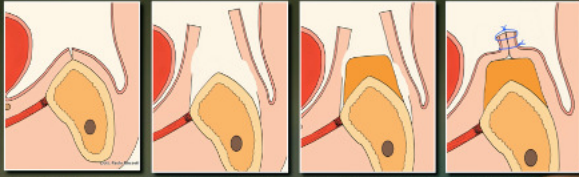


Surgical Anatomy of the lingual Flap in Guided Bone Regeneration Procedures: Report of three Cases

Dr. Paolo Rossetti, DDS, private practice, Milan, Italy
email: p.rossettimilano@gmail.com



Nelle procedure di GBR la passivazione dei lembi è necessaria per ottenere una copertura dell'innesto che sia priva di tensione.

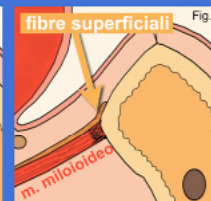
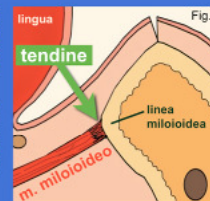
Alcuni autori hanno recentemente descritto la possibilità di ottenere una importante passivazione del lembo linguale mediante l'interruzione chirurgica di un fascio di fibre muscolari presente nel lembo stesso (Tinti, Parma 2007; Ronda, Stacchi 2011). L'anatomia di tali fibre rimane tuttavia poco documentata in letteratura.

Nel presente report, attraverso l'esecuzione di tre procedure di GBR, si documenta il dettaglio anatomico di queste fibre muscolari ed il loro rapporto con il mucoperiostio linguale.

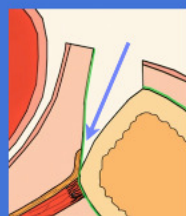
Viene inoltre illustrata la possibilità di separare le fibre dal corpo principale del muscolo miloioideo (di cui fanno parte), per ottenere l'avanzamento coronale del lembo. Questa procedura permette anche di rendere clinicamente evidenti queste fibre, requisito indispensabile se si desidera procedere alla loro interruzione.

Secondo la descrizione anatomica classica il muscolo miloioideo ha origine sulla superficie mediale della mandibola in corrispondenza della linea miloioidea attraverso il suo tendine (fig.1).

In realtà, in area molare, si osserva che le fibre muscolari più superficiali (fig.2) del muscolo miloioideo originano più coronalmente rispetto alla linea (2-4mm) e sono sprovviste di tendine, ancorandosi direttamente al periostio linguale.



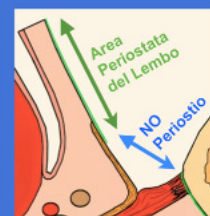
Il lembo linguale viene scollato con una incisione crestale a spessore totale in gengiva cheratinizzata, che prosegue distalmente risalendo per 1 cm sul margine anteriore del ramo della mandibola e mesialmente nel solco dei tre denti adiacenti.



Dopo avere scollato il lembo linguale sino alla linea miloioidea, è possibile osservare l'origine delle fibre superficiali del muscolo miloioideo, ancorate al periostio alla base del lembo. In questa fase le fibre sono clinicamente poco visibili.



Continuando con il gesto dello scollamento alla base del lembo ed esercitando sul lembo una trazione coronale, si determina la lacerazione del periostio (rilascio periostale) e la separazione delle fibre superficiali del muscolo miloioideo dal piano muscolare profondo. Il lembo in questo modo si coronizza e le fibre muscolari diventano clinicamente molto evidenti.



Individualiamo così sulla superficie interna del lembo un'area periostata ed un'area non periostata. Il lembo si può quindi ritenere a spessore misto.

Solo adesso, che le fibre muscolari sono esposte, è possibile ottenere un ulteriore incremento della passivazione interrompendole.

Lo scollamento del lembo linguale rivela le fibre muscolari del muscolo miloioideo.



Linea di separazione tra le fibre superficiali e quelle profonde

Le fibre muscolari superficiali vengono raccolte con uno strumento smusso.

Le fibre muscolari superficiali vengono separate dal piano del muscolo miloioideo e stirate.

Lembo linguale passivato.

Lembo linguale elevato

L'inserzione periostale delle fibre muscolari superficiali traspare alla base del lembo

Inizio della lacerazione periostale

Dettaglio

Fibre muscolari superficiali raccolte e separate

Lembo linguale passivato



Caso B1: donna, 75 anni, edentulia di lunga data in sella mandibolare di destra, con difetto osseo verticale.

Caso B2: donna, 75 anni, edentulia di lunga data in sella mandibolare di sinistra, con difetto osseo verticale e orizzontale.

Caso A: uomo, 60 anni, edentulia in sella mandibolare di sinistra, con difetto osseo verticale e permanenza del terzo molare.

CASI: Si presentano tre interventi di GBR nei settori mandibolari posteriori, eseguiti utilizzando membrane in pte rinforzate in titanio (Cytoplast), osso omologo corticale (Puros, casi B1 B2) ed osso eterologo (Equimatrix, caso A), con contestuale inserimento di impianti. Nei tre casi la passivazione del lembo linguale è stata ottenuta con un approccio originale, che prevede la lacerazione del periostio linguale e la separazione delle fibre superficiali del muscolo miloioideo dal piano muscolare profondo. A distanza di 6 mesi si è provveduto alle seconde chirurgie per rimuovere le membrane e connettere le viti di guarigione.

RISULTATI: Gli esiti delle procedure sono stati esenti da complicanze, gli 8 impianti si sono osteointegrati ed i difetti ossei sono stati ripristinati dalla gbr.

CONCLUSIONI: la separazione delle fibre muscolari superficiali dal corpo del muscolo miloioideo, previa lacerazione periostale, ha consentito nei tre casi presentati una sufficiente passivazione del lembo linguale.

Disponibile anche su:

osteocom.net > osteoblog > clinicalblog > anatomia chirurgica del lembo linguale (Giugno 2012)