

CHIRURGIA PARODONTALE RIGENERATIVA IN ZONA ESTETICA: E' SEMPRE NECESSARIO IL BIOMATERIALE? PRESENTAZIONE DI UN CASO CON 25 ANNI DI FOLLOW-UP

Sacchetto L, Martini A, Cattozzo A & Piccoli P.

Obiettivi

Il Case Report tratta del recupero di 2.2 con grave compromissione parodontale (responsabile della necrosi endodontica dello stesso) e follow-up di 25 anni. La patogenesi parodonto-endodontica era da attribuirsi alla presenza di una fissurazione radicolare localizzata sul versante palatino con un sondaggio esteso all'apice. Si è optato per un approccio conservativo dell'elemento, applicando una matrice per compartimentazione tissutale disponibile nel 1993, anno in cui è stato eseguito l'intervento (1).



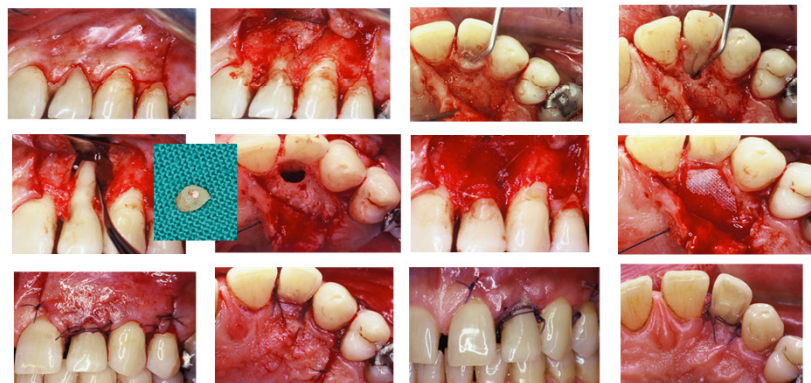
Situazione iniziale a Maggio 1993

Materiali e metodi

Nel settembre 1993 viene inviato alla nostra osservazione un paziente maschio, quarantenne, non fumatore, che lamenta mancata guarigione di estesa lesione periradicolare rilevata radiologicamente a carico dell'elemento 2.2 trattato endodonticamente nel dicembre 1991. Il sondaggio centro-palatino è di 12 mm in corrispondenza di una irregolarità della superficie radicolare. Tale condizione, non rilevata dal collega endodontista, era la causa primaria della necrosi paucisintomatica a lenta evoluzione dell'elemento.

Vista la precisa richiesta del paziente di mantenere il proprio dente, si è deciso di procedere con un approccio chirurgico parodontale riparativo del difetto passante a tre pareti, con tecnica di compartimentazione e rigenerazione osseo-parodontale. L'accesso chirurgico alla lesione, eseguito con risparmio della papilla, ha permesso l'exeresi del tessuto infiammatorio epitelio-connettivale, la bonifica radicolare con scaling aggressivo e l'eliminazione per sottrazione del difetto morfologico presente (fissurazione radicolare). Contestualmente, è stata anche eseguita un'apicectomia "profilattica".

Il difetto infraosseo palatale e la fenestrazione chirurgica vestibolare sono stati trattati con 2 membrane GUIDOR, membrane a lento riassorbimento a base di acido polilattico e un estere dell'acido citrico.



Degradazione del difetto e riparazione utilizzando una membrana Guidor sul versante palatale e una sul versante vestibolare. Contestuale apicectomia "profilattica". (Ottobre 1993)

Risultati

Il follow-up clinico e radiografico a 25 anni di distanza evidenzia la progressiva riparazione del difetto, la parziale rigenerazione del complesso legamento-osso alveolare, la normalizzazione della morfologia muco-gengivale con incremento della mucosa aderente e un sondaggio circumferenziale nella norma.

Il caso presentato dimostra come la corretta individuazione del fattore causale e la pianificazione del trattamento adeguato possano portare a risultati predicibili. La rigenerazione parodontale, da sempre considerata procedura difficile ed operatore dipendente, può essere ottenuta rispettando gli assiomi della biologia ossea, che si riassumono nel concetto di "coagulo stabile", che rimanga indisturbato, senza venire colonizzato da tessuti a più rapido turn-over.

