



Chirurgia estetica mucogengivale



Quintessenza Edizioni

Milano, Berlino, Chicago, Tokyo, Barcellona,
Istanbul, Londra, Mosca, Nuova Delhi, Parigi,
Pechino, Praga, San Paolo, Seul, Varsavia



Copyright © 2012 by
Quintessenza Edizioni S.r.l.
via Ciro Menotti, 65 - 20017 Rho (MI) Italy
Tel.: +39.02.93.18.08.21 - Fax: +39.02.93.18.61.59
E-mail: info@quintessenzaedizioni.it
www.quintessenzaedizioni.com

ISBN 88-7492-158-6
978-88-7492-158-4

Tutti i diritti sono riservati

Il libro e ogni sua parte sono coperti da copyright. Ogni utilizzo o commercializzazione al di fuori dei limiti del copyright, senza il consenso dell'editore, è illegale e soggetto a procedimento giudiziario. Questo vale in particolare per riproduzioni fotostatiche, copie, circolari, duplicazioni, traduzioni, microfilm, elaborazioni elettroniche e raccolta di dati.

Stampato in Italia



A mio padre



Prefazione

È un grande piacere per me poter scrivere la presentazione del nuovo libro del prof. Giovanni Zucchelli e lo è per molteplici ragioni.

Perché il prof. Zucchelli ha scritto un libro bellissimo, che accompagna il lettore in maniera sistematica dalla diagnosi dei disestetismi alla loro terapia, descrivendo in maniera dettagliata tutte le tecniche chirurgiche mucogengivali più avanzate, così da guidarlo attraverso tutte le fasi delle chirurgie, in un approccio “step by step” che farà sentire al lettore la presenza concreta dell’Autore al suo fianco; un libro che appassionerà, ne sono certo, non solo coloro che vorranno utilizzarlo come utile guida chirurgica, ma anche tutti quei colleghi che lo leggeranno per il solo piacere di allargare il loro orizzonte di conoscenze.

Un libro imperdibile per chi vorrà affrontare il cammino della chirurgia mucogengivale.

Lo è perché questa è l’opera di uno dei maggiori clinici al mondo, un uomo che ha dedicato la sua vita all’insegnamento ed alla ricerca e che lo ha fatto con spirito innovativo, senza pregiudizi, riuscendo con il suo lavoro a modificare la maggior parte delle tecniche chirurgiche e ad introdurne di nuove, che ha cambiato il modo di fare e di pensare la chirurgia mucogengivale.

Lo è, infine, perché per un lungo tratto abbiamo percorso insieme lo stesso cammino professionale, finché il suo passo si è fatto più spedito ed il mio, con l’età, più lento.

Massimo de Sanctis

Introduzione

Vorrei che il lettore del libro si avvicinasse all'estetica mucogengivale con lo spirito di chi guarda un quadro. Il giudizio che andiamo ad elaborare di fronte ad un'opera d'arte deriva da valutazioni personali influenzate dall'impatto, ossia ciò che l'osservazione iniziale ha suscitato in noi, oltre che dal talento individuale e dalla cultura. In queste tre parole si può riassumere il mio concetto di "estetica": impatto iniziale, talento e cultura (ITC nell'epoca degli acronimi). Quando si esamina un volto, un sorriso o anche più semplicemente la guarigione di un intervento di chirurgia mucogengivale, si elabora immediatamente un giudizio di bello o brutto. Tale giudizio è influenzato dal senso estetico individuale e dall'attitudine all'estetica, entrambi "geneticamente determinati", in altri termini dal "talento estetico", più che dalla cultura. Le conoscenze ci permettono di capire, in una fase immediatamente successiva all'impatto iniziale, il perché una cosa ci piace o non ci piace. Per troppi anni ai nostri pazienti con richieste estetiche dettate dall'impatto e dal talento abbiamo cercato di dare una risposta, risultato, basato solo sulla conoscenza (o evidenza [*evidence based*]); il "*root coverage*". Oggi sono convinto del contrario. Le nostre conoscenze ci permettono di dare al paziente un risultato d'impatto anche quando non ci sono le condizioni ottimali per ottenere un risultato estetico soddisfacente. Mi riferisco, per esempio, a quelle lievi correzioni della posizione della giunzione smalto-cemento, ottenute con la terapia restaurativa, quando siamo in presenza di situazioni anatomiche/cliniche che limitano il "*root coverage*". Anche nella stesura del libro ho usato le conoscenze e il talento per offrire al lettore un risultato gradevole da un punto di vista estetico e utile da un punto di vista clinico. In questo mi ha aiutato l'amico Guido Gori, dentista con il talento del disegno e dell'arte, che ha eseguito a mano i disegni del libro. Sono convinto che la presenza dei disegni renda più piacevole la lettura e riesca a chiarire meglio le varie fasi della chirurgia, soprattutto quelle di più difficile documentazione clinica. Il libro non è, e non vuole essere, l'aggiornamento o lo stato dell'arte in chirurgia mucogengivale; per questo esistono le riviste scientifiche e, all'interno di queste, a seconda della cultura del lettore, consiglio le revisioni (parola chiave "*review*"), sempre più rare, o le revisioni sistematiche (parola chiave "*systematic review*"). Il libro è la descrizione e la rappresentazione grafica di come ogni giorno affronto, nel mio studio, la diagnosi, la prognosi e il trattamento del paziente con esigenze estetiche mucogengivali. Molti di questi passaggi (relativi alla fase prognostica e alle tecniche chirurgiche) sono stati validati dalla letteratura scientifica, ma altri non lo sono e, forse, non lo saranno mai, perché rappresentano un credo, una filosofia di pensiero e di lavoro che non può essere tradotto in numeri. Questi passaggi, "*non evidence-based*", devono essere interpretati come veri e propri "consigli" che desidero dare ai lettori, perché fondati su un credo profondo. Il primo di questi consigli, forse il più coraggioso di tutti, è quello di non rimandare il trattamento di un paziente con esigenze estetiche per non rischiare la, seppure recondita, possibilità di un peggioramento del difetto mucogengivale. Intervenire subito permette in molti casi di ridurre il numero degli atti e delle sedi chirurgiche e consente di migliorare la prognosi estetica del trattamento. Ciascuna tecnica chirurgica descritta all'interno del libro tiene in primaria considerazione non solo le richieste estetiche del paziente ma, soprattutto, il paziente, inteso come persona alla quale devono essere minimizzati i disturbi post-operatori e i rischi legati all'atto chirurgico. Anche il concetto di facile ritrattabilità, nel caso di fallimento,

