

# Chirurgia mucogengivale

## Definizione e obiettivi della chirurgia mucogengivale

Nel 1957 Friedman introdusse il termine di *chirurgia mucogengivale* per indicare tutte quelle «procedure chirurgiche volte alla preservazione della gengiva aderente, alla rimozione di frenuli aberranti e allo spostamento delle inserzioni muscolari per aumentare la profondità del fornice vestibolare»; per molti anni, quindi, l'obiettivo primario della chirurgia mucogengivale fu quello di aumentare la quantità dei tessuti cheratinizzati intorno agli elementi dentari.

Successivamente, la letteratura scientifica e la pratica clinica dimostrarono che la carenza di gengiva aderente intorno a un elemento dentario non costituiva più una valida indicazione all'intervento, poiché comunque compatibile con uno stato di salute parodontale; questo cambio di paradigma restrinse il campo di applicazione della terapia chirurgica mucogengivale ai casi con valenza estetica (recessioni gengivali) e a quelli con ipersensibilità dentinale refrattaria ai trattamenti più conservativi. Alla luce dei nuovi orientamenti, nel 1993 Miller definì allora come *chirurgia plastica parodontale* l'insieme delle «procedure chirurgiche impiegate per prevenire o correggere difetti a carico della gengiva e della mucosa alveolare di origine anatomica, di sviluppo, traumatica o causati dalla malattia parodontale»; questa definizione venne definitivamente ratificata nel *World Workshop on Periodontology* del 1996.

Qualche anno più tardi, nel *Glossary of Terms in Periodontology 2001* la chirurgia mucogengivale viene descritta come l'insieme delle procedure chirurgiche «designate alla correzione di difetti nella morfologia e nella posizione del margine gengivale, poiché i difetti a carico della gengiva e della mucosa alveolare possono accelerare il decorso della malattia parodontale o interferire con l'esito della terapia parodontale». Più recentemente, è stata proposta un'ulteriore definizione secondo la quale «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 sono anche l'incremento di volume e altezza gengivale intorno a elementi protesici o impianti e il riempimento di sostanza delle selle edentule» (Box 6.1).

Argomento di questo capitolo sarà l'impiego della chirurgia mucogengivale relativamente alla terapia delle recessioni gengivali.

**Box 6.1**

La definizione più recente e sicuramente più completa di ciò che rappresenta oggi la chirurgia estetica mucogengivale e di quali siano i suoi attuali obiettivi, relativi sia a elementi naturali sia a impianti osteointegrati, è stata data da Giovanni Zucchelli nel suo libro di testo: "Chirurgia Estetica Mucogengivale".

**Bibliografia**

Zucchelli G. *Chirurgia Estetica Mucogengivale*. Rho (MI): Quintessenza Edizioni; 2012, p. 2.

**Indicazioni alla terapia delle recessioni gengivali**

L'opportunità di ricoprire una recessione gengivale presente su uno o più elementi dentari è subordinata a diversi fattori; in questo senso, riconosciamo quindi indicazioni legate a richieste estetiche da parte del paziente, a fenomeni di ipersensibilità dentinale a carico di uno o più elementi dentari, alla necessità di incrementare localmente una condizione di scarsa gengiva aderente tale da rendere difficoltosa l'igiene orale e alla presenza di lesioni cervicali che possono essere di origine cariosa o non cariosa.

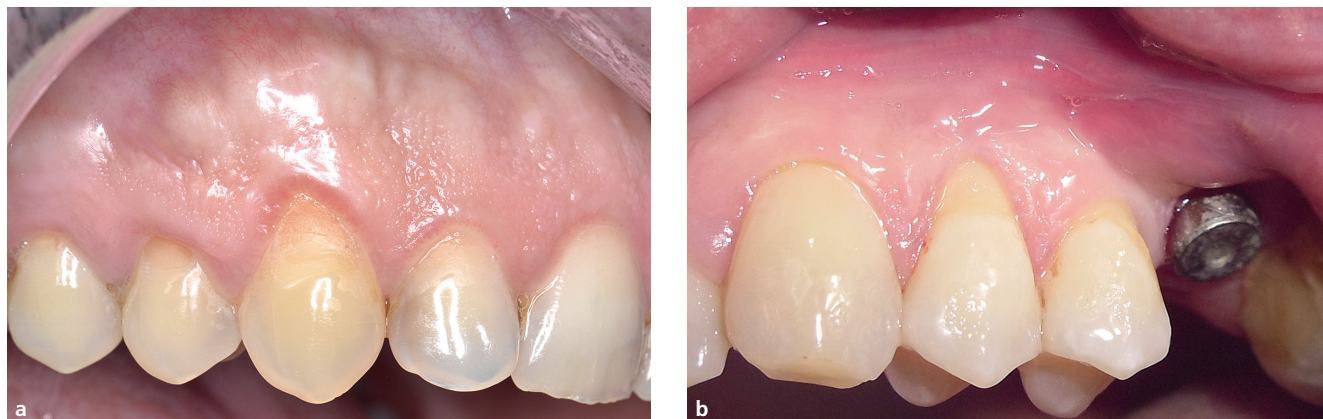
**Motivazioni estetiche**

Le motivazioni estetiche rappresentano la principale indicazione alle procedure di ricopertura radicolare: il paziente percepisce l'elemento dentario affetto da una recessione gengivale (il cosiddetto "dente allungato") come un elemento sgradevole, che disturba l'armonia del sorriso; questa preoccupazione è particolarmente evidente in quei casi caratterizzati da un'ampia esposizione dento-gengivale (High Smile Line) (Fig. 6.1a).

