

ASPETTI PARODONTALI E PREORTODONTICI NELL'ESTRAZIONE DEGLI OTTAVI INCLUSI

DR. EDOARDO BERNKOPF

VICENZA 36100- Via Garofolino, 1 - Tel. e Fax 0444/545509

PARMA 43100 - Via Petrarca, 3 - Tel. e Fax 0521/236426

ROMA 00100 - Via Massaciuccoli, 19 Tel. 06/86380972

E-mail: edber@studiober.com Sito internet: www.studiober.com

Per molto tempo l'estrazione e la germectomia dell'8° inferiore incluso è stata considerata uno dei più classici interventi di chirurgia orale, di medio - alta difficoltà, da eseguirsi in ambiente per lo più specialistico.

Lo scopo unico dell'operatore era di giungere semplicemente all'estrazione del dente, l'incisione era puramente rivolta a dare accesso alla zona chirurgica e la sutura a garantire l'emostasi.

A mano a mano che il diffondersi della parodontologia faceva crescere presso i dentisti l'attenzione per nuovi concetti anatomico-chirurgici, anche nell'estrazione dell'ottavo incluso si è cominciato a capire che lo scopo vero dell'intervento non riguardava solo ciò che si doveva estrarre e che era destinato ad essere gettato (oggi smaltito) ma anche e soprattutto ciò che si lasciava, e cioè un'ideale architettura anatomo-parodontale nella zona del settimo dente e del trigono retromolare.

Scopo di questo breve lavoro è di illustrare una tecnica chirurgica che consenta un ottimo accesso alla zona dell'estrazione ed un rimodellamento ideale dell'architettura ossea e muco gengivale nella zona del trigono e del settimo dente.

L'indicazione principale della tecnica proposta è l'estrazione dell'8° per motivi ortodontici: infatti pochi minuti in più in sede chirurgica possono lasciare all'ortodontista che dovrà applicare al 7° dente dei dispositivi di attacco una situazione facilmente praticabile anziché una corona semisommersa dalla gengiva marginale e da un trigono retromolare ipertrofico. (Fig. 1)

Gli scopi che la tecnica si ripropone sono dunque i seguenti:

- 1) accesso ottimale alla zona chirurgica
- 2) eliminazione postchirurgica delle ipertrofie gengivali nella zona del 7°
- 3) eliminazione dei trigoni retromolari ipertrofici
- 4) liberazione ottimale della corona del 7°, utile all'applicazione dei dispositivi ortodontici.

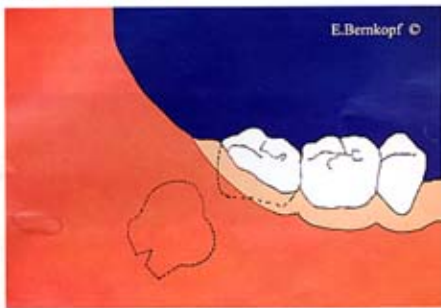


Fig. 1

INCISIONE

Classicamente le incisioni proposte dai vari Autori che hanno trattato l'argomento, si dividono in "a busta" e "triangolari" (cioè con incisione verticale liberatoria. Solo di queste ultime parleremo giacché le incisioni a busta, pur avendo il vantaggio di ridurre al minimo la cruentazione, offrono scarsa possibilità di accesso (e sono quindi poco indicate per le avulsioni precoci e basse tipicamente pre-ortodontiche) e non offrono la possibilità di contestuale gestione parodontale della zona chirurgica considerata.

Per favorire l'accesso chirurgico e garantire all'operatore una buona visibilità, il disegno del lembo triangolare prevede, invece, un'incisione verticale liberatoria. Tale incisione potrebbe cadere sia nella zona distale del 7°, sia a livello della radice stessa del 7° dente, sia nella zona interdentale tra 7° e 6°.