è sempre presente nel mio pensiero e, quindi, nella mia proposta/consiglio operativo. L'obiettivo vero del libro è combattere il pregiudizio del *"guarda com'è difficile... solo io sono capace di farlo"*. L'obiettivo vero è semplificare e razionalizzare il trattamento dei disestetismi mucogengivali, in modo che ciascun lettore, anche il meno esperto, possa eseguirlo con successo. Rispetto alla mia precedente uscita editoriale, le tecniche chirurgiche si sono sensibilmente ridotte di numero, semplificate e standardizzate nella loro sequenza operativa. Un altro di questi consigli riguarda proprio il rigoroso rispetto di questa sequenza, dal disegno dell'incisione all'ultima sutura, che rappresenta il quotidiano ripetersi di atti ormai automatici e che, come tali, sono stati volontariamente ripetuti all'interno del libro, nella descrizione dei casi clinici. Il lettore potrà così trovare all'interno del libro "il caso del lunedì mattina" e la descrizione dei vari passaggi chirurgici per eseguirlo in maniera corretta.

L'augurio che faccio a tutti voi che vi accingete a leggere il mio libro è che, come me, possiate sentirvi un po' "artisti" e un po' "scienziati" nel trattare i pazienti affetti da disestetismi mucogengivali e che, soprattutto, i vostri pazienti siano felici del risultato. L'augurio che faccio a me stesso è che fra i lettori di questo libro possa emergere quel talento capace di semplificare ulteriormente il trattamento estetico dei difetti mucogengivali.

Giovanni Zucchelli

ringraziamenti

Un ringraziamento di cuore a Claudia, amore e compagna di vita, che con il calore della sua silenziosa compagnia mi ha supportato e sostenuto, ha reso meno lunghe le interminabili ore dedicate alla stesura del libro ed ha accettato la mancanza di attenzioni a Lei come del mio aiuto nella crescita dei bambini.

Un caloroso grazie ai miei adorati figli Alessia ed Alessandro che con il loro sorriso mi ripagano di ogni sacrificio. La loro dolcezza ma anche la brillantezza delle loro giovani menti mi ha aiutato ad evadere dalla noia che sopraggiunge durante le innumerevoli riletture e correzioni del testo.

Un doveroso ringraziamento ai miei Maestri:

- a mio Padre, grande medico, a cui ho voluto dedicare il libro, che è venuto a mancare pochi mesi prima della sua pubblicazione. La Sua vita, di uomo e di medico, è stata per me la guida e l'esempio da imitare; l'obiettivo da raggiungere. Spero sia orgoglioso di me;
- al Prof. Marcello Calandriello maestro di parodontologia, esempio di onestà e di rispetto del paziente che mi ha fatto amare la parodontologia e la chirurgia mucogengivale in particolare, che mi ha insegnato la disciplina, il rigore e l'etica professionale e che mi ha trasmesso l'umiltà, ma anche la gioia, di sentirsi "studenti a vita";
- al Prof. Massimo de Sanctis che da Maestro mi ha concesso l'onore della Sua amicizia. La Sua cultura, la Sua vivacità intellettuale e la Sua dialettica mi hanno portato ad amare la didattica. La Sua voglia esplosiva di crescere e di innovare/innovarsi mi ha trasmesso l'amore per la ricerca. Devo a Lui tutto ciò che sono riuscito a fare nel campo della didattica e della ricerca. Devo a Lui se, prima con il Suo insegnamento, poi con il Suo aiuto, sono riuscito a raccogliere il materiale clinico contenuto in questo libro.

