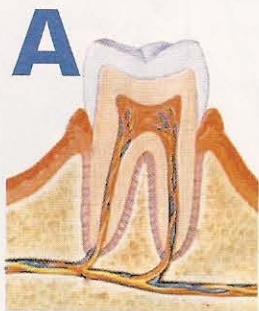


## Rigenerazione ossea: mito o realtà?

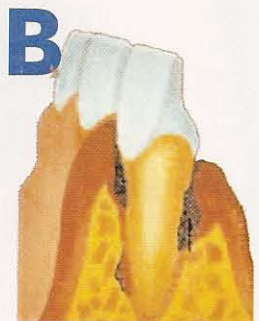
Una tecnica che ha permesso di ampliare la possibilità dell'implantologia anche in situazioni sfavorevoli

### La piorrea



Dente normale

La **piorrea**: è la *malattia parodontale* che interessa i tessuti di supporto dei nostri denti. I denti sono connessi all'osso tramite il ligamento parodontale, (FIBRE dis. A) che altro non è che un normale ligamento, come quelli presenti in altri distretti corporei, ma con funzioni diverse.



Dente con tartaro (marrone) e retrazione ossea e gengivale (malattia parodontale)

La malattia parodontale determina un progressivo riassorbimento del ligamento e dell'osso al quale è collegato, provocando, spesso, ma non sempre, l'allungamento dei denti (dis. B).

**D**a sempre e giustamente, i nostri pazienti hanno il terrore di una parola universalmente conosciuta in ambito odontoiatrico: **Piorrea**; avere la piorrea vuol dire, nella cultura dei più, essere destinati a perdere tutti i denti. "Dottore, i miei genitori hanno avuto la piorrea... anch'io posso averla? e i miei figli?" Sono queste domande che giornalmente ci vengono rivolte dai nostri pazienti ai quali oggi possiamo, fortunatamente, dare risposte rassicuranti basate su evidenze scientifiche. Talvolta i pazienti ci dicono: "dottore i denti si sono allungati"; in realtà è l'osso che si è ritirato e conseguentemente, ma non sempre, anche la gengiva. Può accadere che la gengiva non si retragga e i denti, pur avendo un aspetto del tutto normale, improvvisamente si spostino o diventino instabili, cioè cominciano a dondolare.

Non tutti sanno che non è la gengiva che sostiene i nostri denti, ma è l'osso il supporto fondamentale! La gengiva ha comunque una sua importante funzione e, in una prossima occasione, parleremo delle tecniche di ricostruzioni gengivali sia dal punto di vista funzionale che estetico.

### Le cause

La malattia parodontale riconosce cause diverse essendo una **malattia multifattoriale**; queste sono: *familiarità, fattori costituzionali, dietetici, situazione occlusale* (è più frequente nelle malocclusioni non trattate con ortodonzia), *igiene scadente*, infatti laddove vi è frequente presenza di tartaro più facilmente si presenta la malattia parodontale, ma causa di importanza rilevante è il **fumo**. È questa una malattia che si manifesta con maggiore incidenza nei fumatori rispetto ai non fumatori ove la terapia risulta più efficace; qualsiasi terapia chirurgica nel cavo orale è meno efficace e a maggior rischio se effettuata nel paziente fumatore rispetto al non fumatore.

### Le diverse forme

Vi sono molte forme di malattia parodontale, la più temibile è la forma giovanile, particolarmente aggressiva che, se non rapidamente trattata, determina la perdita degli elementi dentari coinvolti, già a 30 anni o poco più. Più frequentemente la malattia parodontale ha un decorso lento, subdolo, asintomatico per cui la scoperta può



