

S.I.O.C.M.F.

SOCIETA' ITALIANA DI ODONTOSTOMATOLOGIA E CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

VOLUMETTO ESTRATTO DA:

XXIII CONGRESSO NAZIONALE

Bologna, 30 novembre, 3 dicembre 1992

A cura di

GIORGIO BOREA · GIOVANNI DOLCI

ANTONIO CARRASSI · LUIGI CHECCHI · GIANNI MONTANARI



MONDUZZI EDITORE

Tecnica della conservazione delle fibre nelle riabilitazioni parodontali-protesiche

XXIII Congresso
Nazionale
della Società Italiana
di Odontostomatologia
e Chirurgia
Maxillo-Facciale

Bologna
30 novembre
3 dicembre 1992

A. FERRARA, P. CACCIOLI e C. PELOSI *

Scuola di Specializzazione di Odontostomatologia

(Direttore: Prof. L. Fiamminghi)

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

Università di Parma

SOMMARIO

L'eliminazione delle tasche parodontali con interventi di chirurgia ossea resettiva é indicato nei casi in cui alla terapia parodontale si associ la necessità di una riabilitazione protesica. La gravità delle lesioni ed il possibile coinvolgimento delle biforcazioni nei pluriradicolati negano però la possibilità di intervento utilizzando tecniche chirurgiche tradizionali. La tecnica della conservazione delle fibre connettivali, presenti nel fondo della tasca apicalmente all'epitelio giunzionale e coronalmente alla cresta ossea, permette di intervenire con successo eliminando quindi le tasche anche in casi in cui siano presenti crateri interrossimali gravi e lesioni interradicolari.

INTRODUZIONE

Una tasca parodontale può essere definita come uno spazio patologico causato dalla migrazione apicale dell'epitelio giunzionale

lungo la radice, mentre si veri-
fica la migrazione apicale dell'epitelio giunzionale causato dalla parodontite.

La chirurgia parodontale é certamente la terapia più comune per il trattamento delle tasche parodontali.

Due sono gli approcci chirurgici che sono stati seguiti per raggiungere questo scopo:

1) L'eliminazione chirurgica delle tasche parodontali.

Bologna
30 novembre
3 dicembre 1992

2) Procedure chirurgiche di riattacco o di nuovo attacco per riattaccare i tessuti molli alla superficie radicolare.

Gli obiettivi delle procedure chirurgiche resettive possono così essere riassunti:

- 1) Eliminazione o riduzione delle tasche parodontali.
- 2) Contorno gengivale fisiologico ben adattato all'osso alveolare e posto apicalmente alla posizione prechirurgica.
- 3) Condizione clinica mantenibile nel tempo.

Le recenti acquisizioni in eziologia e patogenesi della malattia parodontale indicano che tutte le procedure terapeutiche possono essere dirette verso il controllo del processo infettivo e della risposta infiammatoria che esso genera.

Quindi la terapia parodontale controlla la progressione della malattia e promuove la riparazione dei tessuti parodontali di supporto.

In questo quadro la chirurgia ossea resettiva deve soddisfare le seguenti condizioni:

- 1) Provvedere all'accesso e alla buona visualizzazione delle superfici radicolari per una corretta strumentazione.
- 2) Provvedere, se necessario, alla visualizzazione della cresta alveolare per la esecuzione di ostectomia e osteoplastica.
- 3) Mantenere se già presente un'adeguata banda di gengiva aderente.
- 4) Ottenere una guarigione rapida che permetta un'adeguata protezione delle strutture sottostanti.
- 5) Evitare o minimizzare la riduzione della cresta alveolare come conseguenza di questa procedura.
- 6) Mantenere o migliorare nel tempo i livelli clinici di attacco.
- 7) Ridurre la profondità di sondaggio e mantenerla tale nel tempo.
- 8) Essere versatile, pronta ad adattarsi alle diverse circostanze che problemi estetici possono mettere in luce.

Il lembo posizionato apicalmente rappresenta una procedura molto versatile a tutt'oggi, ampiamente usata da molti operatori.

Si adatta a una vasta gamma di trattamenti sia per piccole tasche sovraossee, che per gravi difetti infraossei con variabile quantità di tessuto cheratinizzato.

Questa procedura promuove la riduzione delle tasche con una riposizione apicale dell'unità gengivale.

Dopo aver quindi scollato a spessore parziale i lembi, si elimina tutto il tessuto del lembo secondario, lasciando integro il tessuto nella zona interprossimale.

Questa zona viene accuratamente sondata e il tessuto non aderente alla superficie delle radici viene eliminato con un bisturi lanceolato.

A questo punto si inizia la fase di ostectomia e osteoplastica trattando alla stessa stregua sia l'osso alveolare che le fibre interprossimali aderenti cosicché la quantità di asportazione di osso necessario per raggiungere una architettura positiva e minimizzata.

I lembi vengono suturati con suture ancorate al periostio, l'impacco chirurgico viene lasciato per sette giorni; dopo questo periodo si rimuovono le suture e si rimette l'impacco per altri sette giorni.

MATERIALI E METODI

Si incide un lembo a bisello interno paramarginale o intravicolare nel caso la quantità di gengiva aderente fosse minima.

Il lembo può essere scollato sia a spessore totale che a spessore parziale. Valutando queste due possibilità Pfeifer trovò una attività osteoclastica significativamente minore in associazione con l'uso del lembo a spessore parziale.