Desidero ringraziare l'amico Dott. Guido Gori non solo per i disegni del libro ma, soprattutto, per il costante incoraggiamento morale nei momenti più difficili e per aver silenziosamente subito i miei non sempre gentilissimi sfoghi nei tre anni passati insieme nella preparazione del libro.

Per ultimo, ma non meno importante un grande grazie ai miei "ragazzi" le dottoresse Monica Mele, Martina Stefanini, Ilham Mounssif, Sabrina Ganz, Valentina Bentivogli e Valeria Gasperoni e i dottori Matteo Marzadori, Claudio Mazzotti e Matteo Sangiorgi ed altri odontoiatri giovani del reparto che stanno crescendo e che mi hanno "supportato e sopportato" e che ogni giorno mi fanno sentire... il loro "maestro".

Un sentito ringraziamento a Cristina Reina di Quintessenza Edizioni per la professionalità con cui ha curato ogni particolare grafico e tecnico del libro e per la pazienza dimostrata nell'accogliere (con il sorriso) i continui cambiamenti che io e il Dott. Gori gli abbiamo continuato a proporre fino al giorno prima della pubblicazione.

Giovanni Zucchelli

CURRICULA



Prof. GIOVANNI ZUCHELLI DDS, PhD

Nel 1988 Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria.

Nel 1999 Dottorato di Ricerca in Biotecnologie Mediche presso l'Università degli Studi di Bologna.

Dal 2000 Professore Associato di Parodontologia presso l'Università degli Studi di Bologna.

Vincitore di premi per la ricerca clinica in Parodontologia in Europa e USA.

Socio attivo della SidP, membro della Federazione Europea di Parodontologia e dell'American Academy of Periodontology.

Membro dell'editorial board dell'European Journal of Esthetic Dentistry.

Autore di più di 100 pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali.

Relatore ai più importanti congressi nazionali ed internazionali di Parodontologia.

Coautore di due atlanti di chirurgia plastica parodontale (Ed. Martina).

Coautore del capitolo "Mucogingival therapy - periodontal plastic surgery" nel libro di Jan Lindhe & Klaus Lang "Clinical periodontology and implant dentistry" (ed. Wiley-Blackwell).



Dr. GUIDO GORI

Si laurea in Medicina e Chirurgia nel 1980 presso l'Università degli Studi La Sapienza di Roma. Si specializza in Odontostomatologia nel 1983 presso L'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma dove insegna come professore a contratto Odontoiatria Conservativa.

Frequenta nel 1984 i corsi "Protesi fissa" e "Gnatologia" del Programma Internazionale della University of Southern California.

Pubblica nel 1989, con la Edi-Ermes (Milano), il testo "Morfologia dentale e modellazione oclusale", riedito nel 2000.

Approfondisce tali argomenti nel 1993 seguendo i corsi di Anatomia dentale funzionale, I e II grado, presso l'Università di Parigi VII.

Collabora dal 2006 con la Scuola Medica Ospedaliera di Roma.

Da alcuni anni svolge attività di ricerca nel reparto del Prof. Giovanni

Zucchelli presso il Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche dell'Università degli Studi di Bologna. Relatore a corsi, congressi nazionali ed internazionali e a un Master Universitario in Roma su temi riguardanti la chirurgia estetica parodontale.

Autore di articoli scientifici su riviste nazionali ed internazionali .

Libero professionista in Roma.