Quanto più mesialmente si colloca l'incisione verticale, tanto maggiore sarà la possibilità di accesso chirurgico, ma aumenterà di pari passo l'ipotetico danno parodontale, specie se si procede con uno scollamento a tutto spessore. Per questo l'incisione distale al 7° rimane indicata per otta-

vi superficiali e che, per conformazione anatomica, si presentino di facile avulsione.

Dovendo invece, nei casi più difficili optare per un lembo più ampio non riteniamo di consigliare un'incisione verticale che cada a livello radicolare del 7° dente, perché essendo l'osso in questa zona più sottile che in quella interdentale, il danno parodontale sarebbe tendenzialmente più grave, specie in presenza di conformazioni sfavorevoli del tronco del 7° dente.

Siamo soliti invece praticare l'incisione verticale nella zona tra 7° e 6°, incisione che può cadere sull'apice della papilla (incisione mediana), più mesialmente (incisione verticale paramediana mesiale) o infine più distalmente (incisione verticale paramediana distale). Trascurando quest'ultima opzione, che riteniamo quasi mai indicata, la scelta fra le prime due sarà influenzata dal grado di riposizionamento apicale che si intende conferire al lembo in sede di sutura, e quindi dal grado di mancata eruzione passiva del settimo dente cui si vuole avviare. In caso di incisione paramediana mesiale, si dovrà aver cura di cuarentare anche il versante mesiale della papilla, per rendere più rapida la guarigione per prima intenzione dopo la sutura (Fig. 2) e di incidere a mezzo spessore la papilla stessa per conservarne tutta la zona linguale e interdentale.

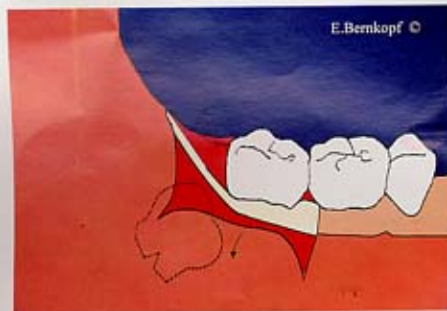


Fig. 2

Distalmente alla papilla si procede in senso mesio-distale con decorso sulculare fino alla zona distale del settimo (che risulta a volte accitata per l'emergere di una parte della corona dell'8°).

Giunti con l'incisione sulculare al centro della cresta marginale distale del 7° si procede in senso mesio-distale con un'incisione di circa 1 cm e mezzo o due che, a differenza delle precedenti zone, in cui giungeva fino al periostio e alla teca ossea, rimane invece superficiale.

A questo punto, inclinando il bisturi, si procede a sottominare i due lembi mucogengivali triangolari che ricoprono il trigono retromolare. Incidendo quindi alla base il trigono con il bisturi di Orban o di Goldman Fox N° 11 con atteggiamento orizzontale dalla lama, procedendo in senso disto-mesiale e aiutandosi con una pinzetta chirurgica che sollevi il trigono a mano a mano che si procede alla sua dissezione, si giunge con la lama a contatto della zona distale del settimo dente. (Fig. 3)

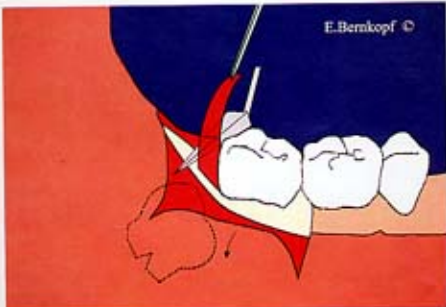


Fig. 3

Sarà agevole a questo punto rimuovere il trigono con una curette di Gracey N° 13-14 o più agevolmente con una curette di Pritchard.

L'accesso alla zona chirurgica, ed in particolare alla teca ossea che ricopre tutto o in parte la corona dell'8° da estrarre sarà resa possibile dallo scollimento a tutto spessore del lembo vestibolare.

