



# **TUNNELLIZZAZIONE**

Un approccio completo in chirurgia plastica parodontale



Edizione originale:

*TUNNÉLISATION: Un concept global en chirurgie plastique parodontale.*  
Quintessence International, Parigi, 2021.



Il gruppo Quintessence Publishing, nel rispetto dell'ambiente e del patrimonio forestale mondiale, si è ingegnato a utilizzare carte provenienti da cartiere e filiere certificate.

La certificazione della carta garantisce infatti che il prodotto che proviene da una foresta e da una filiera di approvvigionamento sia gestito in modo responsabile.

*Traduzione italiana a cura di:*

Dott. Marco Tandurella, Laurea in Odontoiatria e protesi dentaria, Università degli studi di Verona. Specializzazione in Chirurgia orale, Università degli studi di Milano. Libero professionista.

Dott.ssa Sofia Bettini, Laurea in Odontoiatria e protesi dentaria, Università di Bologna. Specializzazione in Chirurgia orale, Università degli studi di Milano. Libero professionista.

ISBN: 978-88-7492-214-7



Copyright © 2025 Quintessenza Edizioni, Milano

Quintessenza Edizioni S.r.l.  
Via Ciro Menotti, 65 - 20017 Rho (MI)  
Tel.: +39.02.93.18.08.21  
E-mail: [info@quintessenzaedizioni.it](mailto:info@quintessenzaedizioni.it)  
[www.quintessenzaedizioni.com](http://www.quintessenzaedizioni.com)

Tutti i diritti sono riservati.

Il libro e ogni sua parte sono coperti da copyright. Ogni utilizzo o commercializzazione al di fuori dei limiti del copyright, senza il consenso dell'editore, è illegale e soggetto a procedimento giudiziario. Questo vale in particolare per riproduzioni fotostatiche, copie, circolari, duplicazioni, traduzioni, microfilm, elaborazioni elettroniche e raccolta di dati.

Stampato in Italia



# TUNNELIZZAZIONE

Un approccio completo in chirurgia plastica parodontale

Vincent Ronco, DDS, MSc

Libero professionista in Parodontologia e Implantologia

Parigi, Francia

 QUINTESSENCE PUBLISHING

Berlin | Chicago | Tokyo  
Barcelona | London | Milan | Paris | Prague | Seoul | Warsaw  
*Beijing | Istanbul | Sao Paulo | Zagreb*





# Introduzione

Il Dott. Vincent Ronco ha messo a disposizione tutta la sua esperienza per produrre un testo che offre un concetto globale chiaro e didattico sul trattamento delle recessioni gengivali. Il concetto di trattamento basato sulla tunnelizzazione mininvasiva supera i modelli precedenti. Inoltre, la sua filosofia di trattamento è basata su un albero decisionale semplice, razionale ed efficace. Nel definire il percorso del clinico, nulla è lasciato al caso.

Grazie all'elevato numero di illustrazioni nel testo, il lettore ha a disposizione un vero e proprio manuale che può guidarlo nella sua crescita. Il libro offre una presentazione dettagliata del razionale del trattamento, della cronologia della cura, delle tecniche chirurgiche da eseguire, degli strumenti da usare, delle istruzioni pre- e post-operatorie.

È sufficiente una sola parola per riassumere questo lavoro: stimolante! Sta al lettore assimilare questi concetti che in questo libro sono resi comprensibili e accessibili. Un vero e proprio "compagno di viaggio".

## **Docteur Emmanuel Gouët, DDS**

*Direttore della Scuola di Specializzazione in Chirurgia Maxillofacciale*

*Centro Ospedaliero Villaneuve-Saint-Georges*

*Assistente Direttore in Implantologia Orale e Maxillofacciale*

*Università di Parigi Est*

*Libera professione in Parodontologia e Implantologia*

*Parigi, Francia*



# Prefazione



A partire da metà degli anni '80, la chirurgia plastica parodontale, motivata da estetica, funzione o a scopo analgesico, è stata sempre più richiesta, stimolando lo sviluppo di nuovi approcci terapeutici. La presenza di protocolli chirurgici diversi tende però a confondere i clinici. Inoltre, questi protocolli non sono equivalenti riguardo a gestione del tessuto cheratinizzato, risultato estetico, campi di applicazione e soprattutto rischio di complicanze. Ecco perché ho sviluppato il concetto di un trattamento globale basato su un unico approccio che è sicuro, riproducibile e già esistente: la tunnellizzazione. I principi su cui si basa il trattamento descritto in questo libro, che promuove la microchirurgia mininvasiva, sono:

- Analisi specifica della zona di transizione tra corona e radice.
- Approccio chirurgico segmentato basato sulla tunnellizzazione.
- Nuove tecniche di suture sospese.
- Gestione rivisitata degli innesti di tessuto connettivo.

Nel complesso, questo concetto di trattamento globale può essere applicato a varie situazioni cliniche complesse che riguardano le recessioni gengivali. Il risultato finale è una situazione di armonia e stabilizzazione delle papille e della gengiva, posizionata lungo la giunzione amelo-cementizia, con preservazione dell'integrità dei tessuti molli e del potenziale vascolare.

