

CASO CLINICO

Ripristino della papilla interdentale: terapia igienica in alternativa alla chirurgia

«Passione e talento rendono facile il lavoro dell'igienista dentale». Questo messaggio lanciato dal dottor Luciano Zucchinelli durante il V Congresso Sisio ci è piaciuto molto in quanto il relatore ha stimolato in molti di noi una presa di coscienza a volte necessaria per focalizzare ciò che si vuole fare con il proprio lavoro e la propria professionalità. Fare l'igienista dentale dev'essere una scelta perché non è un lavoro facile né privo di rischi, ma chi ha la fortuna di farlo con passione va oltre alle difficoltà che incontra, cercando di svolgerlo con amore e competenza.

La relazione del dottor Zucchinelli ha voluto evidenziare il ruolo determinante dell'igienista nel trattamento del paziente parodontale e nella gestione dei tessuti molli orali. La sua relazione ha avuto un'impronta molto didattica descrivendo gli aspetti clinici e biologici delle recessioni gengivali e sottolineando come anatomia e ampiezze biologiche stiano alla base della predittività, della prevenzione e del loro trattamento.

Lo stesso Zucchinelli ha mostrato come l'igienista attraverso tecniche di mininvasività e stimolando il paziente a delle tecniche igieniche efficaci possa aiutare a risolvere condizioni gengivali che spesso vengono trattate solo chirurgicamente. Questa convinzione porta Zucchinelli a sostenere un concetto di *Hygienic Technique* che sostituisca la *Surgery Therapy*.

Caso clinico

Il caso clinico qui descritto mostra una delle situazioni in cui la terapia igienica anche minimale, e quindi

“facile”, sia in grado di modificare sorprendentemente i tessuti molli, risolvendo una situazione di recessione interdentale che apparentemente poteva sembrare complessa da trattare.

La papilla interdentale è la parte di gengiva libera che occupa lo spazio tra due denti contigui e fa sì che il margine libero gengivale scorra nelle arcate dentali con un andamento festonato. La papilla, oltre ad avere un significato biologico e di rivestimento della porzione prossimale dei denti, riveste un importante significato estetico soprattutto nelle regioni anteriori. Pertanto la perdita di questa porzione di tessuto gengivale è ancora oggi oggetto di studi sulle possibili tecniche di conservazione e di rigenerazione (1-7).

Nordland e Tarnow nel 1998 (8) (fig. 1) proposero un sistema di classificazione per la perdita di altezza papillare ancora molto utilizzato e che individua quattro classi, utilizzando i seguenti riferimenti anatomici: 1) punto di contatto interdentale; 2) estensione apico/facciale del CEJ (Cementum Enamel Junction); 3) estensione corono/prossimale del CEJ.

Il caso riportato mostra una recessione gengivale di classe II e un riposizionamento di papilla attraverso la sola terapia igienica e di massaggio gengivale in un paziente di 35 anni.

Il paziente all'esame obiettivo presenta malocclusione, perdita di attacco generalizzata di tipo moderato (PPD < 5 mm), indice di placca 90%, lieve sanguinamento localizzato e abitudine al fumo. Nell'area tra i due incisivi centrali superiori il PPD era di 1 mm.

Le sue abitudini di igiene orale erano legate al solo uso quotidiano dello spazzolino manuale: il paziente non usava alcun tipo di strumento interdentale. Il paziente ricorreva all'igiene professionale annualmente e per motivi estetici.

Dalla prima immagine (fig. 2) si evidenzia un biotipo sottile ma con un tessuto gengivale ben cheratinizzato. Si nota la vicinanza delle radici dei due incisivi centrali a indicare una ampiezza ossea interdentale ridotta.

Il paziente viene sottoposto a trattamento igienico e istruito all'utilizzo di uno spazzolino elettrico roto-oscillante, dando particolare enfasi al posizionamento dei filamenti anche sul margine gengivale. Lo scopo di dare risalto al massaggio gengivale con uno spazzolino roto-oscillante era rivolto a migliorare sia l'igiene che il tono gengivale e ridurre le recessioni pre-

senti nelle aree anteriori. La possibilità di ripristinare la papilla viene valutata in virtù del PPD che lascia presupporre che la distanza tra il livello osseo e il punto di contatto (circa 6 mm) possa garantire un ripristino della papilla tra il 56% e il 100%, come suggeriscono gli studi sul riempimento papillare di Tarnow del 1992 (9). Come strumento per l'igiene interdentale si sceglie con il paziente l'utilizzo di uno stuzzicadenti in legno con sezione triangolare.

Dopo quattro mesi dal primo trattamento l'indice igienico del paziente era moderatamente migliorato, ma lui chiedeva un trattamento sbiancante (motivo della visita iniziale).

Durante la prima fase di sbiancamento domiciliare, il paziente si trasferisce all'estero per lavoro e da solo completa il trattamento, seguito tramite e-mail dall'operatore.



