

LA FRENULOCTOMIA CON ROTAZIONE DI DOPPIA EMIPAPILLA

Dr. Edoardo Bernkopf
Dr. Alberto Maraggia
Specialisti in Odontoiatria
e Protesi Dentaria - Vicenza

DR. EDOARDO BERNKOPF
VICENZA 36100- Via Garofolano, 1 - Tel. 0444/545509
PARMA 43100 - Via Petrarca, 3 - Tel. 0521/236426
ROMA 00141 - Viale Tirreno, 12 - Te. 06/81156565
E-mail: edber@studiober.com Sito internet: www.studiober.com



Fig. 1



Fig. 2a

In questi ultimi tempi anni l'intervento di frenulectomia ha visto progressivamente restringere le effettive indicazioni chirurgiche sulle quali in passato si era spesso portati a largheggiare. Nonostante ciò, anche se ridimensionato, il problema rimane, e non sono pochi i bambini che tuttora devono sottoporsi a questo piccolo intervento chirurgico pre-ortodontico, mentre sempre più spesso un'attenta valutazione chirurgico-parodontale porta al trattamento protesico dei frenuli anche nell'adulto.

La frenulectomia presenta un bassissimo livello di difficoltà tecnica, ma forse per questo si è portati spesso ad eseguirla in ambiente non specialistico, incorrendo così, oltre che in errori circa

le effettive indicazioni, anche in erronee tecniche di esecuzione, che sfociano nei due possibili esiti insoddisfacenti: la recidiva e l'asportazione della papilla intercisiva con conseguente danno estetico.

Per questo abbiamo pensato di proporre una tecnica operatoria semplicissima, eseguibile in tutti gli ambienti professionali con un minimo di esperienza chirurgica, che presenta però un grado teorico assolutamente minimo di rischio di recidive ed è estremamente conservativa nei confronti della papilla interincisiva.

Il presupposto anatomico alla tecnica proposta è quello di sottolineare l'aspetto parodontale del problema, considerando il frenulo una inflessione di mu-

cosa alveolare in una zona che sarebbe altrimenti stata occupata da gengiva cheratinizzata ed aderente.

Il vero scopo dell'intervento sarà dunque quello di ottenere la sostituzione della zona triangolare di mucosa alveolare costituita dal frenulo con altrettanta gengiva aderente cheratinizzata.

A questo scopo si procede ad una incisione a mezzo spessore nell'ambito della gengiva cheratinizzata, libera o aderente che sia, che, anche se in minore quantità, è sempre presente al colletto degli incisivi centrali (fig. 2a). Qualora la gengiva cheratinizzata sia limitata alla sola gengiva libera, sarà necessario procedere con molta attenzione a mezzo spessore con incisione marginale, dividendo in due la gen-

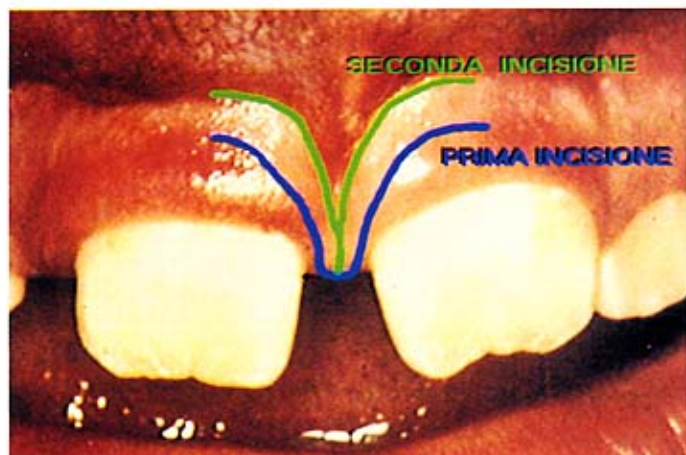


Fig. 2b



Fig. 3a

giva libera stessa, lasciando in sito la parte rivolta verso il solco e riposizionando - come sarà esposto in seguito - quella vestibolare.

Il fatto di procedere a mezzo spessore con questa prima incisione consente un sostanziale rispetto della papilla interincisiva che a guarigione avvenuta si ripresenterà più o meno con le originarie caratteristiche estetiche.

Successivamente si esegue una seconda incisione a V parallela alla prima lungo la linea muco gengivale, cioè al confine tra il frenulo e la gengiva cheratinizzata circostante (fig. 2b).

Si procede poi a sottominare il frenulo, avendo però cura di lasciare il periostio, contrariamente alle indicazioni di altre tecniche di frenulectomia in cui si ritiene indispensabile procedere a tutto spessore (fig. 3a-b).