## **Dottor Vincent Ronco**

*Esercizio limitato alla parodontologia e all'implantologia, Parigi.*

*Specializzazione in parodontologia, Università di Liegi, Belgio.*

*Post-laurea in implantologia, Università di Liegi, Belgio.*

*Master of Science, Università di Parigi.*

*Dottorato in chirurgia dentale, Università di Parigi.*







*Ai miei genitori, Stella e Pierre*  
*A mia moglie, Marie, e ai miei gemelli, Louise e Théo*  
*Al Prof. Èric Rompen*  
*Ai miei compagni di viaggio, i Dottori Èric David e Emmanuel Gouët*

# Sommario

Introduzione.....	V
Prefazione.....	VII
<b>Capitolo 1</b> <b>Recessioni</b> .....	1
Descrizione del parodonto.....	3
Anatomopatologia.....	11
Classificazione.....	13
Eziologia.....	27
<b>Capitolo 2</b> <b>Analisi e modifica delle superfici dentali</b> .....	31
Anomalie dentali associate alle recessioni.....	33
Gestione pre-chirurgica dell'anatomia dentale.....	37
Gestione pre-chirurgica dei restauri cervicali presenti.....	48
<b>Capitolo 3</b> <b>Razionale del trattamento basato sulla tunnellizzazione</b> .....	51
Lembo tunnellizzato.....	55
Razionale del trattamento.....	65
Indicazioni.....	91
<b>Capitolo 4</b> <b>Suture</b> .....	95
Ancoraggio ai punti di contatto interdentali.....	97
Sutura dell'innesto esposto.....	102
Spostamento coronale dei tessuti.....	105
Sutura dell'innesto convenzionale sommerso.....	118
Sutura del microinnesto sommerso.....	121
Sutura per avanzare i tessuti.....	127



<b>Capitolo 5</b>	<b>Prelievo dell'innesto</b> .....	129
	Siti di prelievo del tessuto connettivo .....	131
	Prelievo dal palato .....	135
	Prelievo dalla tuberosità .....	151
<b>Capitolo 6</b>	<b>Iniziare e proseguire</b> .....	153
	Definire e organizzare il trattamento .....	155
	Strumentario .....	163
	Formazione.....	171
<b>Capitolo 7</b>	<b>Applicazioni cliniche</b> .....	177
	Successo in chirurgia plastica parodontale .....	181
	Innesto esposto .....	207
	Innesto convenzionale sommerso .....	223
	Microinnesto sommerso.....	247
	Avanzamento .....	257
	Approcci combinati.....	228
<b>Capitolo 8</b>	<b>Gestione delle complicanze</b> .....	241
	Complicanze durante la chirurgia .....	246
	Complicanze durante la fase di guarigione.....	254
	Complicanze a medio e lungo termine .....	276
	Lecture consigliate .....	293





# Recessioni

Descrizione del parodonto.....	3
Anatomopatologia .....	11
Classificazione.....	13
Eziologia .....	27

