SCHEDA OPERATIVA: SECONDA FASE CHIRURGICA CON INNESTO CONNETTIVALE

A.Parenti, F.Zuffetti, F.Galli, M.Capelli, S.Taschieri, L. Fumagalli, M. Del Fabbro, T.Testori
Università degli Studi di Milano
Dipartimento di Scienze Cliniche "L. Sacco"
Istituto Ortopedico Galeazzi (IRCSS) - Servizio di Odontostomatologia
Direttore: prof. R.L. Weinstein
Reparto di Implantologia e Riabilitazione Orale - Responsabile: dott. T. Testori

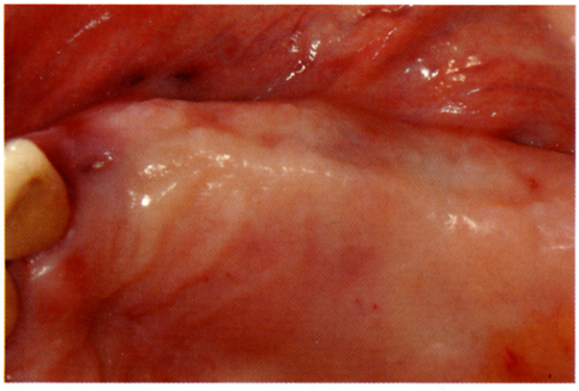
Introduzione

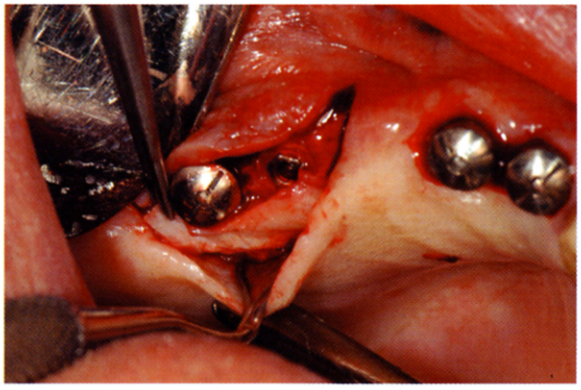
Nei settori latero-posteriori del mascellare superiore è possibile che gli impianti vengano inseriti con una tecnica di tipo sommerso a causa di una ridotta stabilità primaria correlata alla quantità e qualità ossea scarsa. È possibile, inoltre, che l'operatore debba eseguire delle incisioni sottoperiostee per eseguire il rilascio del lembo allo scopo di favorire una guarigione di prima intenzione. Le manovre sopracitate provocano alterazioni dei livelli gengivali con diminuzione della profondità del fornice.
Durante la seconda fase chirurgica si devono ripristinare i livelli gengivali creando una banda di mucosa cheratinizzata perimplantare, riportando la giunzione mucogengivale allo stesso livello dei denti adiacenti, se presenti, e approfondendo il fornice vestibolare.
Nel caso si volesse aumentare il profilo dei tessuti molli sul lato vestibolare, è possibile prelevare un innesto connettivale dal palato e suturarlo sul lato interno del lembo sul versante vestibolare.

