

LA TECNICA DEL «DOPPIO LEMBO» NELL'OPERCOLAZIONE DEL CANINO INCLUSO PALATINO

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 Massaciucoli, 19 Tel. 06/86380972
E-mail: edber@studiober.com Sito internet: www.studiober.com
EDUARDO BERNKOPF **
VANNA BREGA
ALBERTO MARAGLIA

**Specialista in odontoiatria e
protesi dentaria**
Via Garofolino, 1 - Vicenza
Tel. 0444/545509
Via Petrarca, 3 - Parma
Tel 0521/236426

La tecnica del doppio lembo consente ottimi risultati chirurgico-parodontali, nessun tipo di inconvenienti e, a fronte di un piccolo aggravio in termini di tempo nella fase chirurgica, grandi vantaggi in quella ortodontica

In molti casi il chirurgo orale e il parodontologo sono chiamati a intervenire, in collaborazione con l'ortodontista, per risolvere alcune problematiche comuni: ottavi e canini inclusi, premolari incarcerati, presenza di frenuli parodontali e ortodonticamente sfavorevoli, mancanza di gengiva aderente ecc.

Non sempre però la tecnica chirurgica tiene conto dei problemi che l'ortodontista dovrà poi affrontare, mentre molto spesso qualche piccola attenzione in più in sede chirurgica può rendere oltremodo semplice il successivo approccio ortodontico, con limitazione del danno parodontale, facilitazione della tecnica ortodontica e abbreviazione dei tempi di trattamento.

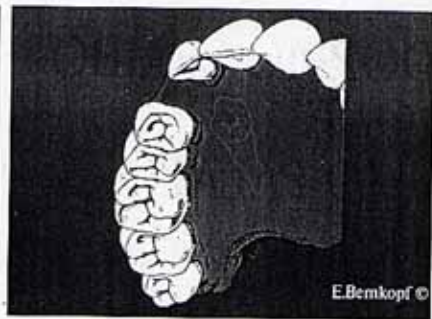
Tipico esempio della necessità di sensibilità ortodontica in sede chirurgica è l'intervento di opercolazione del canino incluso a presentazione palatina. Si tratta di un intervento di piccola chirurgia preortodontica il cui scopo è di mettere allo scoperto parte della corona del dente al fine di poter applicare un attacco diretto o procedere quindi al suo allineamento in arcata.

Nel corso degli anni abbiamo sperimentato tutte le tecniche proposte dalla letteratura, finendo per preferire quelle che prevedono la scopertura della corona o di parte di questa in sede chirurgica con il rinvio in seconda o terza settimana dell'applicazione di

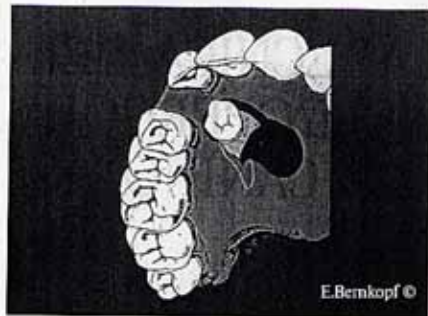
un dispositivo di attacco. Abbiamo, infatti, scartato le tecniche di ricopertura della corona con il lembo dopo l'applicazione del dispositivo di attacco munito di una catenella che fuoriesce dalla superficie gengivale, sia perché il contatto con il gel mordenzante può essere dannoso per le strutture parodontali profonde cruentate o esposte, sia per lo svantaggio del mancato controllo visivo del dente incluso nel procedere del suo spostamento ortodontico, sia, infine, per il rischio che si renda necessario un secondo intervento, in caso di distacco del dispositivo di aggancio.

Quest'ultima sfavorevole eventualità si verifica più facilmente quando si effettua l'applicazione dell'attacco durante l'intervento-chirurgico, in quanto risulta spesso molto difficile mantenere la superficie coronale detesa, nella fase di mordenzatura, a causa del sanguinamento dei tessuti circostanti.