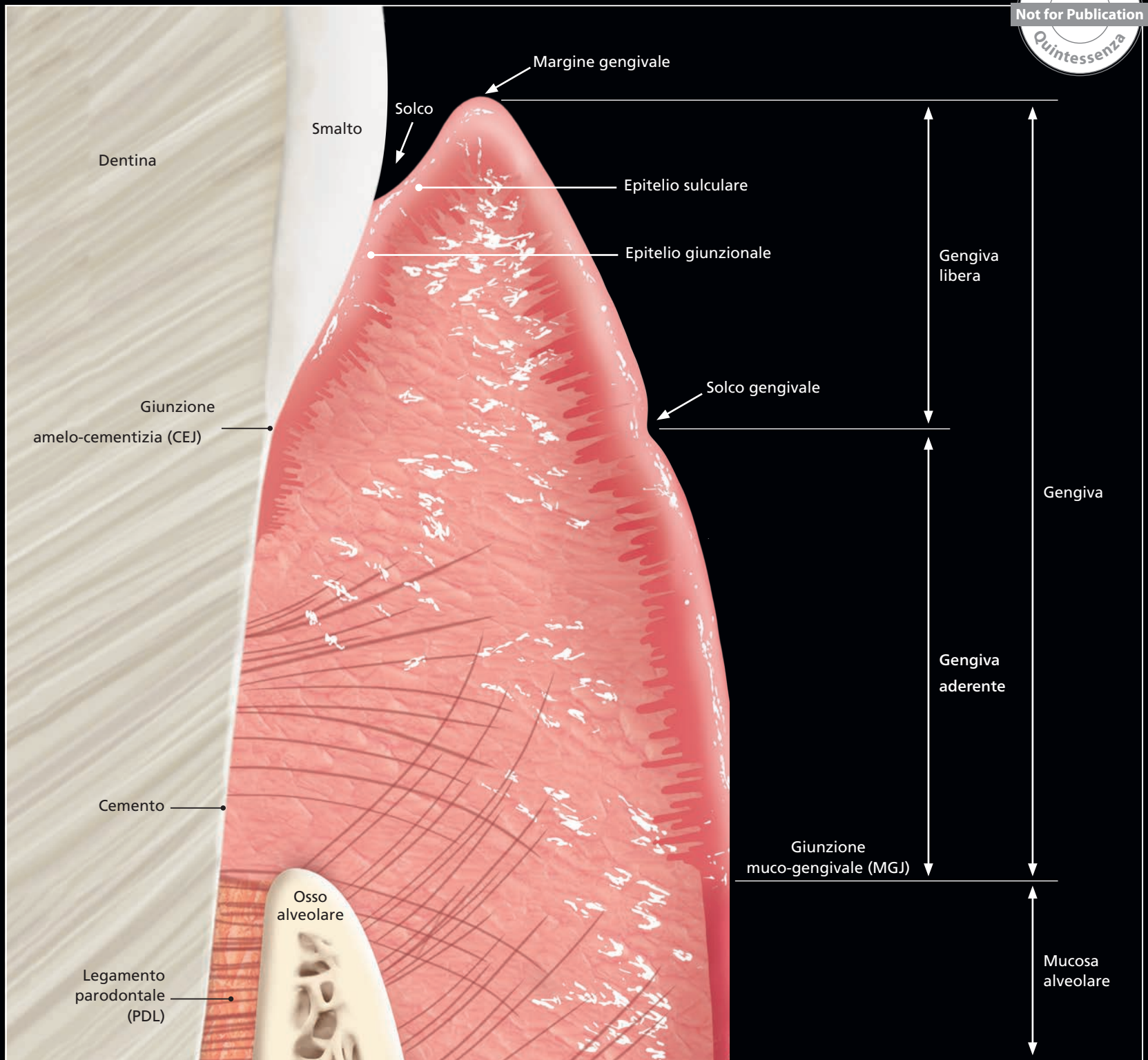


Fig. 1-1 Illustrazione del parodonto.

# Descrizione del parodonto

## Gengiva

### Aspetti anatomici ed istologici

La gengiva si estende dalla porzione cervicale del dente alla giunzione mucogengivale (MGJ) e può essere suddivisa in due entità sovrapposte: la gengiva libera e la gengiva aderente (Fig. 1-1). Istologicamente, la gengiva è costituita da un epitelio cheratinizzato sovrastante un tessuto connettivo ben vascolarizzato. Lo spessore e l'altezza della gengiva variano significativamente a seconda dell'individuo e del sito.

#### *Gengiva libera*

La gengiva libera costituisce la parte terminale della gengiva. Essa circonda interamente il dente e ricopre lo smalto per circa 1-2 mm, seguendo l'andamento della giunzione amelo-cementizia (CEJ) più coronalmente. Sulla sua superficie esterna, la gengiva libera si estende dalla porzione più coronale del margine gengivale al solco gengivale. Il solco gengivale a volte è visibile come una lieve depressione in corrispondenza della CEJ. Sul lato interno della sua porzione più coronale, la gengiva libera non è aderente al processo alveolare, e ciò definisce la zona crevicolare del solco. Questa zona, tra lo smalto e l'epitelio sulculare, è molto attiva dal punto di vista immunologico, poiché le componenti immunitarie (cellule e molecole) contrastano

permanentemente i microrganismi dell'ambiente orale. Sempre sulla sua superficie interna, ma più apicalmente, la gengiva libera aderisce al dente tramite il cosiddetto epitelio giunzionale. Questo epitelio presenta due caratteristiche atipiche: (1) è l'unico epitelio gengivale non cheratinizzato, e (2) presenta due lamine basali, una adesa al dente e l'altra adesa al tessuto connettivo. L'assenza di cheratinizzazione favorisce la diffusione dei differenti componenti del sistema immunitario dal tessuto connettivo al solco. La presenza delle due lamine basali permette l'adesione sia al dente che al tessuto connettivo.

#### *Gengiva aderente*

Vestibolarmente e lingualmente, la gengiva aderente si estende dal solco gengivale (e quindi dalla gengiva libera) alla MGJ collocata più apicalmente. A livello palatale, la gengiva aderente e la mucosa masticatoria del palato si susseguono ma risultano clinicamente indistinguibili a causa della loro somiglianza. Come indica il nome, la gengiva aderente non è mobile, perché è connessa saldamente all'osso e al cemento da una rete fibrillare tridimensionale. Questa rete è essenzialmente composta da fibre di collagene di tipo I organizzate in fasci. Inoltre, in base all'origine etnica dell'individuo, si possono osservare inclusioni di pigmenti marroni di melanina.



### **Papilla**

La papilla occupa lo spazio tra due denti adiacenti (Fig. 1-2). Essa è composta sia da gengiva libera nella sua porzione superiore, sia da gengiva aderente nella sua porzione inferiore.

La forma della papilla varia da individuo a individuo e da dente a dente. La sua anatomia è condizionata dal contesto osseo (posizione e forma del setto osseo interdentale) e dal contesto dentario (posizione e forma dell'area di contatto interdentale, anatomia della CEJ).

Vista frontalmente, a livello degli incisivi e canini, la papilla è di forma piramidale, mentre a livello di premolari e molari appare relativamente appiattita. Di profilo, la papilla forma una sorta di colle con due vertici; il vertice vestibolare è sempre più coronale del vertice linguale o palatale.

La differenza di altezza tra questi vertici è più significativa negli elementi anteriori e si riduce a livello dei molari.

### **Aspetti estetici**

#### **Contorno del margine gengivale**

Il contorno gengivale segue strettamente l'andamento descritto dalla CEJ. Esso è generalmente rotondo ma può assumere altre forme più atipiche: a parallelepipedo, triangolare o ondulato, sulla base dell'anatomia imposta dalla CEJ. La presenza di anomalie dentarie, come i fusi di dentina, cemento o smalto, può modificare il contorno gengivale interferendo con la CEJ.