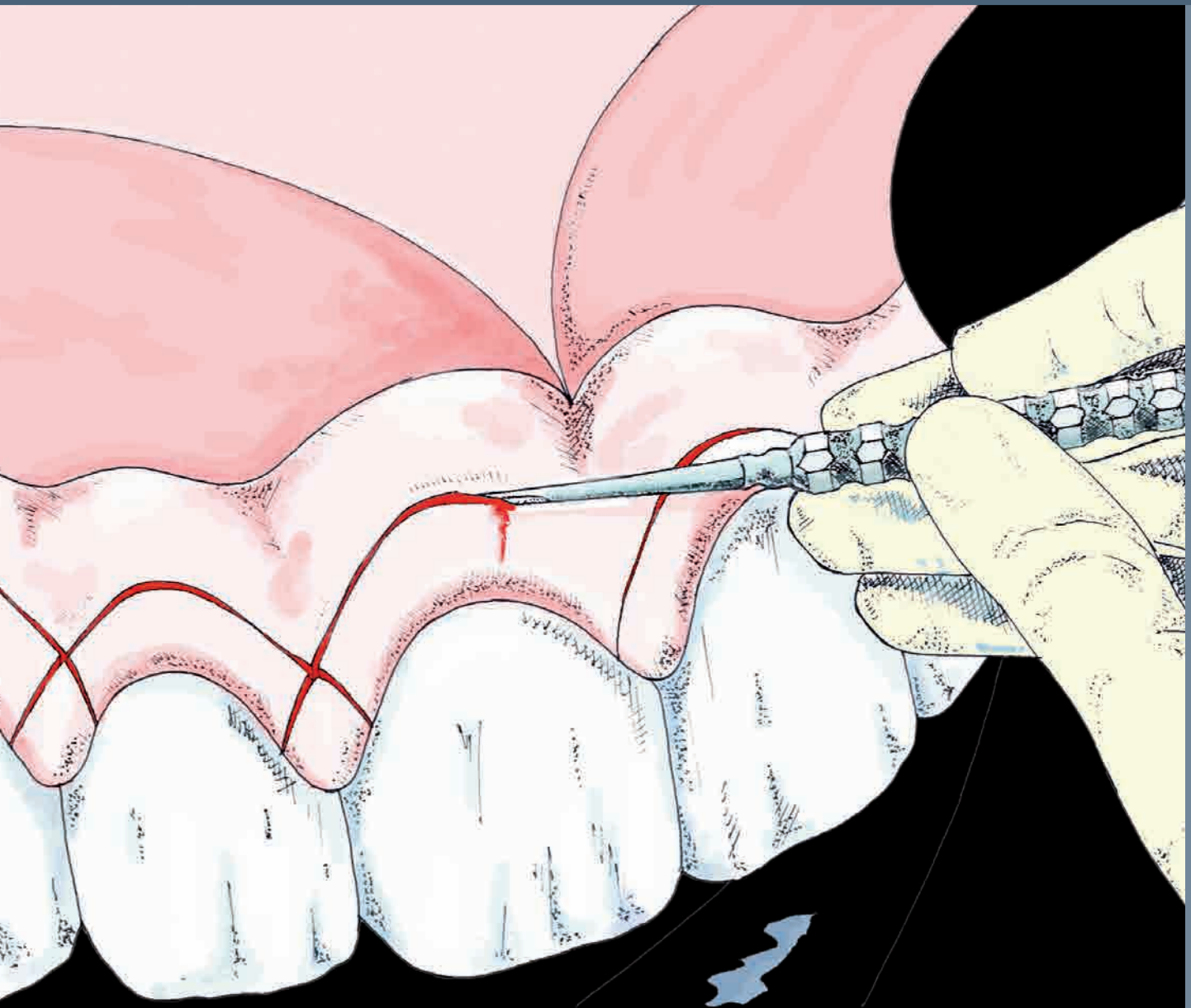
sommario

	Pr efa zio n e	V
	in t r o d u z i o n e	Vii
	s o m m a r i o	Xi
1	CHir ur g ia est et iCa muCo g en g iVa l e	1
2	di ag n o s i dei dis est et ismi muCo g en g iVa l i	3
3	ezi o l o g i a del l e r eC e s s i o n i g en g iVa l i	13
4	Pa t o g e n e s i del l e r eC e s s i o n i g en g iVa l i	61
5	Pr o g n o s i del l e r eC e s s i o n i g en g iVa l i	69
6	diffiCo l t à n e l l a di ag n o s i e Pr o g n o s i del l e r eC e s s i o n i g en g iVa l i	79
7	Pr e d e t e r m i n a z i o n e del l a r iCo P e r t u r a r a d iCo l a r e	97
8	in d iC a z i o n i al t r a t t a m e n t o del l e r eC e s s i o n i g en g iVa l i	107
9	t eC n iC h e CHir ur g iC h e di r iCo P e r t u r a r a d iCo l a r e	113
10	f a t t o r i C h e i n f l u e n z a n o l a s C e l t a del l a t eC n iC A CHir ur g iC a di r iCo P e r t u r a r a d iCo l a r e	117
11	s C e l t a del l a t eC n iC a CHir ur g iC a	127
12	t e r a P i a C a u s a l e i n P a z i e n t i da s o t t o P o r r e a CHir ur g i a muCo g en g iVa l e	133
13	t r a t t a m e n t o del l a s u P e r f iC i e r a d iCo l a r e	139
14	a m e l o g e n i n e i n CHir ur g i a muCo g en g iVa l e	149

15	TRATTAMENTO DELLE “CLEFT” GENGIVALI	157
16	TRATTAMENTO DELLE ABRASIONI/CARIE CERVICALI ASSOCIATE A RECESSIONI GENGIVALI	181
17	LEMBO SPOSTATO CORONALMENTE CON INCISIONI DI SVINCOLO	257
18	LEMBO SPOSTATO LATERALMENTE E CORONALMENTE	329
19	INNESTO GENGIVALE	379
20	TECNICHE IN 2 FASI	403
21	TECNICHE DI PRELIEVO DELL’INNESTO CONNETTIVALE	425
22	TECNICHE BILAMINARI	459
23	TECNICHE BILAMINARI PER RECESSIONI MULTIPLE	499
24	LEMBO SPOSTATO CORONALMENTE “A BUSTA” PER RECESSIONI MULTIPLE	521
25	LEMBO SPOSTATO CORONALMENTE + INNESTO CONNETTIVALE PER RECESSIONI MULTIPLE: BILAMINARE MULTIPLO A BUSTA	597
26	TECNICHE COMBinate PER RECESSIONI MULTIPLE	657
27	TERAPIA RESTAURATIVA-PARODONTALE PER RECESSIONI MULTIPLE	667
28	CASI CLINICI COMPLESSI	693
29	ERUZIONE PASSIVA ALTERATA	749
30	TERAPIA FARMACOLOGICA ED IGIENICA POSTCHIRURGICA IN PAZIENTI SOTTOPOSTI A CHIRURGIA MUCOGENGIVALE	795
31	STRUMENTAZIONE CHIRURGICA	803