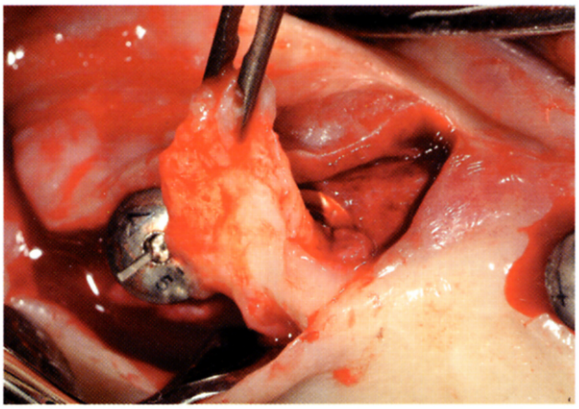
Tecnica chirurgica

1. Prelievo dell'innesto

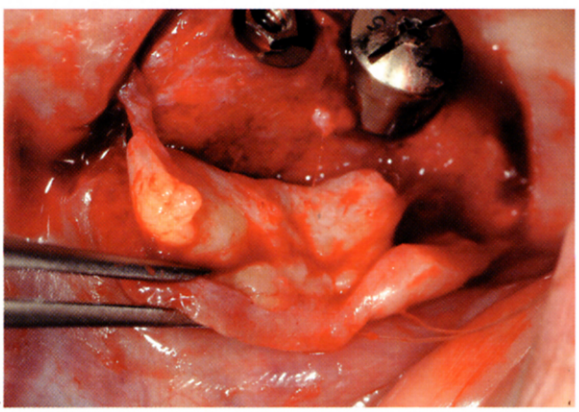
L'innesto può essere prelevato dalla stessa area chirurgica attraverso una operatività comune in parodontologia per ricavare un prelievo connettivale dal palato di forma quadrangolare. L'ampiezza dell'innesto dovrà tenere conto di una contrazione primaria di circa il 20% (*fig. 1*).
La prima incisione si effettua perpendicolare al piano osseo della lunghezza in direzione mesio-distale paramarginale agli elementi dentari (*fig. 2*).
Durante la seconda fase chirurgica, però, tale incisione può corrispondere all'incisione primaria eseguita precedentemente nell'esecuzione del lembo a spessore parziale. Lungo questa incisione primaria si disegnano altre due incisioni parallele tra loro che si approfondiscono verso il centro del palato. In pratica il palato viene sottominato del connettivo che verrà prelevato. Le due incisioni possono convergere alle estremità mesiale e distale. Per operatori meno esperti è possibile eseguire due incisioni verticali che facilitano la manovra di prelievo.


1


2



3



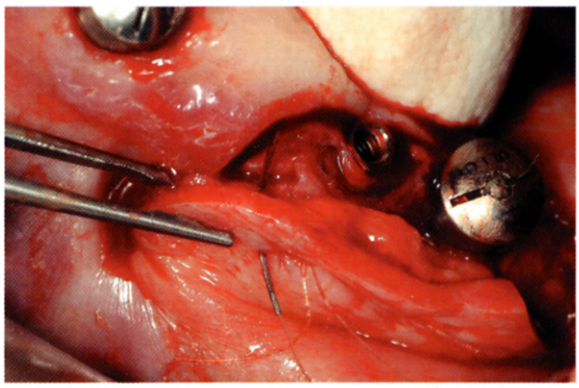
4

2. Posizionamento innesto

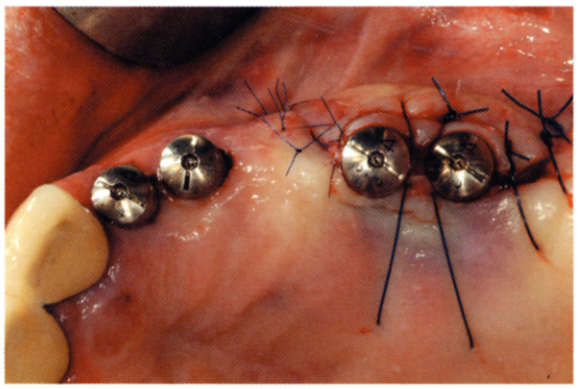
Aprendo a busta l'area donatrice, si incide il quarto lato dell'innesto e lo si preleva (*fig. 3*).

L'innesto deve essere quindi ridotto in spessore, eliminando il tessuto adiposo e ghiandolare che rimane in contatto con il connettivo. Il prelievo viene perciò posizionato lungo il versante interno del lembo vestibolare (*fig. 4*) e suturato in posizione con un filo riassorbibile, mentre lungo l'incisione principale di rilascio è possibile utilizzare un filo non riassorbibile (*figg. 5, 6*).

Uno dei fattori di rischio di questa procedura è rappresentato dal sanguinamento dall'arteria palatina. Tuttavia tale evenienza è facilmente evitabile se le incisioni vengono effettuate nel contesto dei tessuti molli. L'arteria palatina di norma decorre lungo il palato in una doccia ossea nel limite tra processo alveolare e processo palatino. In pazienti dentuli, l'arteria decorre a una distanza approssimativa di 17 mm dalla giunzione smalto-cemento nella zona premolare-molare. In pazienti con volta palatale piatta, il fascio pascolo-nervoso è posizionato più prossimale rispetto alla giunzione smalto-cemento. L'altezza e la grandezza della volta palatale condizionano rispettivamente la larghezza e la lunghezza dell'innesto. Anteriormente, in prossimità del forame incisale, l'arteria decorre sempre più prossimale alla giunzione smalto-cemento, limitando molto l'area di prelievo. Il limite anteriore dell'area donatrice può essere rappresentato dalla zona distale al canino.