#### **Disposizione dello zenit gengivale**

Lo zenit gengivale è il punto più apicale del margine gengivale libero. La disposizione degli zenit gengivali all'interno di un arco corrisponde a canoni estetici che sono relativamente costanti in tutti gli individui:

- Nella mascella, la posizione degli zenit gengivali degli incisivi laterali è lievemente più coronale della linea virtuale passante per gli zenit

dei canini e degli incisivi centrali. Gli zenit dei canini, dei centrali e dei laterali possono anche essere allineati senza compromettere l'estetica (Fig. 1-3). Posteriormente, gli zenit dei premolari sono collocati coronalmente agli zenit dei canini e spesso si trovano in continuità con gli zenit dei molari.

- Nella mandibola, gli zenit degli incisivi centrali e laterali sono allineati lungo una linea retta, mentre i margini dei canini sono posizionati apicalmente a questa linea. Posteriormente, gli zenit dei premolari sono localizzati coronalmente agli zenit dei canini e spesso si trovano in continuità con gli zenit dei molari.

#### **Colore gengivale**

La cheratinizzazione della gengiva dona ad essa il suo aspetto roseo, satinato e opaco; i capillari sanguigni del tessuto connettivo sono infatti completamente mascherati dall'accumulo di cheratina. Il possibile accumulo di melanina può tuttavia influenzare il colore gengivale dandogli un aspetto più o meno brunastro, a seconda dell'accumulo di questo pigmento colorato.

La gengiva è facilmente distinguibile dalla mucosa alveolare in prossimità della MGJ. Infatti, l'assenza di cheratinizzazione della mucosa dona ad essa un aspetto rossastro, liscio e brillante, oltre che una relativa trasparenza, la quale permette di intravedere i capillari sottostanti. Da un punto di vista estetico, l'esistenza di una consistente banda di gengiva attorno ai denti è essenziale, perché la presenza della mucosa alveolare rossa in prossimità della porzione cervicale dei denti è visivamente sgradevole.

#### **Texture gengivale**

La gengiva ha una texture più o meno puntinata, anche conosciuta come aspetto a "buccia d'arancia" (Fig. 1-4).

Questa texture caratteristica è dovuta all'inserzione delle fibre osseo-gengivali del tessuto connettivo. Queste fibre esercitano una trazione a livello

epiteliale, generando aree di depressione sulla superficie.

Questa punteggiatura è particolarmente identificabile quando il biotipo gengivale è spesso e risulta poco accentuata quando è sottile.

### **Aspetti funzionali**

La gengiva è essenzialmente destinata a proteggere il parodonto profondo dalle aggressioni meccaniche, chimiche, termiche, e microbiologiche dell'ambiente orale.

Le sue caratteristiche istologiche, in particolare la sua cheratinizzazione e l'organizzazione delle sue reti di fibre collagene, la predispongono a svolgere questo compito.

La mucosa alveolare, che è in continuità con la gengiva a livello della MGJ e con la mucosa delle guance e delle labbra, non è in grado di adempiere a questo compito efficientemente; essa è infatti mobile e presenta una scarsa resistenza. Queste caratteristiche meccaniche deficitarie sono dovute alla sua composizione istologica: l'epitelio della mucosa alveolare non è cheratinizzato, e il suo tessuto connettivo non presenta una rete fibrillare organizzata. Inoltre, le fibre presenti sono principalmente elastiche e non collagene.

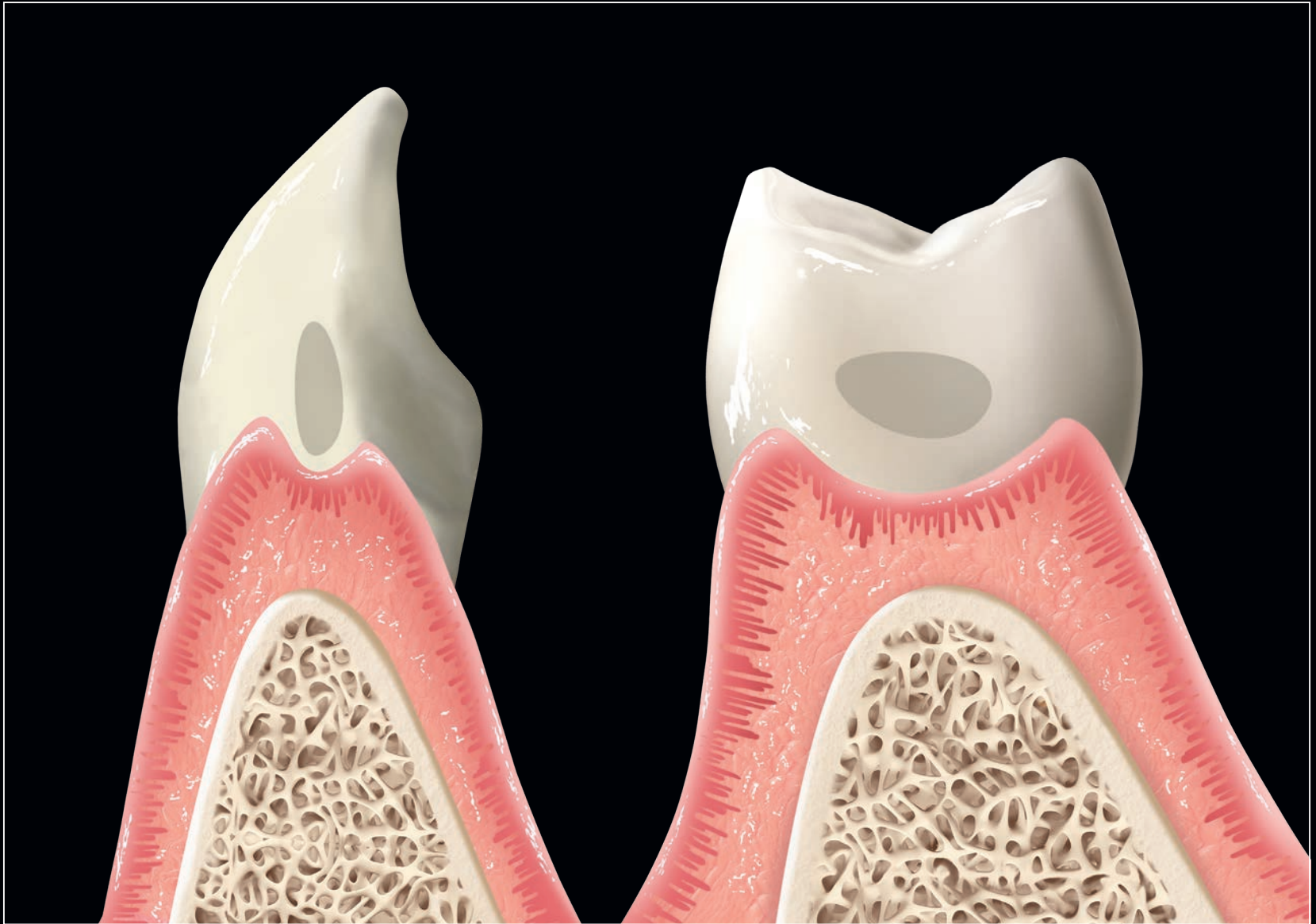
La letteratura scientifica è controversa ma sembra indicare che il parodonto possa essere in salute e stabile, malgrado un'altezza gengivale ridotta. Questo implica però un'igiene orale quotidiana particolarmente rigorosa.