**Sensibilità dentinale**

La presenza di recessioni gengivali, pur se di piccola entità, è frequentemente associata a sensibilità termica al caldo o al freddo; oltre a costituire motivo di discomfort per il paziente, questo può impedire la corretta esecuzione delle manovre di igiene orale relativamente agli elementi interessati (Fig. 6.1b).

Se mediante approcci di tipo meno invasivo (es. applicazione di sostanze desensibilizzanti o ricostruzione con resina composita) non è possibile raggiungere la risoluzione del problema, la terapia chirurgica mucogengivale (da sola o in combinazione



**Fig. 6.1** (a) Recessione gengivale a carico dell'elemento 1.3 in paziente con elevato display gengivale; (b) recessione gengivale a carico dell'elemento 2.4 associata a ipersensibilità dentinale.



**Fig. 6.2** (a) Recessione gengivale a carico dell'elemento 1.3: si evidenzia una ridotta quantità di tessuto cheratinizzato; (b) recessione gengivale a carico dell'elemento 3.4 associata a lesione cariosa cervicale.

con la terapia conservativa) si rivela come la più indicata, soprattutto se l'elemento coinvolto è in zona estetica.

#### **Aumento di tessuto cheratinizzato**

Come già detto precedentemente, una ridotta quantità di tessuto cheratinizzato non costituisce di per sé una condizione incompatibile con uno stato di salute parodontale, a meno che questa condizione anatomica impedisca localmente la corretta esecuzione delle manovre di igiene orale; per esempio, in presenza di una recessione profonda che raggiunga la giunzione mucogengivale, l'azione degli strumenti di igiene orale può frequentemente evocare dolore e sanguinamento localizzato, con conseguente abbandono della corretta igiene orale da parte del paziente, timoroso di provocare un danno (Fig. 6.2a).

#### **Lesioni corono-radicolari**

La presenza di carie cervicali e/o di lesioni cervicali non cariose (Non Carious Cervical Lesions, NCCL) su elementi dentari interessati da una recessione gengivale può impedire il corretto controllo di placca da parte del paziente, oltre a rappresentare una frequente causa di ipersensibilità dentinale; per questo genere di lesioni, la terapia elettiva è costituita da un approccio chirurgico o combinato (chirurgico-conservativo) (Fig. 6.2b).

### **Workflow in chirurgia mucogengivale**

Il percorso che il clinico deve necessariamente intraprendere prima di affrontare la terapia delle recessioni gengivali consiste nella formulazione di una corretta diagnosi, nel riconoscere e correggere i fattori eziologici che hanno portato alla comparsa della recessione gengivale e nel riconoscere e correggere i fattori che possono aver favorito l'insorgenza di tale patologia: questo processo è di fondamentale importanza, poiché necessario innanzitutto alla selezione della tecnica chirurgica più indicata e, in secondo luogo, a impedire la recidiva della recessione gengivale nel tempo.



**Fig. 6.3** Recessione gengivale a carico dell'elemento 2.3.

### Diagnosi delle recessioni gengivali

Le recessioni gengivali sono state descritte nel primo *European Workshop on Periodontology* del 1994 come lo «spostamento apicale del margine gengivale rispetto alla linea amelo-cementizia con esposizione di parte della radice dentaria» (Fig. 6.3). Per effettuare una corretta diagnosi di recessione gengivale sarà quindi necessario identificare in primo luogo la linea amelo-cementizia (Cemento-Enamel Junction, CEJ) allo scopo di poter riconoscere l'avvenuta esposizione radicolare e stabilire con certezza il massimo livello di ricopertura radicolare raggiungibile (Maximal Root Coverage, MRC); generalmente ciò è piuttosto semplice, ma in alcuni casi particolari (es. in caso di CEJ non leggibile, elementi dentari ruotati, eruzione passiva ritardata/alterata o, più raramente, anomalie di forma) questa imprescindibile fase può rivelarsi di non facile attuazione.

Va specificato che, in caso di recessioni su elementi dentari senza perdita di attacco interdentale, il MRC coincide con la giunzione amelo-cementizia (o CEJ) mentre, laddove presente una perdita di supporto interprossimale o in caso di denti ruotati e/o malposti, questa linea ideale si posizionerà necessariamente a un livello più apicale rispetto alla CEJ.