Riteniamo perciò di basilare importanza, per la buona riuscita dell'intervento di opercolazione, che quest'ultimo sia eseguito nel rispetto di alcuni concetti parodontali ormai universalmente accettati per altre sedi chirurgiche, ma che vengono spesso dimenticati in sede preortodontica, quando l'unico scopo sembra essere quello di praticare un semplice foro chirurgico di accesso al dente incluso per potervi applicare la trazione ortodontica: in

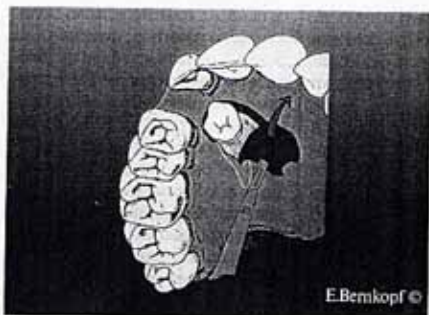


E. Bernkopf ©



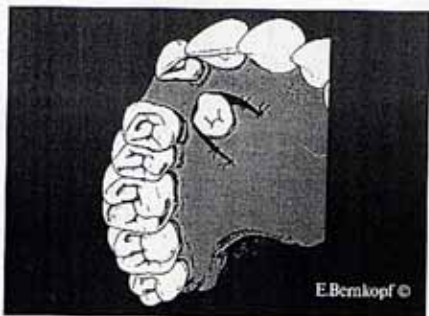
E. Bernkopf ©

1-2 La tecnica chirurgica prevede il sollevamento di un lembo pedunculato che viene scolpito nella zona marginale o paramarginale



E. Bernkopf ©

3 Assottigliamento del lembo e fenestrazione secondo il profilo della cresta ossea attorno alla zona coronale opercolata



E. Bernkopf ©

4 Sutura del lembo palatino; il lembo ripropone l'andamento a rampa contento agli strati profondi

realtà è necessario che anche in questa sede si passi da un atteggiamento chirurgico simile alla vecchia gengivectomia a quello più elaborato, ma più plastico e conservativo, della tecnica a lembo.

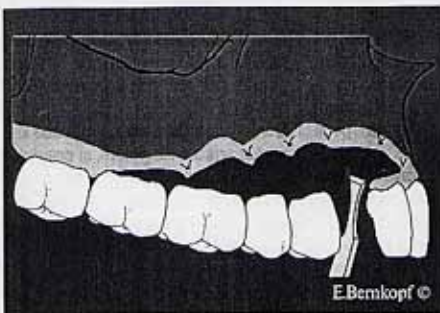
La tecnica che presentiamo si propone dunque di applicare anche all'opercolazione del canino incluso palatino i concetti dell'assottigliamento del lembo, della preparazione a rampa del parodonto profondo e dell'anticipazione del profilo della cresta, u-

niversalmente impiegati in altre sedi chirurgico-parodontali.

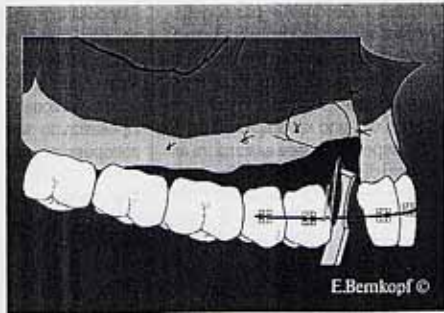
Assottigliamento del lembo

Una volta sollevato il lembo di accesso alla parete ossea che ricopre la corona del dente incluso, se ne consideri lo spessore: molte volte la gengiva palatina ha in questo distretto uno spessore considerevole, anche dell'ordine dei 5-7 millimetri. Qualora si praticas-

se una semplice opercolazione, le pareti cruentate della stessa finirebbero per favorire la richiusura in seconda, terza settimana dall'opercolazione stessa. Se si optasse per una gengivectomia a bisello esterno si otterrebbe una ampissima zona cruentata, con qualche difficoltà di controllo del sanguinamento e della guarigione. Abbiamo pertanto optato per il sollevamento di un lembo pedunculato che viene scolpito nella zona marginale o paramarginale, dove la gengiva