Spesso osserviamo clinicamente che questa compliance è tanto più difficile da ottenere, quanto più il tessuto cheratinizzato è presente in quantità limitata.

La presenza di tessuto cheratinizzato nella zona cervicale dei denti migliora l'efficacia e il comfort della pulizia.

Perciò, è ragionevole pensare che un'adeguata banda gengivale abbia un impatto favorevole sulla prognosi dentale complessiva.





**Fig. 1-2** Illustrazione della papilla interdentale.

*La papilla occupa lo spazio tra due denti adiacenti. Essa è formata sia dalla gengiva libera nella porzione coronale che dalla gengiva aderente nella porzione apicale. La forma della papilla varia da individuo a individuo e da dente a dente. La sua anatomia è condizionata dal contesto osseo e dentario. Di profilo, la papilla forma una sorta di colle sovrastato da due picchi, il picco vestibolare è sempre più coronale del picco linguale o palatale. La differenza in altezza di questi vertici, che è molto evidente a livello dei denti anteriori, è ridotta man mano che si raggiungono i molari.*



**Fig. 1-3** Disposizione degli zenit gengivali.

*Lo zenit gengivale è il punto più apicale del margine gengivale. La disposizione degli zenit gengivali all'interno di un arco corrisponde ai canoni estetici che sono relativamente costanti in tutti gli individui. Nella mascella, la posizione degli zenit gengivali degli incisivi laterali è lievemente più coronale o in contatto con la linea virtuale passante per gli zenit dei canini e degli incisivi centrali.*



**Fig. 1-4** Texture gengivale.

*La gengiva ha una texture puntinata, anche conosciuta come aspetto a "buccia d'arancia". Questa texture caratteristica è dovuta all'inserzione delle fibre osseo-gengivali del tessuto connettivo. Queste fibre esercitano una trazione a livello epiteliale, generando aree di depressione sulla superficie. Questa punteggiatura è particolarmente pronunciata in questa immagine, poiché il biotipo gengivale è spesso.*



## Tessuti di ancoraggio

### Aspetti anatomici e istologici

#### Legamento parodontale (PDL)

Il PDL è un tessuto connettivo molto denso localizzato tra il cemento e l'osso alveolare. Esso contiene un ampio numero di fibre, principalmente collagene, chiamate *fibre di Sharpey*. Queste fibre connettono il cemento acellulare all'osso del processo alveolare tramite le fibre estrinseche della radice dentale. Le fibre sono organizzate in fasci con distribuzione e orientamento tali da assorbire e diffondere gli stress meccanici a cui sono sottoposti i denti. Il PDL ospita anche cellule progenitrici quiescenti.

#### Cemento

Il cemento è un tessuto connettivo mineralizzato nel quale possono essere incorporate fibre collagene e cellule. Sono presenti vari tipi di cemento, classificati in base all'esistenza di inclusioni cellulari ed a presenza e orientamento dei fasci di collagene. Il cemento che ricopre la maggior parte della radice è acellulare a fibre estrinseche. Non contiene cellule ma accoglie un'estremità delle fibre di Sharpey del legamento; l'altra estremità è ancorata all'osso del processo alveolare.

#### Processo alveolare

Il processo alveolare è un'estensione dell'osso basale mascellare o mandibolare. La sua struttura forma uno o più alveoli, nei quali sono alloggiati le radici dei denti.