### Individuazione dei fattori eziologici e dei fattori favorenti

Le determinanti che possono portare all'insorgenza di una recessione gengivale sono distinte in due gruppi: fattori eziologici e fattori favorenti.

#### **Fattori eziologici**

Per quanto riguarda i fattori eziologici, le cause di recessione gengivale possono essere schematicamente distinte in tre gruppi:

- ✓ recessioni associate a trauma cronico;
- ✓ recessioni associate ad accumulo localizzato di placca batterica;
- ✓ recessioni come esito di malattia parodontale (Fig. 6.4).

FATTORI EZIOLOGICI		
TRAUMA CRONICO	ACCUMULO LOCALIZZATO DI PLACCA BATTERICA	ESITI DI MALATTIA PARODONTALE
Trauma da spazzolamento e/o filo interdentale Abitudini viziate (forcine, penne, piercing orale, pipa) Trauma da occlusione (???)	Placca e tartaro sopra- e sottogengivale Presenza di tasche vestibolari BOP+	Recessione gengivale + Perdita di attacco interprossimale

**Fig. 6.4** Fattori eziologici che caratterizzano l'insorgenza di recessioni gengivali.



**Fig. 6.5** Recessione gengivale associata a lesione cervicale non cariosa (NCCL).

#### ***Recessioni associate a trauma cronico***

Nella maggior parte dei casi, le recessioni gengivali sono tipicamente causate da un trauma cronico dovuto a spazzolamento incongruo e possono essere associate o meno alla presenza di lesioni corono-radicolari non cariose (NCCL) (Fig. 6.5).

In altri casi, le lesioni gengivali sono causate da un uso scorretto del filo interdentale e prendono il nome di ragadi gengivali o *cleft*.

Prima di essere sottoposti a terapia chirurgica, i pazienti che presentano recessioni causate da spazzolamento incongruo e/o da un uso scorretto del filo interdentale, pur presentando indici di placca e di sanguinamento generalmente bassi, devono innanzitutto essere istruiti a osservare corrette abitudini di igiene orale per evitare il rischio di una recidiva. Una particolare menzione va fatta a proposito del ruolo del trauma da occlusione: la correlazione tra l'esistenza di un trauma occlusivo (definito come alterazione del carico occlusale per precontatti o parafunzioni) e l'insorgenza di recessioni gengivali non è mai stato dimostrato in alcun modo; l'unica eccezione è rappresentata da un'occlusione di classe II div. 2 associata a un morso profondo, laddove il margine incisale degli incisivi superiori retroinclinati traumatizzati in maniera diretta il margine gengivale degli incisivi inferiori.

Un'altra causa di recessione gengivale è rappresentata da traumatismi diretti sul margine gengivale che vengono reiterati nel tempo (danno cronico inferto da penne, matite, forcine, graffette ecc.) così come la presenza di *piercing* intraorale: anche in questi casi la fonte del trauma deve essere assolutamente rimossa prima di intraprendere qualsiasi terapia chirurgica (Figg. 6.6 e 6.7).



**Fig. 6.6** Danno da *piercing* cutaneo sull'elemento 4.1.



**Fig. 6.7** Rimozione del *piercing* cutaneo.

#### ***Recessioni associate ad accumulo localizzato di placca batterica***

La presenza di recessioni gengivali è riscontrabile anche in pazienti con scarsa attitudine all'igiene orale: in questo caso le lesioni sono causate da un accumulo localizzato di placca batterica (generalmente sul versante buccale).

A testimonianza della loro origine infiammatoria, recessioni di questo tipo sono spesso caratterizzate dalla formazione di una tasca parodontale vestibolare oltre che dalla costante presenza di sanguinamento al sondaggio (Figg. 6.8 e 6.9).

I pazienti con recessioni gengivali causate da presenza di placca batterica possono essere trattati con successo, ma devono essere motivati all'igiene orale e trattati chirurgicamente solo dopo aver dimostrato di poter mantenere un controllo di placca ottimale.

#### ***Recessioni come esito di malattia parodontale***

Le recessioni gengivali possono anche rappresentare l'esito di malattia parodontale progressa (Fig. 6.10) o in fase attiva (Fig. 6.11).

In entrambi i casi, oltre alla recessione del margine gengivale, la distruzione dell'apparato di supporto coinvolge anche le zone interprossimali; come premesso, è necessario porre estrema attenzione in fase diagnostica, poiché la perdita di attacco interprossimale causata dalla malattia parodontale peggiorerà inevitabilmente la prognosi delle recessioni gengivali di questo tipo.



**Fig. 6.8** Recessione gengivale da accumulo di placca batterica.



**Fig. 6.9** Sondaggio della tasca a livello buccale.



**Fig. 6.10** Recessione gengivale come conseguenza di progressa malattia parodontale.



**Fig. 6.11 (a)** Recessione gengivale come conseguenza di malattia parodontale in fase attiva. (b-d) recessioni gengivali come conseguenza di malattia parodontale in fase attiva (perdita di attacco interprossimale).