



## Studio Dr. Pietro Verri

Odontoiatra e Protesista Dentale • Perfezionato in Parodontologia Clinica e Peri-Implantologia

Via Colonnello Elia 34/A, Borgagne (LE) • Via Clementina Palma 70, Maglie (LE) • Tel. 328 837 4617  
info@studioverri.com • www.studioverri.com • Iscr. Albo Odontoiatri Lecce n. 545

### DOCUMENTO INFORMATIVO SUL CONSENSO INFORMATO

## Chirurgia Parodontale e Mucogengivale

Chirurgia resettiva • GTR • Innesti gengivali • Recessioni • Crown lengthening

*Questo documento ha carattere puramente informativo e descrive tutte le procedure che possono rientrare nella categoria indicata, i relativi rischi e le alternative terapeutiche. Non costituisce il consenso informato vero e proprio: quest'ultimo viene firmato in studio su un modulo personalizzato che riporta la specifica procedura proposta per il paziente.*

## 1. PREMESSA

La malattia parodontale è una patologia infiammatoria cronica di origine batterica che, in soggetti suscettibili, determina la progressiva distruzione del parodonto: osso alveolare, cemento radicolare, legamento parodontale e gengiva. Secondo la classificazione AAP/EFP 2017 viene classificata in stadi (I–IV) e gradi (A–B–C) in base alla severità e alla velocità di progressione. La chirurgia parodontale viene proposta dopo il completamento e la rivalutazione della terapia causale non chirurgica (Fase I: scaling e root planing).

## 2. CHIRURGIA PARODONTALE RESETTIVA

### 2.1 – Lembo di accesso (Modified Widman Flap)

Indicato per tasche residue di 4–6 mm dopo la Fase I. L'elevazione del lembo mucoperiosteo consente l'accesso diretto alla superficie radicolare e all'osso alveolare, permettendo una strumentazione radicolare più accurata rispetto alla tecnica cieca. Al termine il lembo viene riposizionato e suturato in sede originale.

### 2.2 – Chirurgia resettiva con osteoplastica/ostectomia

Indicata per tasche sopracrestali o difetti ossei a 1 parete non suscettibili di rigenerazione. Il rimodellamento chirurgico dell'osso alveolare (osteoplastica: ricontorno senza rimozione di osso di supporto; ostectomia: rimozione di osso di supporto) elimina la tasca e crea un'architettura ossea positiva che favorisce il controllo domiciliare della placca. Procedura definitiva e irreversibile.

### 2.3 – Gingivectomia

Escissione del tessuto gengivale in eccesso. Indicata in: iperplasia gengivale (da farmaci come nifedipina, ciclosporina, fenitoina; da accumulo di placca; ereditaria), pseudotasche sopracrestali, fibromatosi gengivale. Eseguibile con bisturi tradizionale, elettrobisturi o laser (Er:YAG, diodo).

## 3. CHIRURGIA PARODONTALE RIGENERATIVA (GTR)

La rigenerazione tissutale guidata (GTR) mira a ricostituire il parodonto perduto: osso alveolare, cemento radicolare neoformato e legamento parodontale, a differenza della chirurgia resettiva che si limita all'eliminazione della tasca. È indicata per: difetti infra-ossei a 2–3 pareti, furcazioni di classe II nei molari.

### 3.1 – Sequenza operatoria GTR

- Elevazione del lembo mucoperiosteo a pieno spessore e decontaminazione radicolare accurata sotto visione diretta (strumenti manuali, ultrasonici, eventualmente laser Er:YAG)
- Eventuale condizionamento radicolare con EDTA gel (24%) o acido citrico per esporre la matrice collagena
- Applicazione di derivati della matrice dello smalto (Emdogain®) sulla superficie radicolare per stimolare la rigenerazione del cemento e del legamento parodontale
- Eventuale riempimento del difetto con materiale da innesto osseo (autologo, eterologo, alloinnesto, alloplastico)
- Posizionamento della membrana barriera (riassorbibile o non riassorbibile) per separare il tessuto epiteliale/connettivale dalla radice e confinare lo spazio rigenerativo
- Sutura del lembo con chiusura a tenuta primaria (condizione essenziale per il successo della rigenerazione)

### 3.2 – Materiali per GTR

- Emdogain® (amelogenine): applicato sulla radice; stimola la rigenerazione del cemento e del legamento parodontale attraverso i meccanismi di sviluppo dentale embrionale
- Fattori di crescita (PRGF, L-PRF): concentrati di piastrine autologhe che rilasciano fattori di crescita (PDGF, TGF- $\beta$ , VEGF) pro-rigenerativi
- Membrane riassorbibili (collagene porcino/bovino): degradazione spontanea in 4–6 settimane; non richiedono seconda chirurgia
- Membrane non riassorbibili (ePTFE, ePTFE Ti-rinforzato, titanio mesh): superiore mantenimento dello spazio per difetti ampi; rimozione chirurgica necessaria a 6–8 settimane
- Innesti ossei: autologo (gold standard), xenoinnesto bovino (es. Bio-Oss®), alloinnesto (FDBA/DFDBA), alloplastico ( $\beta$ -TCP, HA)

## 4. CHIRURGIA MUCOGENGIVALE E TRATTAMENTO DELLE RECESSIONI

---

Le recessioni gengivali sono la migrazione apicale del margine gengivale al di sotto della giunzione smalto-cemento, con esposizione della radice. Classificazione di Cairo (2011): RT1 (perdita di attacco interapprossimale assente), RT2 (perdita di attacco  $\leq$  interapprossimale), RT3 (perdita di attacco  $>$  interapprossimale). La classificazione guida la previsione di copertura radicolare completa.