Non è sempre necessario sollevare anche un lembo linguale, giacché solitamente l'ottavo si colloca in zona lievemente più vestibolare rispetto al settimo. In caso di presentazioni linguali, o soprattutto quando si voglia riposizionare apicalmente la gengiva linguale per migliorare anche in questa sede l'accesso ortodontico al settimo, si procederà con incisione sulculare procedendo disto-mesialmente fino alla zona della papilla tra 6° e 7°, dove si potrà praticare un'incisione verticale, operando come già descritto per la parte vestibolare. Nel disegno e nello scollimento del lembo linguale sarà ovviamente necessario prestare la massima attenzione per non ledere alla sua emergenza il nervo linguale.

Può essere invece a volte utile modificare il disegno standard del lembo vestibolare in funzione di particolari situazioni ortodontico-parodontali o chirurgiche che si presentino contestualmente alla necessità di estrazione dell'8°.

Ad esempio, nel caso illustrato in fig. 4-5 e fig. 6-7, il lembo vestibolare è stato esteso mesialmente a mezzo spessore e poi ancorato apicalmente per poter avere accesso al quinto ritenuto.

Nei casi di inclusione ossea totale è necessario rimuovere con una fresa a rosetta montata su manipoletto dritto il tessuto osseo che ricopre la corona dell'ottavo. Nei casi di inclusione parziale, con la medesima fresa o con una a fessura si può migliorare l'accesso al dente parzialmente già eretto. Oltre che nei casi di anomalie radicolari sfavorevoli e nei casi di impatto della cresta marginale degli 8° sotto l'equatore del 7°, siamo favorevoli a praticare l'odontotomia anche in tutti i casi di germectomia precoce per due motivi.

1) Il frazionamento del germe consente l'estrazione dei 2 o più frammenti da un'opercolazione più piccola e quindi con minor sacrificio di tessuto osseo: in particolare in questo modo si riesce a conservare un ponte di tessuto osseo distalmente al settimo, con ovvio vantaggio parodontale.

2) L'immediata odontotomia evita, durante le manovre di

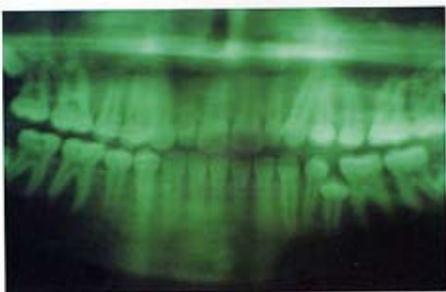


Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

estrazione, le difficoltà legate alla mobilità del germe, dovuta alla sua forma sferica. Infatti appena rimossa la teca ossea che lo ricopre, il germe mantiene una certa fissità dovuta ai tessuti molli che lo circondano.

In questa fase dunque la sua dissezione in due frammenti non presenta grande difficoltà anche attraverso un opercolo relativamente piccolo. Una volta praticata la germotomia, con l'aiuto di una leva dritta che viene attivata dal chirurgo all'interno della fessura precedentemente praticata con la fresa, la mobilità dei singoli frammenti sollecitati dall'uso delle leve sarà invece favorevole a facilitarne la rimozione. Le tecniche di odontotomia e di estrazione, comunque, sono ormai da molto tempo ampiamente codificate e non sono dunque oggetto del presente lavoro. Unica osservazione personale può essere l'indicazione all'uso della fresa Komet N° H7S-314-010 a peretta di tungsteno all'inizio della germotomia, e della N° 6879K-314-018 a chamfer diamantata per l'allargamento della fessura, quando la fresa precedente tenda ad impegnarsi e a bloccare la turbina. Con queste frese di usuale impiego in molte altre branche odontoiatriche, nella nostra esperienza si sono potuti ottenere ottimi e rapidi risultati senza ricorrere a frese chirurgiche speciali particolarmente costose.

In alcune germotomie, peraltro, può essere indispensabile l'uso di una fresa a fessura montata su un manipolo dritto.

SUTURA

Riteniamo che la sutura non sia solo l'epilogo finale di un atto chirurgico già concluso con l'estrazione, ma forse la fase che più qualifica l'intero intervento.