CHIRURGIA ESTETICA MUCOGENGIVALE

1



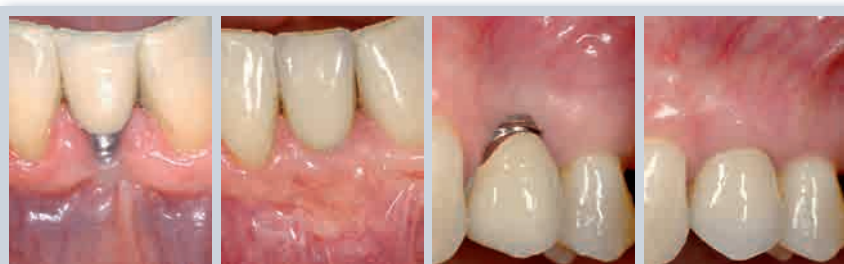
RECESSIONI
GENGIVALI



ABRASIONI/CARIE
RADICOLARI



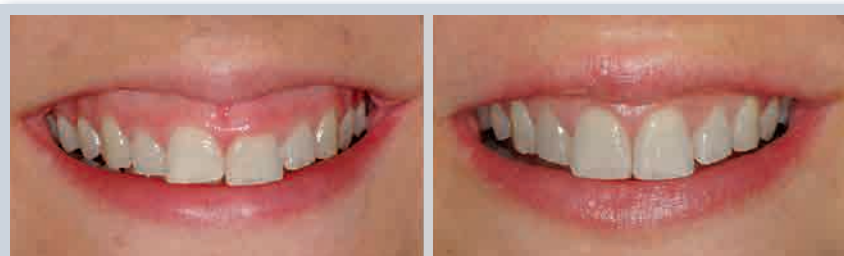
MANCANZA DI
SPESSORE/
ALTEZZA GENGIVALE



PERDITE DI SOSTANZA
DEI TESSUTI MOLLI



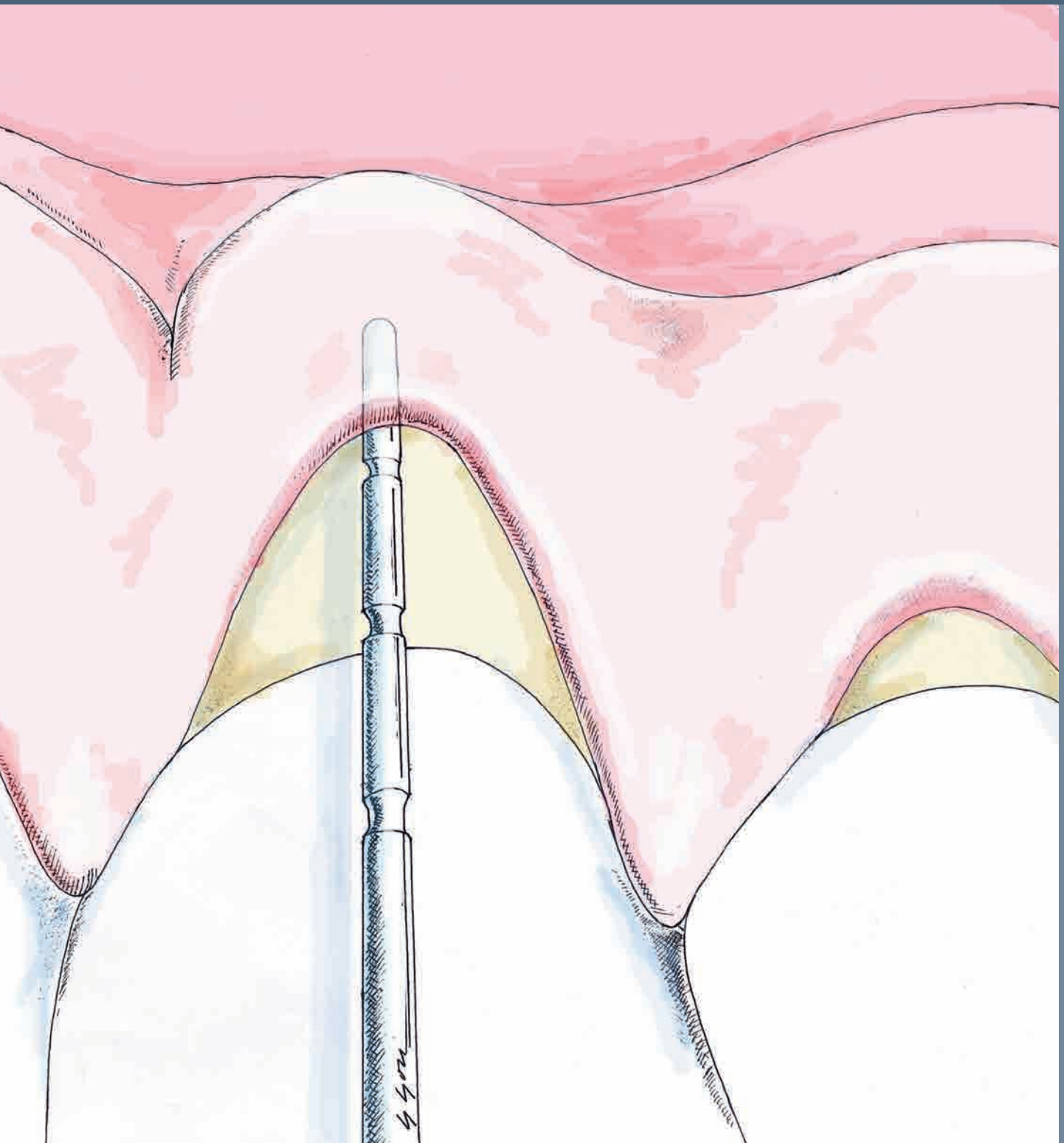
ERUZIONE PASSIVA
ALTERATA



La chirurgia estetica mucogengivale si dedica al trattamento delle alterazioni estetiche mucogengivali. Queste possono essere provocate dalle recessioni gengivali, spesso associate ad abrasioni e/o carie radicolari o, al contrario, dall'eruzione passiva alterata. Obiettivi della chirurgia estetica mucogengivale sono anche l'incremento di volume ed altezza gengivale intorno ad elementi protesici o impianti e il riempimento di sostanza delle selle edentule. Le tecniche di riempimento delle selle edentule verranno trattate nel secondo volume. In questo volume saranno descritte ed illustrate le tecniche di chirurgia mucogengivale applicate alla dentatura naturale o agli impianti, con l'obiettivo primario di soddisfare le richieste estetiche del paziente.

DIAGNOSI DEI DISESTETISMI MUCOGENGIVALI

2



Le recessioni gengivali sono definite come lo spostamento apicale del margine gengivale dalla sua posizione fisiologica, 1-2 mm coronale alla CEJ (Cemento-Enamel Junction), con esposizione patologica della superficie radicolare. Le recessioni gengivali possono verificarsi a livello di tutte le superfici dentarie, ma obiettivo della chirurgia mucogengivale è il trattamento delle recessioni gengivali vestibolari (o più raramente linguali). Questo tipo di lesione caratterizza generalmente un paziente non affetto da parodontite (o affetto da una sua forma lieve) in cui la perdita di attacco presenta specifiche caratteristiche:

- si manifesta solo o prevalentemente a livello della superficie vestibolare dei denti;
- riconosce un'etiologia diversa dalla parodontite;

- non si associa a gravi perdite di attacco a livello delle superfici interprossimali dei denti.

