

# Scheda Clinica

## TRATTAMENTO DELLE RECESSIONI GENGIVALI



Lembo trapezoidale ad avanzamento coronale (CAF) con innesto di matrice collagenica di origine equina.



Caso del Dott. Giacomo Tarquini  
Libero professionista in Roma, Italy  
g\_tarquini@libero.it

Per recessione gengivale si intende il processo di migrazione del tessuto parodontale in senso apicale rispetto alla giunzione amelo-cementizia con conseguente esposizione della superficie radicolare dei denti.

Questa condizione determina sia una compromissione estetica, con apparente allungamento della corona dovuta alla scoperta della radice del dente, che l'insorgenza di disturbi quali ipersensibilità dentinale, carie e accumulo di placca.

Il lembo ad avanzamento coronale (CAF) è tra le tecniche chirurgiche più predicibili nel trattamento delle recessioni. Prevede lo scollamento del margine gengivale ed il suo spostamento in direzione coronale a ricoprire le superfici radicolari esposte. Quando apicalmente al difetto non è presente un tessuto cheratinizzato sufficientemente rappresentato per ampiezza e spessore, la tecnica CAF viene eseguita posizionando sotto il lembo gengivale un innesto di tessuto connettivale sottocutaneo prelevato dal palato del paziente.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Langer, B. & Langer, L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. *J. Periodontol.* 56, 715-720 (1985).

## Materiali

Nel caso descritto è stata utilizzata la matrice collagenica di origine equina Xenomatrix (BCG-XC50, Arcugnano, Bioteck).

Si tratta di uno scaffold tridimensionale di dimensioni 15 x 30 x 4 mm idoneo per interventi di rigenerazione dei tessuti molli. Una volta innestato funge infatti da matrice biocompatibile in grado di essere ripopolata dalle cellule connettivali del paziente.

Si presenta come un patch di aspetto spugnoso e di densità omogenea sui due lati. Ne è consigliato l'impiego a secco, senza idratazione con soluzione salina. A contatto con il sangue, manifesta proprietà adesive che ne agevolano il posizionamento e la stabilizzazione.



**Fig. 1** – L'elemento 1.3 compromesso da una recessione gengivale associata ad una lesione cervicale non cariosa.



**Fig. 2** – Isolamento del campo con diga di gomma.



**Fig. 3** – L'elemento 1.3 dopo il restauro conservativo della porzione coronale della lesione.



**Fig. 4** – Incisione del lembo trapezoidale.



**Fig. 5** – Un passaggio dello scollamento del lembo a spessore differenziato (tecnica "split-full-split").



**Fig. 6** – Il sollevamento del lembo evidenzia la presenza di un'esostosi.

# TRATTAMENTO DELLE RECESSIONI GENGIVALI

Leombo trapezoidale ad avanzamento coronale (CAF) con innesto di matrice collagenica di origine equina.

## Chirurgia

Il caso descrive il trattamento di un paziente con recessione gengivale singola di classe I a carico dell'elemento 1.3 associata ad erosione cervicale non cariosa. Il piano di trattamento ha previsto un restauro conservativo della porzione cervicale della lesione e l'esecuzione di un lembo ad avanzamento coronale con innesto di matrice eterologa.

La perdita di sostanza a livello della corona dell'elemento compromesso è stata corretta utilizzando una resina composita fotopolimerizzante. Quindi è stato inciso e sollevato un lembo trapezoidale a spessore differenziato "split-full-split".<sup>2</sup> L'operazione ha evidenziato la presenza di un'esostosi che avrebbe potuto interferire con l'ottimale detensione ed il corretto riposizionamento del lembo. Si è pertanto provveduto alla sua rimozione chirurgica mediante inserto piezoelettrico.

Acopertura della porzione radicolare esposta è stata innestata la matrice collagenica Xenomatrix. Questo ha consentito di evitare il prelievo di connettivo sottocutaneo dal palato del paziente e di limitare il suo discomfort post-operatorio. La superficie radicolare è stata sottoposta a debridement mediante strumenti meccanici. La matrice in collagene è stata quindi ritagliata, posizionata sul difetto e fissata mediante suture a materassaio con un monofilamento non riassorbibile. Dopo aver verificato la buona passività del lembo, questo è stato spostato coronalmente assicurando un posizionamento di almeno 1 mm oltre la giunzione amelo-cementizia e quindi fissato lateralmente con un monofilamento non riassorbibile. Il follow-up clinico mostra il mantenimento del margine gengivale a diciotto mesi dall'intervento.

<sup>2</sup> Zucchelli, G., Amore, C., Sforza, N. M., Montebugnoli, L. & De Sanctis, M. Bilaminar techniques for the treatment of recession-type defects. A comparative clinical study. J. Clin. Periodontol. 30, 862-870 (2003).



**Fig. 7** - Rimozione dell'esostosi con inserto piezoelettrico; lo spessore ridotto dell'inserto consente osteotomie rapide e precise limitando la perdita di tessuto osseo.



**Fig. 8** - L'esostosi rimossa.



**Fig. 9** - La matrice collagenica Xenomatrix posizionata sulla superficie radicolare e fissata lateralmente con punti a materassaio.



**Fig. 10** - Avanzamento coronale del lembo oltre la giunzione amelo-cementizia. I capi della sutura giacciono esternamente al lembo per consentirne la rimozione.



**Fig. 11** - Sutura del lembo con suture non riassorbibili.



**Fig. 12** - Follow up a diciotto mesi. Si evidenzia il mantenimento della ricopertura radicolare completa e l'ispessimento della banda di tessuto cheratinizzato.