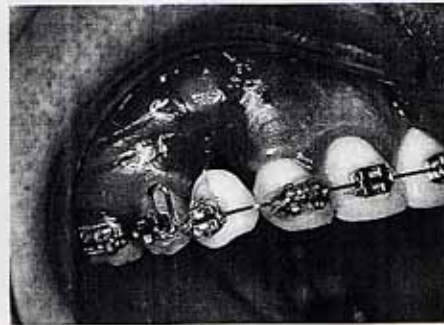
5 Lembo vestibolare a mezzo spessore ancorato apicalmente con punti sottoperiostei: per scarsità di gengiva aderente l'incisione marginale interessa anche la zona degli incisivi



6 In casi con abbondante gengiva aderente l'incisione verticale evita il coinvolgimento nella zona degli incisivi. Lo scorrimento apicale non deve superare l'ampiezza della banda di gengiva cheratinizzata per impedire la formazione di briglie di mucosa alveolare



7 Opercolazione palatina a 15 giorni dall'intervento



8 Contestuale trattamento della zona vestibolare, con lembo a mezzo spessore riposizionato apicalmente e incisione verticale liberatoria, a 15 giorni dall'intervento. La trazione elastica strutta la breccia ossea e assicura alla forza estrusiva una componente orizzontale

è solitamente più sottile, e approfondito nella zona medio-palafina dove la gengiva è più spessa (figure 1 e 2). Una volta praticata l'opercolazione ossea e localizzata in maniera ben definita la corona del dente incluso, sul lembo viene praticata prima l'opercolazione della finestra gengivale di accesso (disegnata in base alla forma della corona e alla quantità di smalto evidenziabile

con l'osteotomia), e poi l'assottigliamento del lembo stesso con asportazione del cuneo profondo (figura 3). Qualora la posizione del canino sia assolutamente certa per il chirurgo, grazie per esempio agli elementi ricavati con il sondaggio transtissutale, la finestra può essere incisa fin dall'inizio, applicando così la tecnica dell'anticipazione del profilo della cresta, uni-

versalmente adottata soprattutto per gli interventi di eliminazione delle tasche parodontali del versante palatino.

Preparazione a rampa del parodonto profondo

Questa seconda componente operativa è utile in caso di inclusioni molto

profonde, nelle quali le pareti dell'opercolazione ossea risultino piuttosto spesse. Sempre al fine di evitare la richiusura in fase di guarigione, è necessario trattare il parodontio pericoronale con disegno «a rampa», in modo che la superficie ossea assuma un andamento di dolce discesa dalla superficie verso la corona del dente incluso. Effettuati i trattamenti suesposti, il lembo gengivale assottigliato viene infine ricollocato con la finestra che contorni la parte di corona esposta (figura 4).

Trattamento della zona vestibolare

Il contestuale trattamento vestibolare nei casi di canini inclusi con presentazione palatina è un'indicazione personale che ci sentiamo di proporre alla luce di numerose esperienze positive. Si tratta, anzitutto, di un'indicazione più ortodontica che chirurgica, più volta cioè a facilitare e ottimizzare il successivo intervento ortodontico che a risolvere una precisa indicazione chirurgica fine a se stessa (che pure è spesso presente, come nei casi con scarsità di gengiva aderente o con presenza di frenuli indesiderati). Siamo, infatti, dell'idea che è di tutto vantaggio ortodontico poter applicare al canino incluso, fin dal primo momento, non solo una trazione verticale, ma anche una orizzontale. Così facendo il dente può seguire una vettorialità di eruzione pressoché naturale e non quella tipicamente ortodontica e cioè verticale prima (con discesa nel palato) e orizzontale poi (con riallineamento della corona in arcata). L'applicazione di una trazione orizzontale è però quasi sempre impedita dalla presenza di una papilla gengivale piuttosto alta e spessa tra l'incisivo laterale e il primo premolare. Anche la cresta ossea, a meno che non sia presente il canino deciduo, è di solito in questa zona ben conformata.