Il segno clinico che tradizionalmente caratterizza la recessione gengivale e che spesso viene riconosciuto dallo stesso paziente è l'allungamento del dente. Questo è vero, ma non in assoluto. Infatti, il concetto di "dente lungo = dente malato" è spesso causa di errori anche da parte del clinico. Il paziente generalmente nota la differenza che esiste tra due denti adiacenti e, più frequentemente, lamenta come anomalo il dente più lungo. Da parte del clinico la prima cosa da valutare è se concretamente il dente considerato "lungo", è effettivamente più lungo di quello che dovrebbe essere. Solo in questo caso, infatti, esiste la possibilità di ricoprirlo con i tessuti molli per "accorciarlo".



Per poter affermare che un dente è più lungo del normale è necessario riconoscere l'esposizione della radice che normalmente si differenzia dalla corona per il colore (il cemento o la dentina radicolare sono generalmente più gialli e scuri dello smalto)

o evidenziare la linea di passaggio tra la radice e la corona. Tale linea è leggermente rilevata, presenta un andamento festonato e viene detta giunzione smalto-cemento (CEJ).

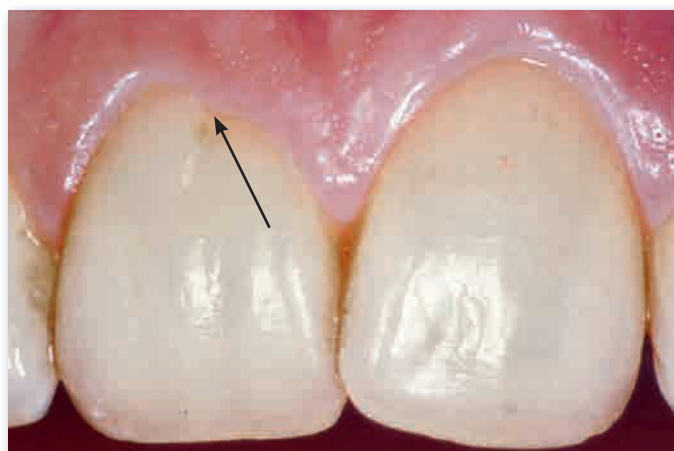
Quando a livello del dente “lungo” non si evidenzia la CEJ o la radice e tutta la superficie vestibolare è caratterizzata da smalto, non siamo sicuramente in presenza di una recessione gengivale e, quindi, non si dovranno eseguire chirurgie mucogengivali di “ricopertura radicolare”. In presenza di una diversa lunghezza tra denti adiacenti è quindi probabile che il dente anomalo sia quello “corto”. Diverse sono le cause che portano all’instaurarsi di questa anomalia. La più frequente è detta “eruzione passiva alterata”. Con questo termine si intende la mancata contrazione apicale della gengiva al momento dell’eruzione dentaria. Quando il dente permanente in eruzione raggiunge il contatto con il dente antagonista, la gengiva marginale comincia a contrarsi fino a che il suo margine non raggiunge la posizione fisiologica, circa

