

ESTENSORI

Oded Heyman, Adi Eden, Sharon Shany Kdoshim, e Sagy Talmor, col professor Moshe Goldstein

AFFILIAZIONE

Eseguito dagli studenti del primo anno del Programma di Specializzazione in Parodontologia, Centro Medico Hadassah, Università Ebraica di Gerusalemme, Israele

titolo

Copertura radicolare: innesto di tessuto connettivo vs matrice in collagene

Maigorzata Pietruska, Anna Skurska, Lukasz Podlewsky, Robert Milewski, Jan Pietruski
J Clin Periodontol. 2019; 46:86-95

Riassunto dall'articolo originale con il permesso di Wiley Online Library

Copyright 1999-2018 John Wiley & Sons, Inc. All rights Reserved

JCP Digest 12, pubblicato dall'EFP a settembre 2019

BACKGROUND

Il trattamento chirurgico delle recessioni gengivali viene adottato quando vi è necessità di coprire radici esposte, o di incrementare il volume tissutale. La tecnica di tunnel modificata per l'avanzamento coronale (MCAT) è uno dei molti approcci chirurgici usati a questo scopo. L'assenza di incisioni verticali utilizzando MCAT assicura una buona vascolarizzazione, nutrimento, e una guarigione più rapida nelle fasi iniziali.

L'utilizzo dell'innesto di tessuto connettivo subepiteliale (SCTG) è generalmente suggerito come gold standard per la copertura radicolare e l'aumento di spessore dei tessuti molli, ma presenta gli svantaggi di richiedere un secondo sito chirurgico (sito donatore), che la quantità di tessuto prelevato possa essere limitata, che la chirurgia richieda tempi più lunghi, e che il rischio di complicazioni postoperatorie sia maggiore. Di conseguenza, si ricercano materiali alternativi all'innesto connettivale autologo.

La matrice di collagene xenogenica (CM) è una nuova membrana fatta di fibre di collagene strettamente compattate tra loro in una spessa impalcatura porosa. Questo permette la formazione del coagulo e la sua invasione da parte del tessuto adiacente senza il discomfort postoperatorio dato dal prelievo dell'innesto autologo. Tuttavia, l'efficacia clinica della CM non è ancora stata chiaramente confermata.

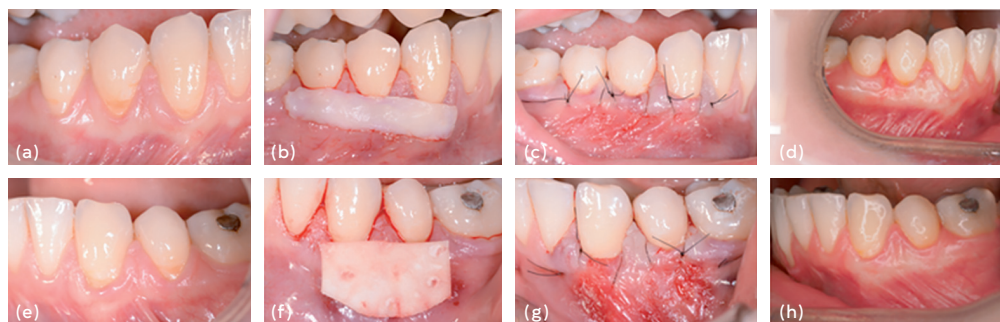
SCOPO

Lo scopo del presente studio era di confrontare la riduzione in altezza della recessione gengivale e l'aumento in spessore dei tessuti molli a seguito del trattamento di recessioni multiple di I e II classe di Miller, utilizzando MCAT combinata in maniera randomizzata con CM o SCTG.

