001;72:1301–1311.
- ⁵ Miller PD. A classification of marginal tissue recession. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1985;5:8–13.
- ⁶ Pini Prato G, Clauser C, Cortellini P, Tinti C, Vincenzi G, Pagliaro U. Guided tissue regeneration versus mucogingival surgery in the treatment of human buccal recessions. A 4-year follow-up study. *J Periodontol* 1996;67:1216–1223.
- ⁷ Tatakis DN, Trombelli L. Gingival recession treatment: Guided tissue regeneration with bioabsorbable membrane versus connective tissue graft. *J Periodontol* 2000;71: 299–307.
- ⁸ Ainamo A, Bergenholtz A, Hugoson A, Ainamo J. Location of the mucogingival junction 18 years after apically repositioned flap surgery. *J Clin Periodontol* 1992;19:49–52.
- ⁹ Matarasso S, Cafiero C, Coraggio F, Vaia E, de Paoli S. Guided tissue regeneration versus coronally repositioned flap in the treatment of recession with double papillae. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1998;18:444–453.
- ¹⁰ Amarante ES, Leknes KN, Skavland J, Lie T. Coronally positioned flap procedures with or without a bioabsorbable membrane in the treatment of human gingival recession. *J Periodontol* 2000;71:989–998.
- ¹¹ Cardaropoli D, Cardaropoli G. Healing of Gingival Recessions Using a Collagen Membrane with a Demineralized Xenograft: A Randomized Controlled Clinical Trial. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2009 Feb;29(1):59–67.

Fornitori

- > Materiali di sutura: Resopren 5/0 (Resorba, Germania) e Glycolon 5/0 (Resorba, Germania)

Contatto

- > Dr. Daniele Cardaropoli, Corso Galileo Ferraris 148, 10129 Torino, Italia
Tel.: +39.011.323683, fax: +39.011.323683, e-mail: dacardar@tin.it, sito web: www.cardaropoli.it

Altre schede Indicazioni Cliniche

- > Per ricevere gratuitamente le schede Indicazioni Cliniche, andare al l'indirizzo: www.geistlich.com/indicationsheets
- > Se si desidera interrompere la raccolta delle Indicazioni Cliniche, cancellare l'iscrizione al servizio presso il proprio distributore locale

Geistlich
Biomaterials

©Geistlich Pharma AG
Business Unit Biomaterials
CH-6110 Wolhusen
Tel. +41 41 492 56 30
Fax +41 41 492 56 39
www.geistlich-pharma.com