In questa fase, infatti, sfruttando la possibilità di scorrimento del lembo sollevato ai fini di accesso chirurgico lungo la linea di incisione liberatoria verticale, sarà possibile ottenere, attraverso il riposizionamento apicale del lembo stesso, ed il suo ancoraggio ai tessuti profondi, una maggiore esposizione della corona del 7° dente, specie nei casi in cui un'eruzione passiva non ancora conclusa e un certo grado di ipertrofia della gengiva marginale e del trigono retromolare renderebbero indaginoso per l'ortodontista la successiva applicazione di dispositivi di attacco, sia su bande che diretti.

E' a questo punto che si spiega l'indicazione sopra proposta dell'incisione verticale paramediana mesiale, con cruentazione del versante mesiale della papilla.

In questo modo, infatti, si aumenta la possibilità di riposizionamento apicale senza interrompere la banda di gengiva cheratinizzata. L'interruzione, infatti, andrebbe a determinare o a favorire la formazione di briglie mucose o frenuli parodontalmente e ortodonticamente sfavorevoli. (Fig. 8) In pratica l'entità del riposizionamento teoricamente possi-

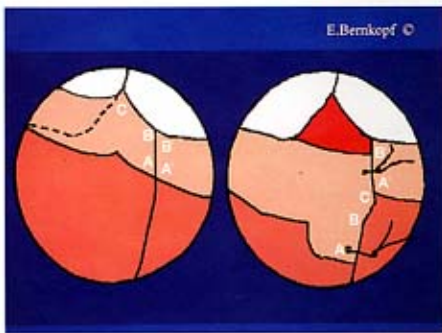
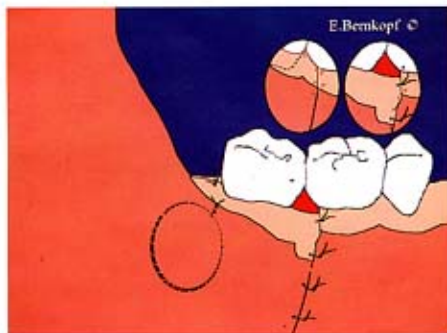


Fig. 8-9 (Confronta fig. 1): Si noti il riposizionamento apicale del lembo nella zona tra 6° e 7°, pur mantenendo la continuità della banda di gengiva aderente. Il punto distorcibile nella zona distovestibolare del settimo completa l'ancoraggio del lembo e consente una ottimale esposizione del dente per il successivo approccio ortodontico. La papilla tra sesto e settimo, cruentata dall'incisione, guarirà per seconda intenzione.

bile è data dalla somma delle lunghezze (Fig. 9) dei tre segmenti AB + BC e B'A' diminuiti di 2-3 mm circa, della lunghezza, cioè del segmento costituito dalle superfici cheratinizzate affrontate dopo la sutura. Si costituirà così un'ininterrotta banda di gengiva cheratinizzata e aderente, che si estenderà anche alla zona della papilla (precedentemente incisa a mezzo spessore e guarita, in seguito, per seconda intenzione).

L'incisione verticale paramediana mesiale e la cruentazione del versante mesiale della papilla tra 7° e 6° danno quindi la massima possibilità teorica di sfruttamento della banda di gengiva cheratinizzata, ai fini del riposizionamento apicale del lembo chirurgico scollato nella zona del 7°.

Altro aspetto molto importante della sutura è quello relativo alla zona del trigono. Specie in presenza di un trigono ipertrofico, si è già detto del suo trattamento chirurgico con incisioni sottominanti e della sua resezione.

Non è sempre agevole però rispettare con un'adeguata sutura l'architettura così individuata.

Infatti la necessità di accesso chirurgico a tutto spessore alla zona dell'8° rende molto difficile il mantenimento in que-

sto distretto di qualche zona periostale non scollata, cui ancorare la sutura, anche per le caratteristiche di estrema labilità che in queste zone mostra il periostio.