METODI

- Studio split-mouth, randomizzato, singolo cieco per chi ha rilevato le misurazioni, realizzato in un unico centro.
- 20 pazienti – 13 donne dai 20 ai 56 anni e sette uomini dai 23 ai 43 anni.
- I criteri di inclusione erano i seguenti:
 - Almeno due monoradicoliati con recessione gengivale ≥ 1 mm senza perdita di attacco clinico (CAL) se non nella zona vestibolare (classi 1 e 2 di Miller), nei due diversi quadranti della mandibola.
 - FMPS e FMBS inferiori al 20%.
 - Più di 18 anni di età.
 - Non fumatori e escluse donne incinte o in fase di allattamento.
 - Esclusi pazienti con malattia parodontale in fase attiva.
 - CEJ individuabile, senza carie o restauri nella zona cervicale.
- I seguenti parametri clinici sono stati misurati per ciascuna recessione:
 - Altezza della recessione gengivale (GR).
 - Larghezza della recessione gengivale a livello della CEJ (RW).
 - Profondità di sondaggio (PD).
 - CAL.
 - Spessore gengivale (GT).
 - Tessuto cheratinizzato (KT).
- L'efficacia del trattamento è stata calcolata attraverso i seguenti fattori:
 - Riduzione della recessione.
 - Copertura radicolare media e copertura radicolare completa come percentuali.
 - Guadagno in spessore gengivale.
 - Guadagno in tessuto cheratinizzato.
 - Per una valutazione estetica, un esaminatore indipendente ha valutato il risultato secondo il Punteggio Estetico della Ricopertura Radicolare (RES).
- Procedura chirurgica: un solo chirurgo ha eseguito tutti gli interventi usando la tecnica di tunnel modificata per l'avanzamento coronale con matrice in collagene in un lato della mandibola (46 recessioni-casi) o con innesto di tessuto connettivo subepiteliale nel lato opposto (45 recessioni-controlli).
- Tutte le recessioni adiacenti dello stesso lato sono state trattate in un unico intervento, ed entrambi i lati sono stati ricoperti nel corso di un singolo appuntamento. I follow-up sono stati eseguiti fino a 12 mesi dopo l'intervento.

Figura 1: Copertura completa delle recessioni a seguito di MCAT+SCTG nel lato destro e di MCAT+CM nel lato sinistro della mandibola: (a) lato del SCTG al baseline: canino, primo e secondo premolare con recessioni minori nel lato destro dell'arcata inferiore; (b) immagine intraoperatoria del SCTG prima del suo inserimento; (c) SCTG ricoperto dal lembo riposizionato coronalmente; (d) veduta della copertura radicolare completa a seguito dell'intervento (12 mesi); (e) lato CM al baseline: canino e primo premolare con recessioni minori nel lato sinistro della mandibola; (f) immagine intraoperatoria con CM pronta per l'inserimento; (g) CM ricoperta dal lembo riposizionato coronalmente; (h) veduta della copertura radicolare completa a seguito dell'intervento (12 mesi).



risultati

- Non sono stati persi pazienti nel corso dello studio.
- La maggior parte dei pazienti ha superato le prime due settimane postoperatorie senza alcun evento particolare, e non sono stati necessari interventi aggiuntivi.
- Al baseline, non vi era differenza statisticamente significativa per alcuno dei parametri valutati tra i siti trattati con CM e quelli trattati con SCTG.
- A 12 mesi:
 - Il guadagno di CAL è stato statisticamente significativo per entrambi i gruppi (senza differenze significative tra i due).
 - MRC era significativamente maggiore nel lato del SCTG (83.1% vs. 53.2%).
 - C'era CRC nel 67% dei siti trattati con SCTG, ma solo nel 20% dei siti trattati con CM.
- È stata ottenuta una riduzione significativa di GR (sia in altezza che larghezza) in entrambi i gruppi, anche se significativamente maggiore nei siti trattati con SCTG.
- GT è significativamente aumentato in entrambi i gruppi, ma significativamente di più nei siti trattati con SCTG.
- La RES media era significativamente maggiore nel gruppo SCTG.
- Differenze statisticamente significative erano anche evidenti per tre dei parametri di valutazione estetica: margine gengivale, allineamento muco-gingivale, e colore gengivale. Tuttavia, non sono state rilevate differenze nei parametri contorno del tessuto marginale e texture gengivale.
- FMPS e FMBS non avevano differenze significative da baseline a 12 mesi postoperatori.



LIMITAZIONI

- Sarebbe stato utile aggiungere al confronto il parametro tempo intraoperatorio, che potrebbe costituire un vantaggio per la CM rispetto al SCTG.



CONCLUSIONI

- Entrambi i metodi hanno avuto successo nel ricoprire recessioni gengivali multiple nella mandibola.
- L'innesto di tessuto connettivo subepiteliale ha dimostrato risultati clinici superiori a 12 mesi di follow-up rispetto alla matrice di collagene xenogenica per la maggior parte dei parametri presi in considerazione dallo studio.
- È necessaria una maggior ricerca nel campo dei biomateriali per trovare un sostituto comparabile all'innesto connettivale autologo.



IMPATTO

- L'uso di matrici di collagene xenogeniche con MCAT può essere preso in considerazione per il trattamento di recessioni gengivali nella mandibola.
- Tuttavia, la riduzione del discomfort postoperatorio derivato dalla scelta di questo materiale costituisce un vantaggio potenzialmente trascurabile rispetto ai superiori risultati clinici ottenuti con innesti connettivali autologhi.



PER L'ARTICOLO ORIGINALE CLICCHI IL SEGUENTE LINK:

www.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpe.13031

Accesso tramite la pagina personale: www.efp.org/members/jcp.php