



CHIRURGIA MUCO-GENGIVALE E ODONTOIATRIA CONSERVATIVA: UN'ALLEANZA PER LA SALUTE ORALE E L'ESTETICA

Massimo de Sanctis (*Milano-Firenze*)

Poiché l'aspettativa e la percezione estetiche del paziente sono costantemente aumentate negli ultimi decenni, l'obiettivo finale degli interventi mucogengivali non si limita più alla sola copertura della radice, ma deve anche garantire un risultato estetico complessivo, che si traduce in una completa continuità del colore e della tessitura del tessuto dell'area trattata con i tessuti adiacenti (de Sanctis & Zucchelli 2007) senza che siano evidenti esiti cicatriziali o cheloidi. Per questi motivi recentemente l'AAP ha sostituito il vecchio termine di chirurgia mucogengivale con quello di chirurgia plastica parodontale, proprio per enfatizzare la finalità estetica di queste procedure.

La tecnica chirurgica più utilizzata è il lembo avanzato coronalmente (de Sanctis & Zucchelli 2007) e il lembo multiplo avanzato coronalmente (Zucchelli & de Sanctis 2000) con o senza innesto di tessuto connettivo.

Uno dei problemi più frequenti che un clinico può incontrare nell'esecuzione di un intervento mucogengivale è l'assenza di una evidente giunzione smalto-cemento (CEJ) dovuta alla presenza di lesioni cervicali non cariose (NCCL). Il problema principale connesso all'impossibilità di osservare la CEJ è la difficoltà da parte del clinico di predeterminare il livello massimo di copertura radicolare (MRC). Un metodo per predeterminare l'MRC basato sul calcolo dell'altezza ideale della papilla interdentale anatomica (Zucchelli et al 2011, 2010) è stato dimostrato essere affidabile nel predire la posizione del margine del tessuto molle dopo l'intervento chirurgico di copertura della radice. Seguendo questo metodo, è possibile ricreare la giunzione cemento-smalto al livello della massima ricopertura della radice, ottenendo così risultati stabili ed estetici.