Il frenulo viene asportato chirurgicamente agendo a cuneo con il bisturi nel lembo così sollevato, senza intaccare né il periostio né il tessuto epitelizzato. Il lembo di mucosa alveolare viene quindi riposizionato apicalmente con un punto ancorato (fig. 4a).

A questo punto si riconsidera la V di tessuto cheratinizzato che si era incisa in precedenza a mezzo spessore: se ne perfeziona la disinserzione estendendola distalmente quanto necessario e si ruotano poi i due bracci della V (che quasi sempre finiscono per essere separati fra loro al centro) ancorandoli apicalmente con un punto sottoperiosteo che ne unisce le due punte (fig. 4b).

Si otterrà così una zona triangolare cruentata, ma difesa dal suo stesso periostio e circondata su tutti e tre i lati



Fig. 3b



Fig. 4a

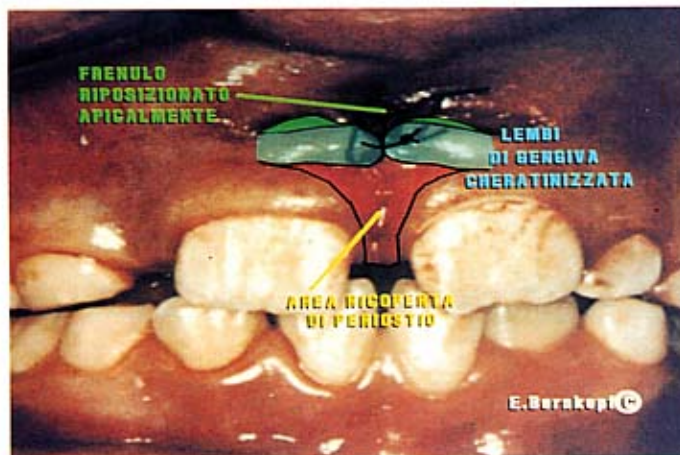


Fig. 4b

da tessuto cheratinizzato: la guarigione, ottenibile senza alcun disagio nel giro di 7-10 giorni durante i quali verrà applicato dell'impacco chirurgico, non può che portare all'occupazione del triangolo cruentato (primitiva sede del frenulo) da parte di tessuto cheratinizzato azzerando drasticamente ogni possibilità di recidiva (fig. 5).

La zona cruentata della disinserzione del frenulo può essere anche protetta da innesto gengivale libero a prelievo palatino.

Nel corso degli anni abbiamo però progressivamente diminuito l'adozione di questa variante fino ad eliminarla quasi del tutto giacché, senza considerare il disagio di una seconda zona chirurgica, il vantaggio ottenibile, pur teoricamente presente, è dal punto di vista clinico del tutto marginale. Tale tecnica rimane indicata solo per i frenuli a base superiore particolarmente larga, nei quali, ruotando le due emipaille non si giunge ad unire fra loro le due punte e si è così costretti a lasciare al centro un istmo di collegamento tra la mucosa alveolare e la zona triangolare cruentata sede originaria del frenulo. Attraverso questo istmo, in fase di guarigione avviene una migrazione di cellule riparative di provenienza dalla mucosa alveolare, in competizione con quelle di provenienza dalle zone di gengiva cheratinizzata. L'esito di questa competizione esprimerrebbe la quota di recidiva e di riformazione di parte del frenulo.

L'innesto libero di gengiva cheratinizzata evita appunto questo inconveniente.

Successivamente alla guarigione per seconda intenzione e alla cheratizzazione della zona trattata, al fine di ottenere una superficie gengivale più liscia, si procede alla cruentazione con una fresa sferica a grana grossa diamantata o multilame, dalla linea di confine tra le zone guarite per seconda intenzione e quelle guarite per prima, e si ripeterà se necessario questa piccola operazione una o due volte (fig. 6). Nelle decine di interventi eseguiti con questa tecnica in molti anni abbiamo ottenuto sempre ottimi risultati, tranne in un unico caso in cui lo strappo di un punto di sutura durante l'applicazione dell'impacco chirurgico ha causato un parziale insuccesso.

Il successivo intervento ha peraltro del tutto ovviato all'inconveniente.