Sulle sue superfici esterne, l'osso alveolare è costituito da corticali compatte: una vestibolare, l'altra linguale o palatale. La superficie interna dell'osso alveolare è fatta da osso compatto, anche chiamato placca cribrosa, per il suo aspetto cribroso. L'osservazione di un alveolo vuoto mostra una struttura con piccoli fori che corrispondono ai punti di passaggio delle fibre di Sharpey del legamento e dei capillari sanguigni. Tra l'osso compatto e le corticali è presente osso spongioso, che varia in densità e volume a seconda dell'individuo e del sito. Nello stesso individuo, lo spessore dell'osso alveolare vestibolare segue un doppio gradiente decrescente: da anteriore verso posteriore, e da apicale verso coronale. Quando il processo alveolare è intatto, il contorno dell'osso marginale è localizzato approssimativamente 4 mm apicalmente alla CEJ e riproduce il suo andamento festonato.

### Aspetti funzionali

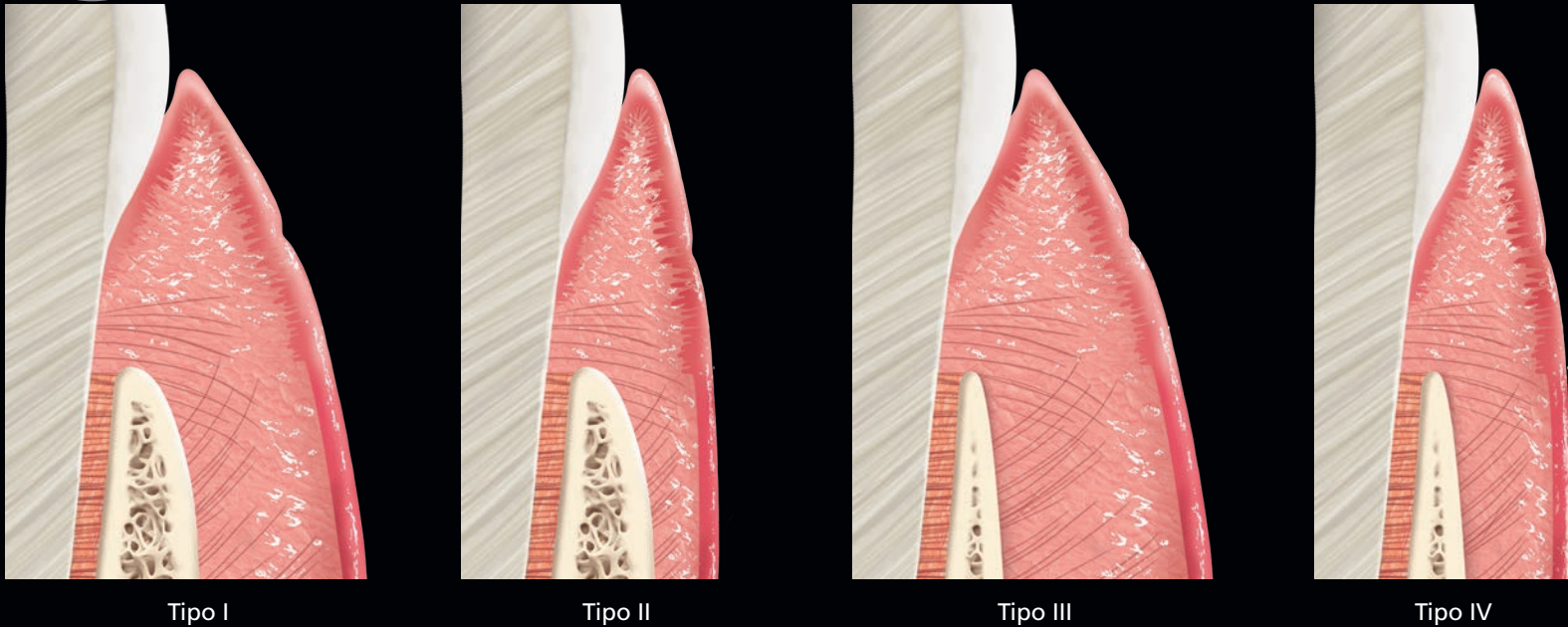
L'ancoraggio dentario è assicurato dall'azione combinata di tre tessuti che compongono il parodonto profondo: il cemento, il PDL e l'osso alveolare. Oltre a questa funzione meccanica è presente anche un ruolo biologico. Il PDL contiene cellule progenitrici che, in determinate condizioni, possono essere indotte a differenziarsi. Queste cellule pluripotenti sono coinvolte nei fenomeni dell'omeostasi tissutale, della riparazione e anche della rigenerazione, in particolare in fase post-chirurgica.

## Biotipi

Un biotipo definisce un'anatomia tramite l'associazione di caratteristiche frequentemente riscontrate simultaneamente. Questa nozione di biotipo può essere applicata al parodonto nel suo insieme, nonché alla gengiva in particolare.

### Biotipo parodontale

La classificazione più comunemente utilizzata è quella di Maynard e Wilson (Fig. 1-5). Essa racchiude dati correlati allo spessore gengivale, allo spessore del processo alveolare vestibolare e all'altezza del tessuto cheratinizzato. Il biotipo di tipo I, chiamato spesso, è il più resistente: è associato a osso spesso, gengiva spessa e abbondante altezza gengivale. Al contrario, il biotipo di tipo IV, chiamato sottile, è il meno resistente, poiché presenta osso sottile, gengiva sottile e una ridotta altezza della gengiva. I biotipi di tipo II e III presentano caratteristiche intermedie. Nessun biotipo è patologico; riflettono semplicemente variazioni anatomiche fisiologiche.



