Scheda Clinica

RIGENERAZIONE PARODONTALE A CARICO DI DUE ELEMENTI AFFETTI DA PARODONTOPATIA GRAVE

Utilizzo di un innesto granulare di origine equina in combinazione con un gel di amelogenine.

Caso del Dott. Francesco Bellucci
Libero professionista ad Avellino, Italia
infostudiobellucci@gmail.com

Nei soggetti più a rischio, la risposta infiammatoria alla colonizzazione batterica delle tasche gengivali può dare inizio alla parodontite, un processo distruttivo che porta alla perdita di parte del tessuto osseo e connettivale, così come alla migrazione apicale degli epiteli giunzionali.
A partire da una sintomatologia tipica della gengivite, caratterizzata da rossore, gonfiore e tendenza al sanguinamento, si osserva nel tempo un cambiamento significativo delle specie del biofilm, ove iniziano a predominare *A. actinomycetemcomitans*, nonché i batteri del complesso rosso e, in grado minore, quelli del complesso arancio. Il decorso della parodontite non è costante nel tempo e può variare da soggetto a soggetto, tuttavia nelle sue forme aggressive spesso progredisce fino alla perdita degli elementi interessati.
La terapia causale elimina il biofilm microbico e lo stato infiammatorio da esso generato, ma i difetti tessutali non saranno in grado di riparare spontaneamente. Da questo la necessità clinica di ricorrere ad interventi di rigenerazione che comprendano il processo alveolare, per giungere alla conservazione, per un tempo il più possibile lungo, degli elementi originariamente affetti dalla patologia. In questo contesto l'utilizzo di un innesto che possa essere rimodellato per via osteoclastica e sia dotato di significativa maneggevolezza può essere un importante ausilio nel raggiungimento del successo clinico a lungo termine. Altrettanto utile può essere l'utilizzo di gel a base di amelogenine per la loro azione a livello del legamento parodontale.

Materiali

Il caso illustrato ha previsto l'impiego di un sostituto osseo equino Bioteck composto di una miscela 1:1 di granuli spongiosi e corticali, del diametro di 0,5-1 mm (Osteoxenon, OX31) in abbinamento ad un gel a base di amelogenine (Emdogain, Straumann). La letteratura internazionale ha dimostrato come l'utilizzo di sostituti ossei in abbinamento a questa tipologia di gel ne migliori l'efficacia rigenerativa globale[1]. Il composto ottenuto agisce così in maniera ottimale sia a livello dei tessuti ossei che sul legamento parodontale.

L'innesto osseo utilizzato è stato ottenuto eliminando gli antigeni del tessuto equino di origine attraverso l'esclusivo processo enzimatico Zymo-Teck. Questo trattamento non altera la conformazione nativa del collagene osseo che è quindi presente nell'innesto nella sua conformazione quaternaria. La presenza di collagene nativo è uno dei fattori che rende l'innesto riconoscibile e rimodellabile dagli osteoclasti, permettendo il suo rimaneggiamento fisiologico e quindi la formazione di una quantità significativa di nuovo tessuto osseo.

1. Matarasso M. et al. Enamel matrix derivative and bone grafts for periodontal regeneration of intrabony defects. A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig*, 19(7), 1581-1593 (2015).

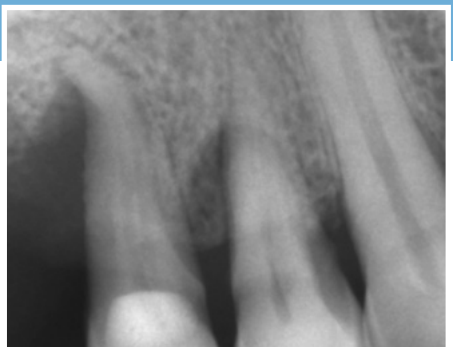

Fig. 1 *- Radiografia periapicale iniziale, il riassorbimento osseo, particolarmente grave all'apice dell'elemento 1.5, coinvolge anche l'elemento 1.4.*

Fig. 2 *– L'elemento 1.5 presenta una significativa profondità di sondaggio (10 mm).*