Dopo la corretta opercolazione palatina, sarà quindi molto utile, a una più efficace meccanica ortodontica, sollevare anche un lembo a mezzo spessore nella zona vestibolare, che verrà riposizionato apicalmente con punti sottoperiostei (figura 5).

In caso di scarsità di gengiva aderente o di presenza di frenuli indesiderati, in questa sede sarà possibile prendere in considerazione e risolvere al meglio questi problemi, secondo le comuni indicazioni della chirurgia mucogengivale. Precise indicazioni individuali, variabili da caso a caso, determineranno quindi l'estensione orizzontale del lembo e l'entità del riposizionamento apicale, che potrà comportare una sutura a livello crestale o sopracrestale, come anche l'eventuale spostamento laterale di qualche papilla. Non riteniamo che questo atteggiamento chirurgico possa esitare in danno parodontale con perdita effettiva di livello di attacco, giacché la necessità ai fini ortodontici di spostamento apicale della gengiva si pone soprattutto nei casi di eruzione passiva non ancora completata. L'intervento chirurgico, pertanto, se ottiene da un lato un naturale vantaggio ortodontico, dal punto di vista del livello di attacco e della collocazione del margine gengivale non fa che anticipare l'eruzione passiva, il che non può considerarsi in alcun modo un danno parodontale.

Nei casi in cui sia presente un'ampia banda di gengiva aderente è possibile non interessare con l'incisione marginale la zona del centrale e del laterale. Si può infatti praticare un'incisione verticale liberatoria lungo la quale far scorrere apicalmente il lembo, fino a ottenere l'esposizione del parodontio profondo nella misura che si ritenga utile.

L'entità dello scorrimento apicale nella zona dell'incisione verticale deve essere di poco inferiore all'ampiezza della banda di gengiva aderente e cheratinizzata, in modo da mantenere con la successiva sutura una continuità di questo tipo di tessuto attorno a tutta la zona cruentata che si lascia guarire per seconda intenzione (figure 6 e 7).

Qualora si operasse un riposizionamento apicale maggiore, si potrebbe formare, in sede di guarigione, un frenulo di mucosa alveolare; infatti, essendo abbondantemente vascolarizzata, può facilmente insinuarsi nella breccia lasciata aperta nella banda di gengiva cheratinizzata, qualora appunto il riposizionamento apicale fos-

se stato di entità maggiore rispetto all'ampiezza della banda gengivale cheratinizzata presente nella zona fra canino e incisivo laterale, sede dell'incisione verticale.

Allo scopo di far passare agevolmente la trazione ortodontica orizzontale tra la corona del dente incluso e l'arco ortodontico vestibolare o il dispositivo mobile, può a volte essere utile praticare un'osteoplastica nella zona del setto tra incisivo laterale e primo premolare. Se questa incisione viene praticata correttamente e cioè lontano dai margini dei due denti prossimali, non recherà alcun danno al parodontio, giacché la cresta ossea sarà opportunamente rigenerata a seguito della successiva eruzione in arcata del dente incluso (figure 5, 6 e 8).

Attraverso questa breccia ossea, sarà agevole far passare una trazione orizzontale, che aiuterà il canino a eromper secondo la sua naturale vettorialità. Su entrambe le zone chirurgiche, vestibolare e palatina, viene applicato un impacco di protezione, da rimuovere assieme ai punti a 8-10 giorni dall'intervento.

Il dispositivo di attacco può essere applicato subito dopo la rimozione dei punti o la settimana successiva e non presenta di solito alcuna difficoltà tecnica se l'approccio chirurgico è stato eseguito correttamente.

La tecnica fin qui esposta ci ha dato nel corso di circa dieci anni di applicazione ottimi risultati chirurgico-parodontali, nessun tipo di inconvenienti e, a fronte di un piccolo aggravio in termini di tempo nella fase chirurgica, grandi vantaggi in quella ortodontica.

Summary

The Double Flap Technique in Operculating a Palatine Impacted Canine

The authors have been using the double flap technique for two years with excellent periodontal-surgical results, no sort of problems and great benefits in the orthodontic phase, with only a small investment of time in the surgical phase.