Biotipo	Spessore		Altezza gengivale
	Osso	Gengiva	
Tipo I	Spesso	Spessa	3–5 mm
Tipo II	Spesso	Sottile	< 2 mm
Tipo III	Sottile	Spessa	3–5 mm
Tipo IV	Sottile	Sottile	< 2 mm

**Fig. 1-5** Biotipi parodontali.

Un biotipo parodontale definisce una situazione parodontale tramite un'associazione di caratteristiche. Il biotipo I, chiamato spesso, è il più resistente. È associato a osso spesso, gengiva spessa e abbondante altezza gengivale. All'estremo opposto, il biotipo IV, chiamato sottile, è il meno resistente. È caratterizzato da osso sottile, gengiva sottile e altezza gengivale minima. I biotipi II e III presentano caratteristiche intermedie (secondo Maynard e Wilson, 1980).

## Biotipo gengivale

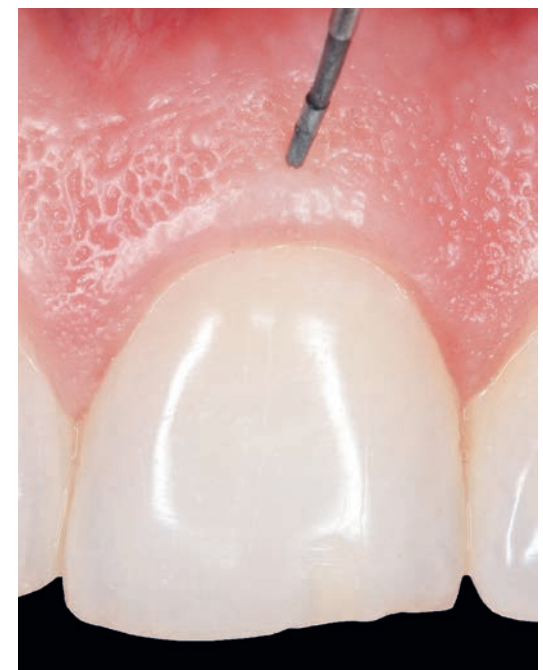
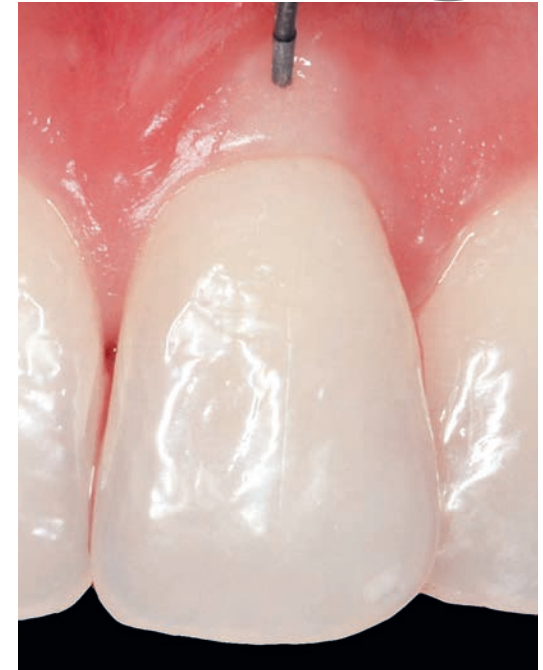
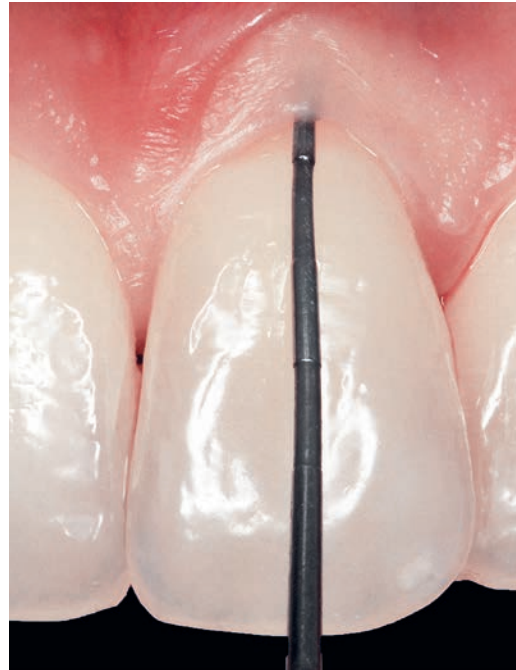
Il concetto di biotipo è applicabile anche alla sola gengiva. Clinicamente è un concetto molto più significativo del biotipo parodontale, che è difficile da valutare senza avere i dati sullo spessore dei processi alveolari. Il biotipo gengivale invece può essere stimato (Fig. 1-6) a partire da una semplice sonda parodontale osservando quanto segue:

- Visibilità della sonda inserita nel solco.
- Effetto visivo indotto da una pressione moderata sul margine gengivale.

Quando il biotipo gengivale è spesso, la punta della sonda parodontale non è visibile, e la pressione esercitata sul margine gengivale non causa alcun cambiamento visivo della gengiva circostante. Quando il biotipo gengivale è sottile, la sonda è chiaramente visibile, ed esercitando la stessa pressione si ottiene uno sbiancamento dei tessuti indotto dall'ischemia. A parte queste situazioni estreme, che sono facilmente identificabili, la nozione di biotipo gengivale rimane molto soggettiva. Pertanto, possono essere distinti solamente tre biotipi gengivali: spesso, intermedio e sottile.