## Tecnica ricostruttiva in un caso con evidente ritrazione ossea



**1** Zona incisivo laterale superiore destro con perdita del dente, riassorbimento osseo e gengivale



**2** Posizionamento delle capsule



**3** Stessa sede dopo ricostruzione ossea e posizionamento dell'impianto



**4** Sorriso del paziente

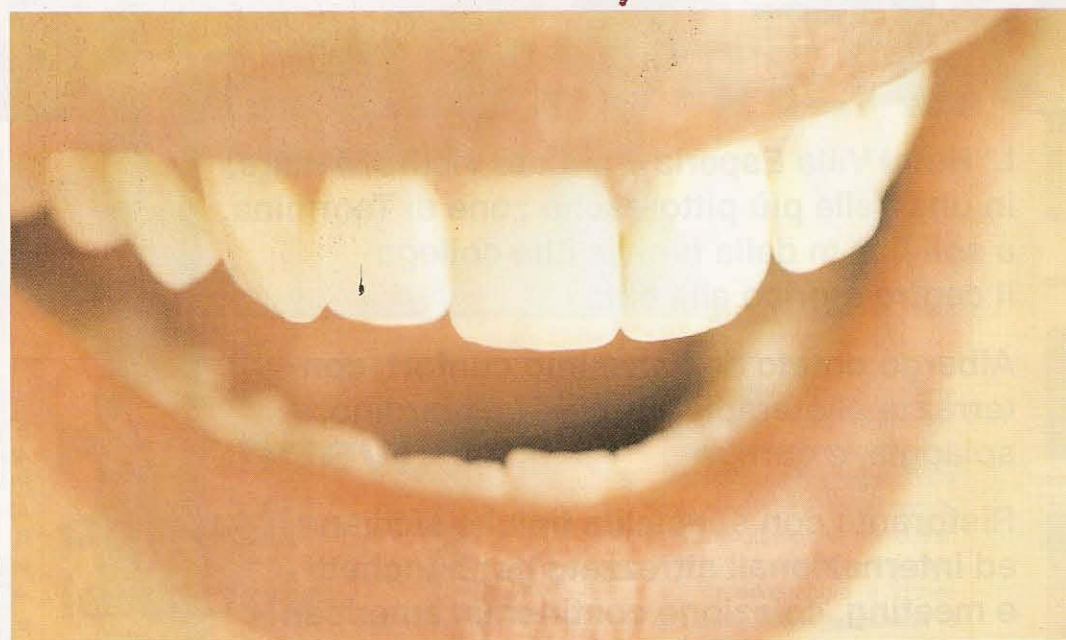
essere occasionale, mediante esami radiologici. La terapia è più efficace quanto più precoce è la diagnosi e quindi, quanto meno osso si è perduto. In un stato iniziale la terapia non chirurgica con sedute di igiene e di **curettaggio**, potrà essere sufficiente ed evitare o, comunque rallentare, la progressione della stessa. In fase avanzata di riassorbimento osseo, solo l'intervento chirurgico risulta efficace. Vi sono situazioni cliniche che prevedono l'applicazione di metodiche rigenerative, oltre di metodiche resettive; il nostro approccio e la nostra terapia, quindi, non sarà mai standardizzata, ma sarà in funzione della forma di malattia parodontale di ogni singolo caso.

### La rigenerazione dell'osso

Talvolta potremo, infatti, intervenire rigenerando l'osso perduto mediante l'utilizzo di **membrane** e di **biomateriali** o sostitutivi ossei in grado di permettere la neoformazione di osso laddove questo sia andato perduto, ottenendo una rigenerazione ossea ed un recupero della stabilità dentaria. Vi sono situazioni invece che richiedono un approccio terapeutico opposto e sono quelle in cui noi effettueremo una chirurgia resettiva, chirurgia che ci permette di "livellare" l'altezza ossea rendendola omogenea eliminando i picchi presenti, picchi e irregolarità in grado di provocare alterazioni della morfologia gengivale con facile accumulo di placca e infiammazione gengivale-ossea e conseguentemente retrazione ossea.

Notevoli risultati si ottengono ormai, anche in condizioni veramente critiche laddove si sia già perduto l'elemento dentario e, con esso, come sempre e rapidamente succede, anche l'osso nella stessa sede. È importante sapere che laddove si perde un dente anche l'osso corrispondente va incontro a riassorbimento e questo, oltre ad essere importante dal punto di vista funzionale, in quanto il riassorbimento osseo si estende sempre ai denti vicini, lo è anche dal punto di vista estetico perché queste retrazioni sono visibili e assolutamente antiestetiche (**foto 1**).

Attualmente le tecniche ricostruttive ci permettono di restituire ai nostri pazienti un risultato finale sovrapponibile alla situazione di partenza (**foto 2**,



**3, 4**); vero che saranno necessari degli interventi chirurgici talvolta estremamente limitati e assolutamente ambulatoriali, mentre altre volte si dovrà intervenire in sedazione o in anestesia generale per ripristinare gli ampi deficit derivanti da importanti infezioni, traumi o neoplasie.

### La provenienza del tessuto osseo

Se negli anni '80 e '90 era indispensabile per le ricostruzioni ossee prelevare dallo stesso paziente, ma in altre zone all'interno della bocca, o da altri distretti ossei extraorali, dell'osso per ricostruire i deficit presenti negli anni successivi sino ai giorni nostri si è visto come possa essere sovrapponibile, in molti casi, l'uso di sostitutivi ossei presenti in commercio e usualmente utilizzati sia nella chirurgia orale che ortopedica. Ecco che ampi deficit possono essere compensati senza dover intervenire in un altro distretto del paziente per prelevare dell'osso donatore.

Ovviamente non si può generalizzare per cui vi sono casi in cui il tessuto osseo del paziente è quello di prima scelta. Fortunatamente, ed è una

novità assoluta, esiste una banca dei tessuti in grado di offrire dell'osso omologo, adeguatamente selezionato e trattato, secondo principi simili a quelli con cui vengono scelti altri organi donatori; ecco come i casi di prelievo, dall'anca, dalla tibia, dalla teca cranica, siano ormai in progressiva ma netta diminuzione e come, per i nostri pazienti, si presenti un futuro sempre meno invasivo dal punto di vista chirurgico ed in grado di ridare una funzione ed un'estetica ottimale.

### A cura del Prof. Marco Finotti

Laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Ortognatodonzia a Padova. Prof. A.C. Università degli Studi di Padova. È stato docente in Chirurgia Parodontale e Implantoprotesi alle Università Popolari di Caserta e Milano. Libero professionista a Padova e Milano.

[www.agendasalute.com](http://www.agendasalute.com)