1 mm coronale rispetto alla CEJ. Questo processo si completa in tempi piuttosto lunghi (diversi anni) e non avviene contemporaneamente su tutti gli elementi dentari del bambino. Per cui può succedere che, in un dato momento, l’eruzione passiva sia completata in un dente ma non lo sia ancora del tutto in quello adiacente. Ne risultano lunghezze di corone cliniche talora molto diverse tra denti adiacenti. Il fenomeno avviene durante la fase eruttiva ed è assolutamente fisiologico e prende il nome di “eruzione passiva ritardata”. Esso si manifesta con maggior frequenza a livello degli incisivi inferiori.

Talora, anche nel soggetto adulto vi sono denti in cui l’eruzione passiva non si è completata. In questo caso si parla di “eruzione passiva alterata”. Il fenomeno può manifestarsi in più modi: può interessare



contemporaneamente tutti i denti della bocca, sia a livello vestibolare che palatale/linguale; oppure, in altri casi, sono interessate solo alcune aree della dentatura e, in altri ancora, può essere colpito un solo dente, dal solo lato vestibolare. Nelle forme localizzate la causa è rappresentata spesso da un’anomalia dei tessuti duri del dente (proiezioni di cemento o dentina sulla corona anatomica o difetti dello smalto, *freccia*). La diagnosi in questo caso è facilitata dal fatto che il margine gengivale non presenta il normale andamento festonato e spesso sono evidenti le anomalie dei tessuti duri dentali.





Quando l'eruzione passiva alterata interessa tutta la bocca la causa è sconosciuta. In questi casi può succedere che su uno o più denti (spesso per un traumatismo igienico locale o per la reazione infiam-

matoria dovuta ad un accumulo sottogengivale di placca batterica) il margine gengivale raggiunga la sua posizione fisiologica, apparendo sensibilmente più lungo degli altri denti (*frecce*).

2



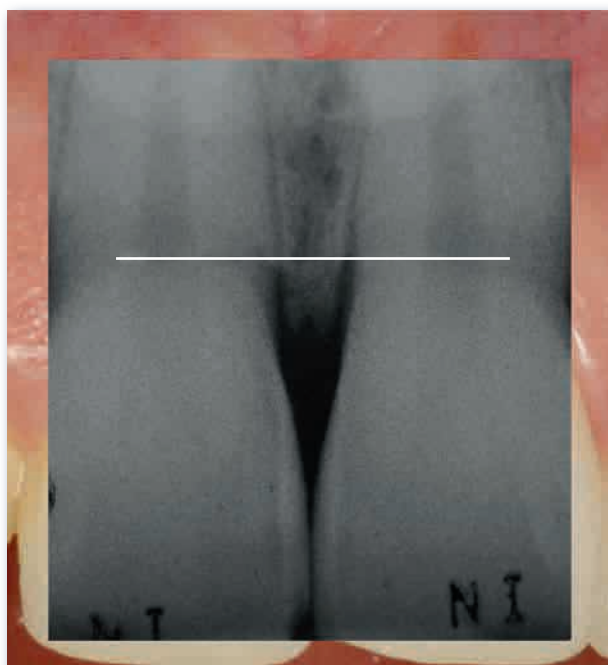
In questo caso è frequente formulare una diagnosi errata di recessione gengivale.

Sarà l'assenza della CEJ sulla parete vestibolare del dente lungo a far sospettare l'eruzione passiva alterata sui denti adiacenti. Per la diagnosi di certezza dell'eruzione passiva alterata bisogna escludere anomalie di forma dei denti (rare a livello degli incisivi laterali e rarissime a livello di incisivi centrali e canini) e individuare la CEJ sul dente/i corto/i. Ciò non è semplice per due ragioni: la prima è che la gengiva vestibolare è quasi sempre "attaccata" con un epitelio giunzionale lungo alla superficie dello smalto e quindi non è sondabile (la presenza

di pseudo-tasche vestibolari sugli elementi corti facilita notevolmente la diagnosi di eruzione passiva alterata); la seconda è che nei denti con eruzione passiva gengivale la cresta ossea vestibolare si trova spesso più coronale della CEJ (eruzione passiva ossea) e quindi non è possibile sondare la CEJ, anche in presenza di pseudo-tasche vestibolari. Anche il *sounding* (sondaggio in anestesia) vestibolare, spesso raccomandato per la diagnosi dell'eruzione passiva alterata, non consente di distinguere la CEJ dalla cresta ossea, specie quando queste sono vicine (distanza \leq 1 mm) (vd Capitolo 29: "Eruzione passiva alterata").