Sia con l'uso di lembi a spessore totale che a spessore parziale, durante le fasi di guarigione, l'attività osteoclastica dal periostio verso l'endostio è risultata minima.

Tissot e Sullivan mettono in luce però che nei lembi a spessore parziale, durante le fasi di guarigione possono verificarsi disturbi nella vascolarizzazione che possono essere responsabili per necrosi marginale del lembo.

Se la tecnica chirurgica è corretta, e quindi lo spessore del lembo è sufficiente, la vascolarizzazione può essere mantenuta in modo più che soddisfacente.

L'uso della tecnica della ritenzione di fibre, in associazione con lembi a spessore parziale, è estremamente importante riuscendo a minimizzare la perdita ossea che avviene durante l'osteotomia.

La tecnica di Ochsenbein per l'esecuzione di osteotomia e osteoplastica è indubbiamente la più utilizzata.

Si utilizzano frese a palla per l'eliminazione dei crateri quindi con scalpelli a mano si asporta l'osso nelle zone angolari dei denti fino a raggiungere una architettura piatta.

Levine, nel suo lavoro, ha evidenziato come il rispetto delle fibre connettivali interdentali sia tecnicamente possibile e utile per il mantenimento dell'attacco dento periodontale.

RISULTATI E CONCLUSIONI

Nella parte più apicale dei crateri nelle zone interprossimali esistono sempre fibre connettivali attaccate alle superfici radicolari dei denti adiacenti.

Queste fibre formano quindi parte dell'attacco connettivale. Dal punto di vista istologico le fibre in presenza di malattia parodontale presentano uno stato di infiammazione che può essere eliminato con la eliminazione dei fattori irritanti locali come placca e tartaro.

Lo scopo di questa tecnica è di eliminare l'epitelio interno della tasca e tutto il tessuto di granulazione, lasciando integre tutte le fibre connettivali aderenti alla superficie radicolare dei denti adiacenti nella zona interprossimale.

La profondità di queste fibre varia da 0,95 mm. a 1,9 mm.

Il vantaggio di mantenere integre queste fibre sta nel fatto che l'unione tra queste e le nuove fibre che si formano dal margine di guarigione dei lembi possono provvedere a una riparazione della gengiva nella posizione la più coronale possibile senza perdita di osso di supporto.

Utilizzando una tecnica tradizionale, le fibre che si presentano nella zona interprossimale vengono asportate e il risultato

é quindi una perdita di attacco causata dalla eliminazione completa dell'attacco connettivale.

Una seconda perdita la si ha durante le fasi di guarigione poiché sarà necessaria un'ulteriore riassorbimento della cresta ossea di 1 mm. con l'esposizione di cemento radicolare e fibre di Sharpey del legamento parodontale per poter ricrearsi il nuovo sistema di fibre connettivali sopra crestali.

L'utilizzo della tecnica di ritenzione di fibre, fa sì che possano essere trattati con la eliminazione delle tasche anche casi molto complicati o in cui le biforcazioni sono già parzialmente coinvolte.

BIBLIOGRAFIA

1. Glossary of Periodontic Terms. J Periodontol 57 (Suppl): 23, 1986.
2. Ramfiord, S., Kerr, D., and Ash, M, eds. World Workshop in Periodontics. Ann Arbor, MI; The University of Michigan; 1966
3. Schulger, S.: Osseous resection—a basic principle in periodontal surgery. Oral Surg 2: 316, 1949.
4. Pennel, B., King, K., Wilderman, M., and Barrow, J.: Repair of the alveolar process following osseous surgery. J Periodontol 38: 426,
5. Pfeifer, J.: The reaction of alveolar bone to flap procedure in man. Periodontics 3: 135, 1965.
6. Staffileno, H., Wentz, F., and Orban, B.: Histologic study of healing of split thickness flap surgery in dogs. J Periodontol 33: 56, 1962.
7. Wood, D., Hoag P., Donnenfeld, W., and Rosenfeld, W.: Alveolar crest reduction following full and partial thickness flap J. Periodontol 43: 141, 1972.
8. Tissot, R. and Sullivan, H.: Evaluation of survival of partial thickness and full thickness flaps. IADR, 49th Annual Meeting, Abs 1470. 1971
9. Friedman, N.: Periodontal osseous surgery: osteoplasty and osteotomy. J Periodontol 26: 257, 1955.
10. Schulger, S.: Surgical techniques in pocket elimination. Tex Dent J 70: 246, 1952.
11. Prichard, J.: Gingivoplasty, gingivectomy and osseous surgery. J. Periodontol 32; 375, 1961.
12. Prichard, J.: Advanced Periodontal Disease. 2nd ed. Philadelphia, PA: W. B. Saunders Co.; 1972.
13. Ochsenbein, C.: Osseous resection in periodontal surgery. J Periodontol 29: 15, 1958.
14. Ochsenbein, C.: Rationale for periodontal osseous surgery. Dent Clin N Amer March, p. 27, 1960.
15. Ochsenbein, C. and Ross, S.: A reevaluation of osseous surgery. Dent. Clin N Amer January, p 87, 1969.
16. Ochsenbein, C., Current status of osseous surgery. J Periodontol 48: 577, 1977.
- 17 Levine H.L. - Stahl S.S.:
Repair following periodontal flap surgery with the retention of gingival fibers.