Da qui, la necessità di un device in grado di compartimentare la lesione ossea dalla componente epitelio-connettivale (2). La matrice GUIDOR, infatti, ha una configurazione asimmetrica: il lato esterno entra a contatto con i tessuti molli e si lascia colonizzare dai fibroblasti senza lasciarsi superare, mentre il lato interno, adatto al contatto con il coagulo, comportandosi da matrice spaziatrice crea lo spazio necessario per la rigenerazione parodontale.

L'adattabilità della matrice, la sutura incorporata nel dispositivo, il tempo di riassorbimento e la compatibilità biologica, hanno reso la procedura praticabile e prevedibile, a differenza di matrici (definite membrane) di generazione precedente, presenti sul mercato in quegli anni.

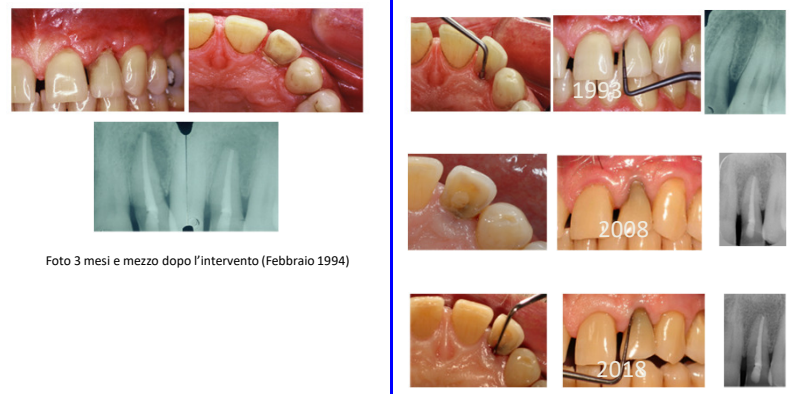


Foto 3 mesi e mezzo dopo l'intervento (Febbraio 1994)

Conclusioni

Nei difetti ossei già di per sé contenitivi, come nel Case Report qui presentato, il coagulo, lasciato indisturbato, è già per sua stessa natura un bioreattore capace di garantire la rigenerazione ossea (3). In quest'ottica, risulta essere fondamentale la funzione barriera svolta dalla membrana. Idealmente, se si disponesse di una membrana capace di garantire un mantenimento di forma tridimensionale (come le membrane in ptfe rinforzate in titanio) senza collassare nel difetto, e risultasse riassorbibile e poco suscettibile alle infezioni, come lo sono le membrane in collagene nativo (4), si potrebbero ottenere risultati di GBR eccezionali. L'utilizzo dunque di più membrane, con funzioni diverse ma complementari, o di uno stesso dispositivo che in sé racchiude più funzioni, come nel caso della membrana utilizzata nel presente Case Report, permetterebbe di migliorare l'outcome rigenerativo, riducendone i rischi e le complicanze (5).

Bibliografia

- 1) Lundgren D, Mathisen T, Gattlow J. The development of a bioresorbable barrier for guided tissue regeneration. *J Swed Dent Assoc.* 1994; 86: 741-746
- 2) Scantlebury TV. 1982-1992: a decade of technology development for guided tissue regeneration. *J Periodontol.* 1993; 64:1129-37
- 3) Sculean A, Nikolidakis D, Nikou G, Ivanovic A, Chapelle IL, Stavropoulos A. Biomaterials for promoting periodontal regeneration in human intrabony defects: a systematic review. *Periodontol* 2000. 2015 Jun;68(1):182-216
- 4) Paul BF, Melloning JT, Towle HJ 3rd, Gray JL. Use of collagen barrier to enhance healing in human periodontal furcation defects. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1992; 12: 123-131
- 5) Urban I. Aumento orizzontale e verticale di cresta. *Nuove prospettive.* 2018. Quintessence Publishing. Pg 117-145.