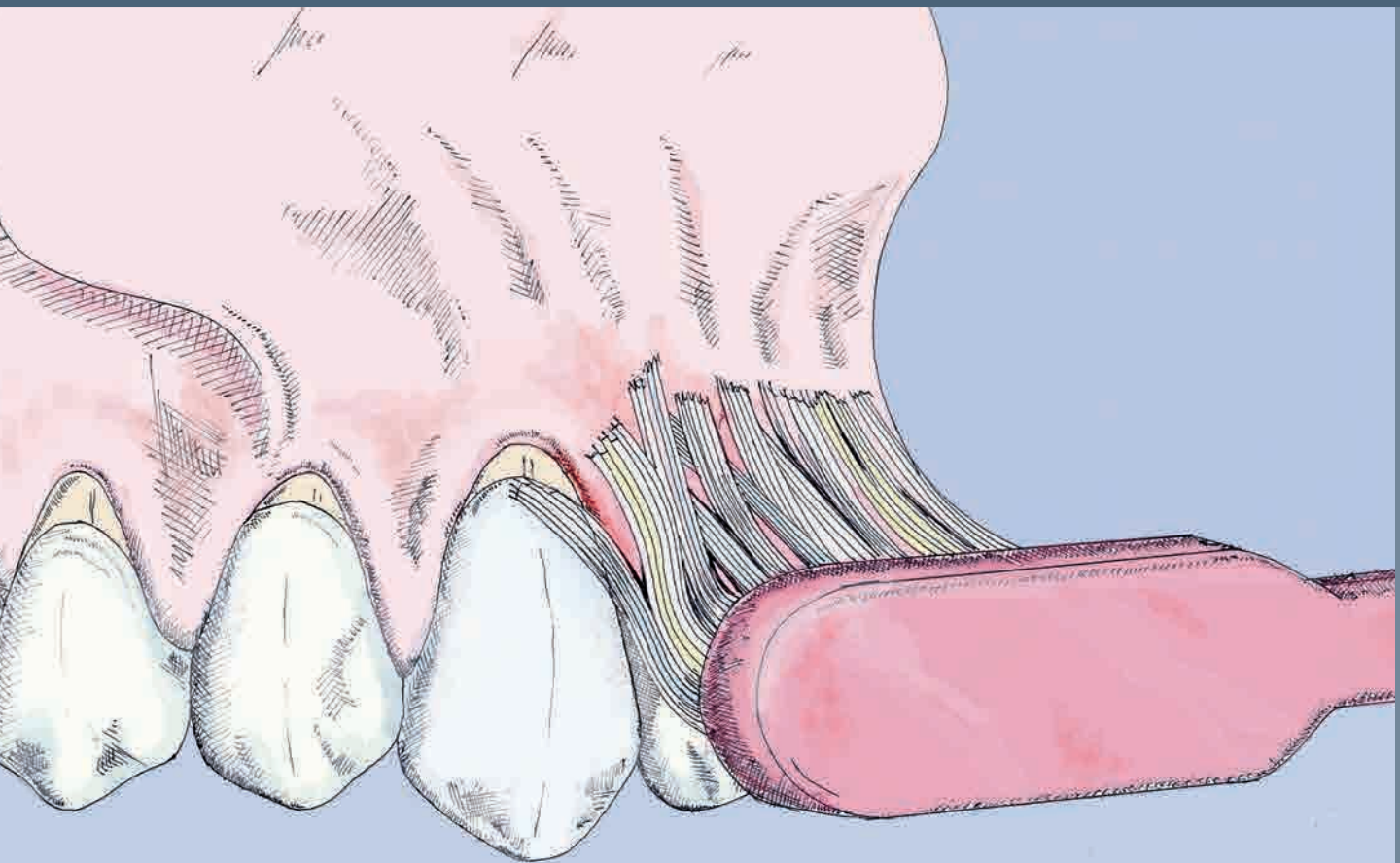


Di grande utilità ai fini della diagnosi di eruzione passiva è la radiografia endorale, eseguita con la tecnica parallela e il centratore di Rinn. Se i due denti che hanno diversa lunghezza della corona clinica, radiograficamente hanno la CEJ allo stesso livello, la diagnosi di eruzione passiva alterata nel dente con corona clinica corta è certa.



EZIOLOGIA DELLE RECESSIONI GENGIVALI

3



3

TRAUMATICHE

TRAUMA DA SPAZZOLAMENTO
TRAUMA DA FILO INTERDENTALE
TRAUMA DA PIERCING
TRAUMA ORTODONTICO
TRAUMA DA OCCLUSIONE
TRAUMA DA PREPARAZIONE PROTESICA

BATTERICHE

MARGINALI
APICALI

VIRALI

MISTE

TRAUMATICHE/BATTERICHE