Ad evitare perciò il sollevamento dei due lembi, linguale e vestibolare, può essere utile ancorarne almeno uno alla teca ossea stessa, previa sua perforazione con una fresa a fessura sottile (Fig. 6). Tale manovra risulta velocissima, perché quasi sempre molto sottile è lo strato osseo che separa la superficie vestibolare e l'alveolo vuoto dell'8° estratto. Il punto, pur così tenacemente ancorato, sarà comunque di facile rimozione in prima settimana.

Grazie agli accorgimenti esposti, oltre a mantenere l'estrazione o la germectomia dell'8° ad un livello normale di difficoltà chirurgica, sarà possibile offrire all'ortodontista che interverrà successivamente la massima possibilità di approccio ortodontico con il settimo dente ed una situazione parodontale particolarmente adatta ad affrontare la successiva fase ortodontica (Fig. 10-11-12-13; caso clinico di germectomia prima e dopo l'intervento). Si noti la ottimale esposizione della corona del settimo, prima semisommessa, e la facilità del successivo approccio ortodontico.



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13

RIASSUNTO

Gli Autori descrivono una tecnica parodontale di accesso all'estrazione dell'ottavo dente incluso e di successiva sutura che, oltre ad offrire un'ampia visibilità per il chirurgo, consente di risolvere al meglio i problemi parodontali del settimo dente, specie nei casi di ipertrofia del trigono retro molare e di eruzione passiva incompleta: in questo modo il successivo approccio ortodontico al settimo dente (bandaggio o applicazione di attacco diretto) risulterà molto più agevole.

SUMMARY

The Authors illustrate an approaching periodontal surgical technique in impacted third molar extraction and consequent suture, which offers a wide overview to the surgeon and allows the best solution for the periodontal problems of second molars, especially when a hyperthrophy of retromolar triangle and passive eruption occur. The consequent orthodontic approach to the second molar (banding or direct bonding) will result much easier.

BIBLIOGRAFIA

- ARCURI C. - MOTTA A. - La chirurgia dei terzi molari - Carlo Erba Editore, 1992
 BISHATA S., ANDREASEN G. - Third molars: a review - Am. J. Orthod. 83 (2): 131-37, 1983
 FIELDING A. F. - DOUGLAS A. F. - WHITLY R.d. - Reasons for early removal of impacted third molars - Clin. prev. Dent 3:19, 1981
 GROVES B. - MOORE J. - The periodontal implication of flap design in lower third molar extractions. - The Dental Practitioner and Dental Record, 20:297-304, 1970
 KAMINISHI R.M. - DAVIS W.H. - NELSON - N.E., N.E. - Surgical removal of impacted mandibular third molars - Dental Clin. North. Am. 23:413, 1979
 LASKIN D.M. - Indication and contraindication for removal of impacted third molars - Dent. Clin North. Am. 13:919-928, 1969
 PANZONI E. - Chirurgia estrattiva - Masson Italia Editori, Milano, 1986
 OBSOM T.P. and others - A prospective study of complications related to third molar surgery - J. Oral Maxillofac. Surg. 43:767, 1985
 VAN SWAL R. - MEJIAS J. - Trattamento e prevenzione dei difetti ossei distali al secondo molare, dopo estrazione del terzo molare - Parodontologia e odontoiatria ricostruttiva n. 2, 1983
 WISE R. - Problematiche parodontali durante il trattamento ortodontico - Corso di aggiornamento - Syllabus, Vicenza 1993.

CORSO

LA PICCOLA CHIRURGIA PRE-ORTODONTICA E PRE-PROTESICA Rapporti fra Parodontologia e ortodonzia

Relatore: Dr. Edoardo Bernkopf

9 maggio 2009, CENTRO CORSI TARGET Arese (MI) - Via dei Platani, 6:
 La piccola chirurgia pre ortodontica. Relatore Dr. Edoardo Bernkopf. Segreteria scientifica:
 MEDICAL SERVICES via Airoldi, 11 - 22060 Carimate (Co) Tel. 031 789983 fax 031 789903
 e-mail: info@medicalecmservices.com