Fig. 3 *–Dettaglio del difetto periapicale a carico dell'elemento 1.5.*

Fig. 4 *– Aspetto palatale delle lesioni a carico di entrambi gli elementi 1.4 e 1.5.*

Fig. 5 *– Visione palatale dell'innesto dei granuli cortico-spongiosi miscelati al gel di amelogenine.*

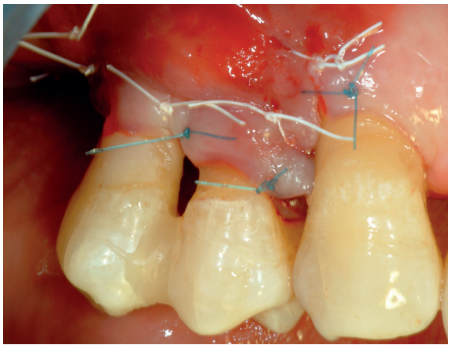

Fig. 6 *– Sutura al termine dell'intervento di rigenerazione.*

RIGENERAZIONE PARODONTALE A CARICO DI DUE ELEMENTI AFFETTI DA PARODONTOPATIA GRAVE

Utilizzo di un innesto granulare di origine equina in combinazione con un gel di amelogenine.

Chirurgia

Il paziente si presentava con una vistosa mobilità a carico dell'elemento 1.5. Alla prima visita si diagnosticava una parodontite cronica dell'adulto, mai trattata in passato, che aveva causato la perdita di alcuni elementi dentari e la presenza di tasche superiori a 5 mm in diversi settori della bocca. L'esame radiografico evidenziava due difetti infraossei a carico degli elementi 1.4 e 1.5. L'elemento 1.5, pur mobile e presentante un difetto significativo apicale, risultava ancora rispondere adeguatamente ai test di sensibilità. L'elemento veniva splintato e il paziente avviato alla terapia causale. A distanza di 40 giorni, la profondità di sondaggio distale era di 9 mm per l'elemento 1.4 e di 10 mm per l'elemento 1.5 (con perdita di attacco di 11 mm per il 1.4 e 14 mm per il 1.5). Si decideva quindi di eseguire una chirurgia rigenerativa mirata alla conservazione degli elementi preceduta dalla terapia canalare del 1.5. Al fine della rigenerazione, attorno all'elemento 1.4 si apriva un lembo attraverso la tecnica della preservazione semplificata della papilla, mentre distalmente al 1.5 si eseguiva un'incisione in cresta. Scheletrizzato e pulito il difetto utilizzando sia strumenti piezoelettrici che manuali, si sono trattate le superfici radicolari con gel a base di EDTA. Sul versante palatale dell'elemento 1.5 si è quindi allestito un lembo peduncolato per favorire la successiva stabilizzazione dell'innesto. L'innesto è stato preparato miscelando i granuli ossei col gel di amelogenine. Prima di eseguire l'innesto, le superfici radicolari sono state cosparse di gel amelogenico; si è quindi posizionata la miscela ossea precedentemente preparata. I lembi sono stati suturati con punti a materassaio interno orizzontali e poi punti staccati. Al controllo ad un anno si osservava una buona risoluzione a carico dell'elemento 1.4 ed il riempimento della porzione infraossea in posizione 1.5. Dopo 3 anni la situazione appariva migliorata da un punto di vista radiografico e i livelli dei tessuti erano stabili.

Fig. 7 *– Aspetto clinico (in alto) e controllo radiografico (in basso) ad un anno dall'intervento di rigenerazione ossea.*

Fig. 8 *– Aspetto clinico (in alto) e controllo radiografico (in basso) a due anni dall'intervento di rigenerazione ossea.*

Fig. 9 *– Aspetto clinico (in alto) e controllo radiografico (in basso) a tre anni dall'intervento di rigenerazione: i livelli ossei si mantengono inalterati nel tempo.*

Visita **www.bioteckacademy.com** per altre schede cliniche e per accedere alla sempre aggiornata letteratura scientifica.

Tutti i marchi sono registrati dai rispettivi proprietari