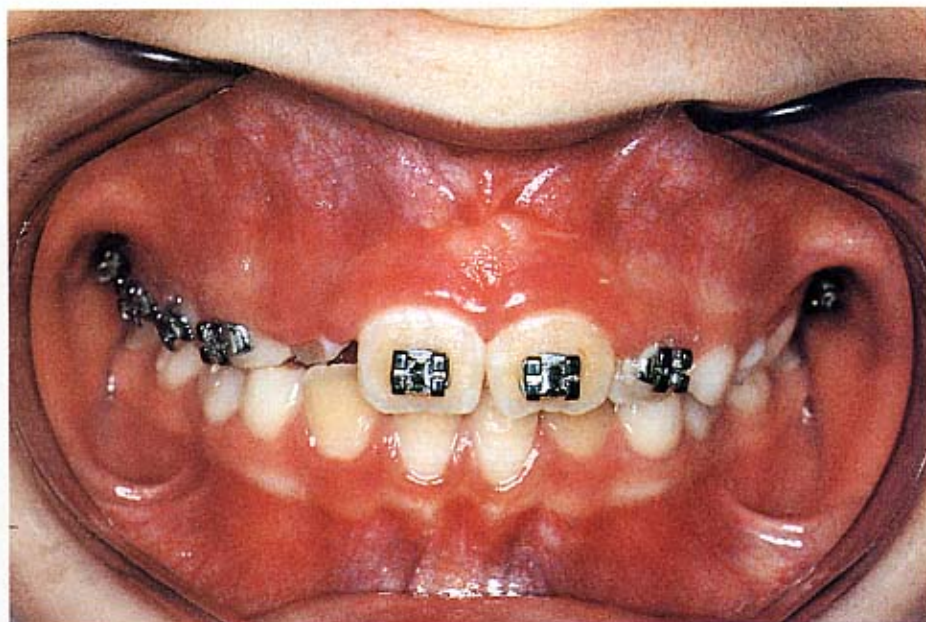


Fig. 5

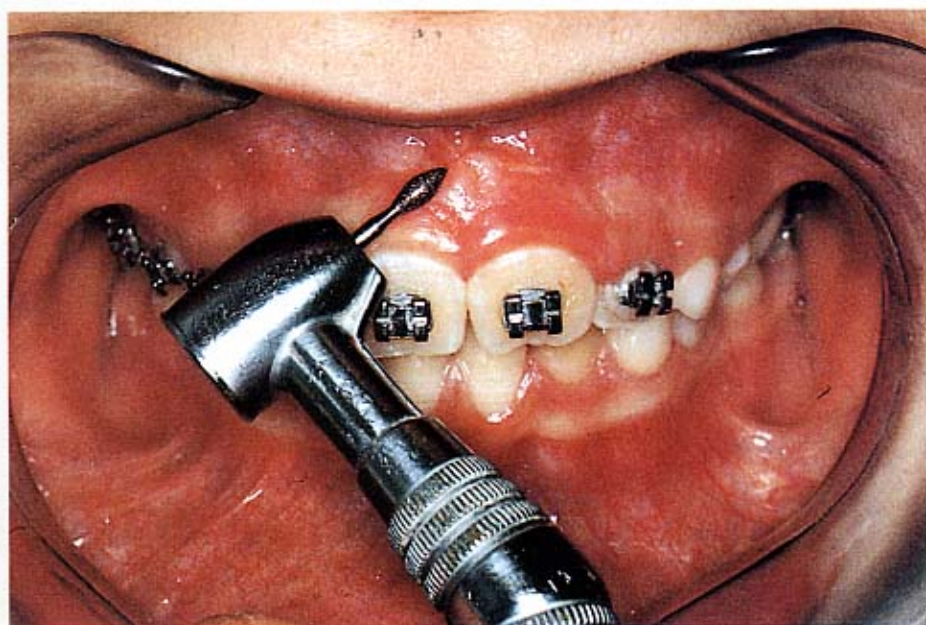


Fig. 6

BIBLIOGRAFIA

Barone R., Clauser C., Grassi R., Corteloni P.: "Frenulectomia labiale superiore, tecnica operatoria". R.I.S. n. 4 aprile 1992

Cecchi L. - Cortis Im. Tognetti F.: "Anomalie del frenulo: frenulectomia". Dental Cadmos 31 ottobre '89, 57(16): 13, 15, 8, 21 2

Edwards J.G.: "The diastema, the frenum, the frenulectomy: a clinical study". Am. J. Orthod. 71:489, 1977.

Lazzati M., Carloni L., Raso M., Martignoni G.: "Frenulectomia: indicazioni e limiti".

Attualità Dentale 5 febbraio 1989; 5(5); 28-31, 34-7, 39-40.

Miller P.D.: "The frenectomy combined with an alterally positioned pedicle graft. Functional and esthetic considerations". J. Periodontol. 56:102-106, 1985.

Sossi G., Casseler F., Radovich F., Ubiglia C.P., Guidetti F.: "La nostra esperienza nella correzione della brevità del frenulo labiale mediante plastica a "z"". Minerva Stomatologica luglio-agosto 1991; 40 (7-8); 539-40.