► Consuelo Sanavia, igienista dentale, è docente di scienze e tecniche di igiene orale all'Università di Genova e al master di tecnologie avanzate nelle scienze dell'igiene orale dell'Università di Roma Sapienza

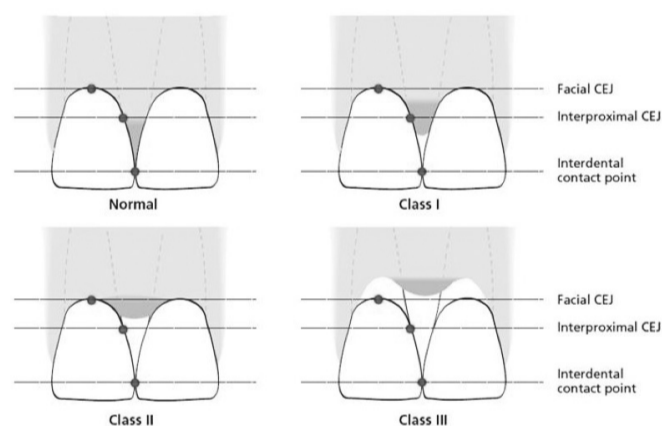
Dopo circa otto mesi il paziente torna in studio e durante l'esame obiettivo e confrontando le foto eseguite pre e post sbiancamento si nota il riposizionamento della gengiva interdentale (figg. 2 e 3).

Discussione

Il paziente nel periodo intercorso da una visita all'altra ha utilizzato quotidianamente lo spazzolino roto-oscillante motivato dal fatto che era meno dispendioso in termini di fatica e che gli consentiva di ridurre la formazione di pigmenti e tartaro dai denti. Malgrado non avesse utilizzato, se non saltuariamente, lo strumento interdentale, l'indice di placca/tartaro si era ridotto al 60%. Oltre al ripristino della papilla i denti erano divenuti notevolmente più bianchi dato il trattamento di sbiancamento domiciliare con perossido di carbammide al 16%. Dato il noto, anche se blando, effetto disinfettante del perossido, non si esclude che abbia avuto un ruolo nel mantenere una disinfezione del sito interdentale durante il ripristino della papilla tra i due incisivi. L'evidente ripristino della papilla ottenuto con l'aggiunta dell'uso dello spazzolino roto-oscillante con funzione di massaggio gengivale e l'impiego di un gel a base di perossido di carbammide al 16% lascia presupporre l'efficacia delle tecniche igieniche, che hanno consentito un riposizionamento della papilla tra i due centrali. Tuttavia per poter codificare la tecnica sono necessarie ulteriori applicazioni con documentazioni di casi analoghi e laddove l'ampiezza biologica lo consenta.

Bibliografia

- Shapiro A. Regeneration of interdental papilla using periodic curettage Int J Periodontics Restorative Dent 1985;5:27-33.
- Takei HH, Han TJ, Carranza FA Jr, Kenney EB, Lekovic V. Flap technique for periodontal bone implants Papilla preservation technique. J Periodontol 1985; 56:204-10.
- Cortellini P, Prato GP, Tonetti MS. The modified papilla preservation technique. A new surgical approach for interproximal regeneration procedures. J Periodontol 1995; 66:261-6.
- Cortellini P, Prato GP, Tonetti MS. The simplified papilla preservation Flap. A novel surgical approach for the management of soft tissues in regenerative procedures. Int J Periodontics Restorative Dent 1999;19:589-99.
- Kokich VG. Esthetics: the orthodontic-periodontic restorative connection. Semin Orthod 1996;2:21-30.
- Han TJ, Takei HH. Progress in gingival papilla reconstruction. Periodontol 1996;11:65-8.
- Cortellini P, Tonetti MS. Microsurgical approach to periodontal regeneration. Initial evaluation in a case cohort. J Periodontol 2001;72:559-69.
- Nordland WP, Tarnow DP. A classification system for loss of papillary height. J Periodontol 1998;69:1124-6.
- Tarnow DP, Magner AW, Fletcher P. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla. J Periodontol 1992; 63:995-996.



► Fig. 1: di seguito riportiamo le quattro classi individuate da Nordland e Tarnow nel 1998 (8) e rappresentate in figura.

Normale: la papilla riempie lo spazio interdentale fino al punto di contatto.

Classe I: la punta della papilla si trova tra il punto di contatto e la parte coronale del CEJ (spazio presente ma non si vede CEJ coronale/prossimale).

Classe II: la punta della papilla si trova apicale al CEJ corono/prossimale ma all'altezza del CEJ facciale (CEJ corono/prossimale visibile).

Classe III: la punta della papilla si trova apicale alla CEJ facciale.



► Fig. 2: immagine prima dello sbiancamento



► Fig. 3: immagine al termine dello sbiancamento domiciliare con perossido di carbammide al 16%