

# **CHIRURGIA ODONTOSTOMATOLOGICA**

Atti del primo congresso italiano

Firenze, 26-28 Novembre 1992

raccolti a cura di

**ENRICO PANZONI**

G.M. CARDINALE EDITORE

# Chirurgia dei Fibropapillomi da protesi

G.M. BERGONZI\*\*, P. CACCIOLI\*,  
P. VESCOVI\*, A. FERRARA\*\*, S. FRIGERI\*

\* Istituto di Clinica Odontoiatrica (Prof. P.U. Gennari)

\*\* Scuola di Specializzazione di Odontostomatologia (Prof. L. Fiamminghi)  
Università degli Studi di Parma

## SOMMARIO

Parallelamente alla diffusione di apparecchi protesici mobili nella popolazione anziana, si è assistito alla più frequente comparsa di fibropapillomi legati agli apparecchi protesici stessi. La causa principale pare infatti da ricondurre alla mancata ribasatura ed al non corretto bilanciamento della protesi.

Gli Autori dopo aver esaminato l'eziopatogenesi, illustrano le fasi del trattamento chirurgico quale terapia elettiva seguita dalla ribasatura e dal bilanciamento della protesi al fine di evitare recidive.

## INTRODUZIONE

La larga diffusione di apparecchi protesici mobili nella popolazione anziana ha portato ad un aumento considerevole delle affezioni patologiche a livello del muco-periostio. L'iperplasia mucoperiosteale a livello delle creste alveolari, che di questa patologia rappresenta la forma di più frequente riscontro, è spesso presente in persone, per lo più di una certa età,

1°  
Congresso  
Nazionale  
S.I.D.C.O.  
Firenze  
Centro  
Internazionale  
dei  
Congressi  
26-28 Novembre  
1992

portatori di apparecchi protesici per lunghi periodi di tempo senza aver effettuato le ribasature necessarie a compensare le modificazioni parafisiologiche cui vanno incontro la mucosa ed il processo alveolare nel corso degli anni.

Nei pazienti portatori di protesi totale superiore con masticazione accentuata sui propri elementi dentari del blocco frontale inferiore, a causa della sollecitazione masticatoria si assiste ben presto ad un riassorbimento dell'osso alveolare superiore e sua sostituzione con tessuto mucoperiosteo fibroso iperplastico.

Il bordo vestibolare del manufatto protesico, a causa di un eccessivo e non bilanciato carico masticatorio, può portare inoltre ad una iperplasia muco-periosteale a livello dei fornicci vestibolari.

## EZIOPATOGENESI

Quando i tessuti molli sono interessati da processi infiammatori, la cresta ossea sottostante si presenta stretta ed irregolarmente seghettata.

Le forze sprigionate durante la masticazione provocano una compressione del tessuto mucosale iperplastico contro detti bordi ossei generando dolore ed iperemia.

L'iperplasia della mucosa, accompagnata dai sintomi sopraesposti, può essere presente nel vestibolo del mascellare o della mandibola, sulla porzione superiore del pavimento della cavità buccale, sulla zona interna delle labbra. E' chiaro che l'irritazione meccanica dovuta o ai bordi della protesi eccessivamente estesi, o ad una malposizione della protesi stessa causata da uno spostamento del fulcro masticatorio, provocano ben presto infiammazione traumatica dei tessuti, formazione di pieghe emisferiche, ulcere puntiformi o lineari da compressione.

Queste pieghe sono sottoposte a continui processi infiammatori ed una parte del tessuto iperplastico sostituisce gradualmente la porzione di cresta ossea compressa, mentre la parte restante va ad abbracciare una porzione esterna dell'ala della protesi.

Il processo può essere limitato ad una regione circoscritta (ove maggiore è la forza di compressione) o espandersi a tutta l'area interessata.

Su questi tessuti possono svilupparsi lesioni precancerose e tumori.

## TRATTAMENTO CHIRURGICO

La terapia d'elezione in tutti questi casi è l'exeresi chirurgica delle zone ipertrofiche in toto. E' comunque consigliabile, nel trattamento d'urgenza, ai fini di alleviare il dolore, intervenire scaricando la parte interna della protesi sovrastante la lesione.

Dopo aver effettuato l'anestesia locale per infiltrazione nel punto centrale di ciascun lato ove si voglia procedere all'escissione, ed una iniezione di supporto sul palato o sul margine linguale della mandibola, si afferra il tessuto molle con una o più pinze in modo da provvedere ad una sua buona mobilizzazione.

Si incide poi con un bisturi un solco a forma di V attraverso la massa fibrosa fino all'osso, rimuovendo il lembo di tessuto.

Per una maggiore precisione chirurgica, i tessuti palatali, vestibolari o linguali possono essere scollati leggermente con uno scollaperiostio, prima di asportare la porzione definitiva di tessuto. Vengono quindi ravvicinati i margini con punti continui di seta tre zeri. La cresta del bordo alveolare viene così convenientemente ricoperta da un adeguato strato di tessuto sano.

La stessa procedura si esegue per l'escissione dei tessuti iperplastici dell'arcata inferiore.

Nel corso dell'intervento è frequente rinvenire una cresta ossea sottile od uno spuntoncino osseo; nel qual caso si deve intervenire con una pinza ossivora o con un apposita fresa per rimuovere dette strutture.

E' fondamentale, a guarigione avvenuta, ribasare la protesi ed adattarla al fine di prevenire il riformarsi di tessuto iperplastico.

## CONCLUSIONI

Abbiamo voluto prendere in esame l'eziologia e la

1°  
**Congresso  
Nazionale  
S.I.D.C.O.**  
Firenze  
Centro  
Internazionale  
dei  
Congressi  
26-28 Novembre  
1992

patogenesi delle ipertrofie gengivali in pazienti portatori di protesi totali o parziali. Da un'attenta anamnesi si è potuto riscontrare come la causa principale di questa patologia sia la mancanza di riadattamento delle basi protesiche (ribasatura). La terapia elettiva è quella chirurgica con ribasatura e bilanciamento successivi delle protesi per evitare delle recidive.

## BIBLIOGRAFIA

- ARCHER W. H. : "Chirurgia Orale"  
vol. 1°, pag. 259-263, Piccin Ed., 1983

- DE MICHELIS B., RE G.: "Trattato di Clinica Odontostomatologica", pag. 1590-1593  
Minerva Medica Ed., 1981

- BRUSATI R. : "Attuali indirizzi in Chirurgia Preprotesica Maggiore"  
Dental Cadmos 15; 53 (4), marzo 1985

- BRUSATI R. : "Chirurgia Preprotesica"  
In : 'Trattato di tecnica chirurgica'  
vol. "Chirurgia Maxillo-facciale" cap. VII  
Piccin Ed., 1985

- TALLGREN A. : "The continuing reduction of the residual alveolar ridges in complete denture wearers"  
J. Prosthet. Dent. 27; 120. 1972.

1°

**Congresso  
Nazionale  
S.I.D.C.O.**

Firenze

Centro

Internazionale

dei

Congressi

26-28 Novembre

1992