### Fig. 1-6 Valutazione clinica del biotipo gengivale.

*Il biotipo gengivale può essere stimato con una semplice sonda parodontale osservando la visibilità della sonda inserita nel solco così come l'effetto visivo indotto da una moderata pressione sul margine gengivale. Quando il biotipo gengivale è spesso, la punta della sonda non è visibile e la pressione esercitata sul margine gengivale non causa alcun cambiamento visivo alla gengiva circostante. Quando il biotipo gengivale è sottile, la sonda è chiaramente visibile e la stessa pressione esercitata sui tessuti porta ad uno sbiancamento indotto dall'ischemia.*



# Anatomopatologia

Le recessioni sono definite come una migrazione apicale di tutti i tessuti parodontali (**Fig. 1-7**): la gengiva, il cemento, l'osso alveolare e il PDL si riassorbono progressivamente. Le recessioni possono coinvolgere tutte le superfici del dente. In assenza di esiti di malattia parodontale, tendono a svilupparsi sulle superfici vestibolari e più raramente sulle superfici linguali o palatali.

Visivamente, la gengiva, teoricamente collocata coronalmente alla CEJ, recede ed espone la radice dentale. Perciò, una recessione è caratterizzata dalla chiara individuazione della CEJ, identificabile dalla sua anatomia curvilinea, e della radice, distinguibile dalla corona per la sua tonalità più satura.

## Prevalenza

Le recessioni sono la più comune patologia parodontale, in quanto interessano un'ampia varietà di persone. Ovviamente, tutti i pazienti affetti da parodontite, o che hanno avuto la parodontite, presentano recessioni. Ma anche molti pazienti che non hanno una storia di malattia parodontale possono presentare recessioni. Le recessioni sono frequenti anche perché la loro manifestazione è il risultato di una combinazione di fattori diversi e

abituati, come illustrato di seguito. Non esiste uno studio epidemiologico su larga scala in grado di valutare con precisione gli estremi di questa condizione. Ad ogni modo, sono presenti alcuni dati: le recessioni interessano gli uomini quanto le donne, e i denti più frequentemente coinvolti sono localizzati nei settori anteriori.

## Conseguenze cliniche

Le recessioni sono dannose in quanto promuovono l'ipersensibilità dentinale, le abrasioni, le carie radicolari e l'infiammazione gengivale dovuta a difficoltà nell'igiene domiciliare. Le recessioni hanno anche un impatto estetico sfavorevole, poiché i denti colpiti assumono uno sgradevole aspetto allungato.

Il motivo principale per un consulto in seguito alla loro manifestazione è rappresentato dalla preoccupazione, il più delle volte infondata, di perdere il dente. I problemi estetici sono di secondaria importanza. La richiesta di ricostruzioni gengivali estetiche è cambiata significativamente negli ultimi anni e non è più limitata alle aree visibili durante il sorriso. Infine, anche la riduzione della sensibilità dentinale è un frequente motivo di consulto.



**Fig. 1-7** Recessioni caratteristiche in mascella e mandibola dello stesso paziente.

*La gengiva si sta ritirando, esponendo la radice del dente. Di conseguenza, la paziente lamenta ipersensibilità dentinale, presenta usura della radice, e ha sviluppato una marcata demineralizzazione, specialmente sui denti 11 e 21. Inoltre, il ritiro della gengiva e la formazione di aree di abfrazione lungo le radici affette favoriscono la formazione di placca in una paziente che peraltro presenta una buona igiene orale. Infine, l'estetica del suo sorriso è chiaramente compromessa dall'aspetto allungato dei denti mascellari.*



## Classificazione

La recessione viene generalmente descritta secondo la classificazione pubblicata negli anni '80 da Miller (Fig. 1-8). Questa classificazione accettata a livello internazionale divide le recessioni in quattro classi:

- Classe I: la recessione non raggiunge la MGJ e non coinvolge le superfici interprossimali.
- Classe II: la recessione raggiunge o supera la MGJ ma non coinvolge le superfici interprossimali.
- Classe III: la recessione può non raggiungere oppure raggiungere o anche superare MGJ, ma è sempre caratterizzata dal coinvolgimento di una o di entrambe le papille. Il coinvolgimento papillare può essere più o meno avanzato. Il risultato è rappresentato da un grado variabile di festonatura tra il vertice della papilla compromessa e la base della recessione.

- Classe IV: la recessione può non raggiungere oppure raggiungere o anche superare la MGJ. La compromissione papillare è significativa, il vertice della papilla si trova apicale alla CEJ vestibolare e spesso confinante con la base della recessione.

La classificazione di Miller non solo fornisce un'idea generale dell'anatomia di una recessione, ma definisce anche la sua prognosi di recupero. Se la procedura e la guarigione avvengono con successo, le recessioni di classe I e II sono completamente ripristinabili, le recessioni di classe III parzialmente ripristinabili, mentre le recessioni di classe IV non sono ripristinabili, a prescindere dalla tecnica chirurgica utilizzata. A scopo esemplificativo, le illustrazioni cliniche presentate dopo la classificazione attestano questo determinismo biologico (Figg. 1-9 – 1-13).

Fig. 1-8 Schema delle diverse classi di recessione parodontale (Miller, 1984).



Classe I



Classe II



Classe III



Classe IV





Classe I



Classe II



Classe III



Classe IV