5



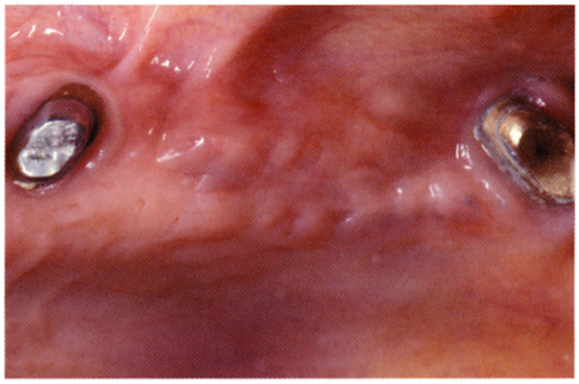
6

3. Variante con peduncolo connettivale

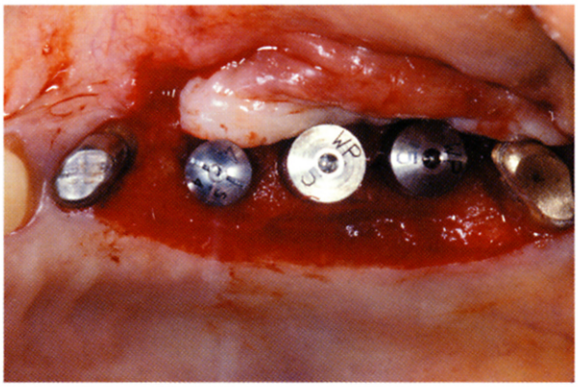
Molto spesso, dovendo riportare una quota abbondante di mucosa cheratinizzata sul lato vestibolare, può accadere che la zona denudata palatale agli impianti sia molto ampia (*fig. 7*). Per evitare una guarigione per seconda intenzione è possibile ricoprire l'area con tessuto connettivale prelevato dal palato. Il connettivo viene mantenuto vascolarizzato da un lato del lembo che funge da peduncolo.

La procedura è simile a quella illustrata precedentemente ma, a differenza di una totale mobilizzazione del connettivo, il lato mesiale o distale del tessuto viene lasciato integro e quindi resta connesso alla rete vascolare palatina (*figg. 8, 9*).

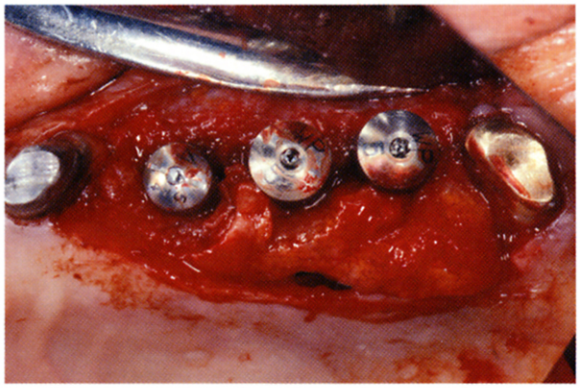
Questa procedura permette di mobilizzare il connettivo e di suturarlo sul lato palatale che, in questo modo, guarirà per prima intenzione (*figg. 10, 11*). Tuttavia si suggerisce di attuare questa procedura solo quando l'operatore ha raggiunto un buon livello della curva di apprendimento nelle tecniche di base.



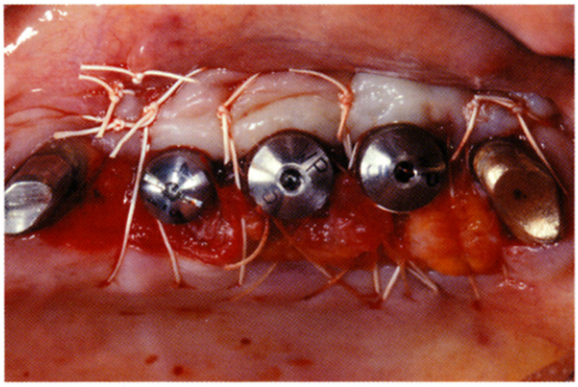
7



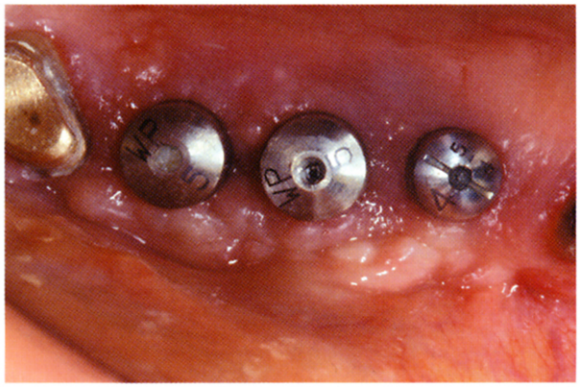
8



9



10



11