### 4.1 – Innesto Connettivale Sottoepiteliale (CTG)

Gold standard per la copertura delle recessioni RT1 e RT2. Il tessuto connettivo viene prelevato dalla zona sottomucosa del palato (tecnica trap-door a singola lama o tecnica a doppia lama) e inserito nella sede ricevente preparata come lembo a tunnel (VISTA, modificazione di Allen) o come CAF (lembo di riposizionamento coronale). La guarigione completa richiede 6–8 settimane; la valutazione del risultato estetico definitivo a 6–12 mesi.

### 4.2 – Lembo di Riposizionamento Coronale (CAF – Coronally Advanced Flap)

Utilizza il tessuto del paziente spostato coronalmente per coprire la radice esposta. Non richiede sito donatore. Frequentemente combinato con CTG o con Emdogain® per ottimizzare la copertura radicolare. Indicato per recessioni singole o multiple con adeguata altezza di gengiva cheratinizzata apicale.

### 4.3 – Innesto Gengivale Libero (FGG – Free Gingival Graft)

Prelievo di mucosa cheratinizzata (epitelio + connettivo superficiale) dal palato. Trasferito e suturato nella sede ricevente avascolarizzata. Indicato principalmente per aumentare la banda di gengiva cheratinizzata (es. attorno a impianti, zone a rischio elevato di recessione progressiva). Copertura radicolare meno prevedibile rispetto al CTG.

### 4.4 – Tecnica a Tunnel (MCAT – Modified Coronally Advanced Tunnel)

Preparazione di un tunnel sottogengivale senza incisioni verticali di rilascio. L'innesto connettivale viene inserito attraverso piccole incisioni e il lembo avanzato coronalmente. Riduce le cicatrici e ottimizza il risultato estetico. Indicata per recessioni multiple consecutive.

### 4.5 – Allungamento della Corona Clinica (Crown Lengthening)

Procedura chirurgica per esporre una maggiore porzione della corona dentale, eseguita mediante gingivectomia e/o osteoplastica/ostectomia. Indicazioni: margini del restauro che violano la larghezza biologica (2 mm di attacco epiteliale + 1 mm di attacco connettivale), fratture radicolari sub-gengivali, corone cliniche brevi per la protesi, sorriso gengivale di origine dento-alveolare. Necessario attendere 3–6 mesi per la stabilizzazione dei margini gengivali prima della protesi definitiva.

## 5. RISCHI E COMPLICANZE

---

### Comuni

- Dolore, gonfiore, ecchimosi post-operatori: attesi, controllabili farmacologicamente
- Sensibilità dentinale alle superfici radicolari esposte o trattate: transitoria (settimane-mesi), trattabile con agenti desensibilizzanti
- Sanguinamento dalla sede donatrice palatale nelle prime 24–48 ore
- Difficoltà temporanea nella deglutizione, nel parlare e nell'alimentazione

### Non comuni

- Infezione della sede chirurgica o donatrice con necessità di terapia antibiotica
- Deiscenza delle suture o necrosi parziale del lembo/innesto
- Risultato estetico non ottimale: differenza di colore o texture tra l'innesto e il tessuto circostante
- Copertura radicolare incompleta o recidiva della recessione nel medio-lungo termine

- Esposizione della membrana (GTR): richiede medicazione locale e talvolta rimozione anticipata con possibile compromissione della rigenerazione

### Rari

- Lesione del fascio vascolonervoso palatino maggiore: sanguinamento abbondante o parestesia palatale persistente (estremamente rara con tecnica corretta)
- Fallimento completo della rigenerazione (GTR): può richiedere reintervento o procedura resettiva
- Perdita del dente per complicanza infettiva post-chirurgica

## 6. CONDIZIONI SISTEMICHE RILEVANTI

---

- Terapia anticoagulante/antiaggregante · Diabete mellito · Fumo (principale fattore di rischio per recidiva)
- Bifosfonati/antirassorbitivi · Farmaci per iperplasia gengivale (nifedipina, ciclosporina, fenitoina)
- Malattie autoimmuni · Immunodepressione · Gravidanza · Allergie

## 7. PROGNOSI E MANTENIMENTO

---

Il successo dipende dalla risposta biologica individuale, dall'eliminazione dei fattori di rischio e dall'aderenza al programma di mantenimento parodontale (ogni 3–6 mesi). Senza mantenimento regolare la malattia parodontale tende a recidivare. Le linee guida EFP (S3 Clinical Practice Guidelines, 2020) raccomandano il supportive periodontal therapy come fase permanente della terapia parodontale.

## 8. ISTRUZIONI PRE/POST-OPERATORIE

---

- Pre-op: igiene accurata, pasto leggero, no alcool 24h, segnalare variazioni dello stato di salute
- Post-op: ghiaccio 15/15 min · dieta morbida 48–72h · no fumo 4 settimane · clorexidina 0,12–0,20% per 2–4 settimane
- No spazzolamento nella sede chirurgica per 10–14 giorni · farmaci prescritti regolarmente
- Controlli: 7–10 giorni (suture), 1 mese, 3 mesi, poi ogni 3–6 mesi

---

### NOTA LEGALE E INFORMATIVA PRIVACY

Il presente documento è redatto ai sensi della Legge 22 dicembre 2017 n. 219 ("Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento") e del Regolamento UE 2016/679 (GDPR). Le informazioni contenute sono di carattere generale e non sostituiscono la comunicazione personalizzata tra clinico e paziente, che avviene in sede di visita. Il medico rimane disponibile a chiarire qualsiasi dubbio prima della firma del consenso personalizzato.

Trattamento dei dati personali (art. 13 GDPR): i dati raccolti in studio sono trattati dal Titolare (Studio Odontoiatrico Studio Dr. Pietro Verri) esclusivamente per finalità di cura. Informativa completa disponibile presso lo studio e sul sito web.