

Scheda Clinica

LA GESTIONE DELL' ALVEOLO POST-ESTRATTIVO



Impianto post-estrattivo differito e rigenerazione perimplantare con sostituto osseo di origine equina miscelato ad osso autologo e membrana in pericardio.



Caso del Prof. Danilo Alessio Di Stefano
Libero professionista a Milano, Italia
distefano@centrocivitali.it

L'estrazione dentale è associata alla perdita di volume della cresta ossea. Durante la guarigione di un sito post-estrattivo, l'osso alveolare va infatti incontro ad un processo di atrofia legato ai suoi naturali processi di rimodellamento e, in particolare, alla perdita di vascolarizzazione del legamento parodontale. Il fenomeno segue cinetiche differenti a seconda dell'arcata e del settore in cui si trova l'alveolo e può determinare un riassorbimento fino al 50% del volume crestale interessato¹.

Poiché il riassorbimento alveolare può limitare in modo significativo la possibilità di inserimento implantare in posizione protesicamente ideale, sono state messe a punto diverse tecniche di preservazione dell'alveolo post-estrattivo. L'obiettivo è garantire il mantenimento della maggior quantità possibile di osso per un'adeguata riabilitazione implanto-protesica.

¹ Schropp, L. et al. Bone healing and soft tissue contour changes following single-tooth extraction: a clinical and radiographic 12-month prospective study. *Int. J. Periodontics Restorative Dent.* 23, 313-323 (2003).

Materiali

Per la preservazione dell'alveolo post-estrattivo è stata innestata una miscela di osso autologo e di Osteoxenon (OX) Mix Gel (OSP-OX22, Bioteck). A protezione del sito è stata quindi posizionata una membrana in pericardio a lento riassorbimento (Heart; HRT-002, Bioteck). Entrambi i materiali sono trattati con l'esclusivo processo Zymo-Teck, che rimuove le componenti antigeniche del tessuto mantenendone intatto il contenuto in collagene.

L'OX Mix Gel è costituito da una miscela di granuli di osso equino spongioso e corticale in un gel inerte a base acquosa. La particolare formulazione rende i granuli pronti all'uso: non è necessario idratarli in soluzione salina prima dell'applicazione.

La membrana Heart è ottenuta da pericardio equino. La rete tridimensionale di collagene di cui è composta le conferisce buona resistenza meccanica e lunghi tempi di degradazione.



Fig. 1 - Radiografia endorale preoperatoria che evidenzia il difetto osseo dell'alveolo post-estrattivo.



Fig. 2 - Incisione palatale e scollamento del lembo.

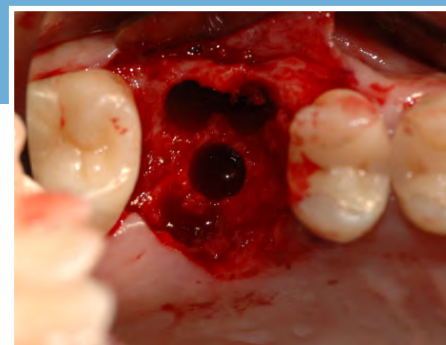


Fig. 3 - L'alveolo dopo il curettaggio e l'esecuzione della osteotomia implantare.

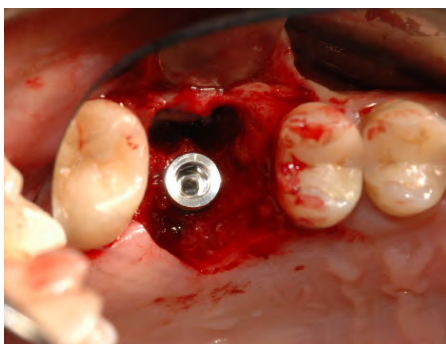


Fig. 4 - L'implanto in sede (4.5 x 11mm; Xive, Dentsply).

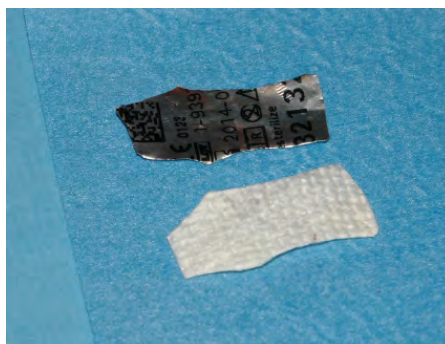


Fig. 5 - Con l'aiuto di una dima, la membrana in pericardio viene ritagliata secondo forma e dimensioni del sito.

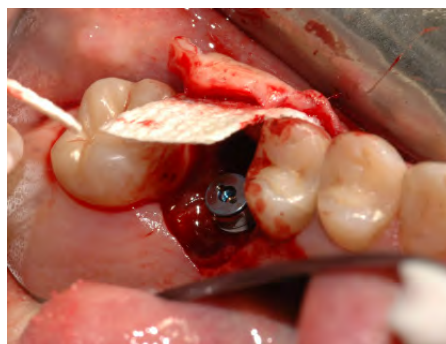


Fig. 6 - La membrana Heart viene imbustata sotto il lato vestibolare del lembo.

LA GESTIONE DELL' ALVEOLO POST-ESTRATTIVO

Impianto post-estrattivo differito e rigenerazione perimplantare con sostituto osseo di origine equina miscelato ad osso autologo e membrana in pericardio.

Chirurgia

Il caso riguarda un paziente sottoposto ad estrazione del secondo molare superiore sinistro e inserimento implantare nell'alveolo post-estrattivo. L'alveolo residuo presentava un difetto osseo esteso. Per una maggiore predicibilità dell'intervento, si è scelto di eseguire un posizionamento implantare e una rigenerazione perimplantare differiti, in modo da ottenere dei tessuti molli adeguati a ricoprire il sito innestato e la membrana.

Un mese dopo l'estrazione, veniva inciso e scollato un lembo palatale a tutto spessore. Si eseguiva la pulizia e il curettaggio dell'alveolo post-estrattivo e, preparata l'osteotomia implantare, si inseriva l'impianto (Xive, Dentsply).

A copertura dell'alveolo è stata posizionata una membrana in pericardio equino a lento riassorbimento. La membrana è stata sagomata

secondo la forma e le dimensioni dell'alveolo e imbustata sotto il lembo lungo il lato vestibolare della cavità alveolare. L'innesto veniva eseguito con una miscela di osso autologo prelevato durante la preparazione del tunnel implantare e un biomateriale in siringa composto da granuli corticali e spongiosi di osso equino deantigenato. La membrana in pericardio è stata quindi imbustata sotto il lato palatale del lembo per un efficace contenimento del materiale innestato. La sutura dei tessuti molli è stata eseguita mediante applicazione di punti staccati con monofilamento non riassorbibile.

A quattro mesi dal posizionamento implantare, si è proceduto alla scopertura dell'impianto e all'applicazione della vite di guarigione. Un mese dopo veniva avvitata la protesi provvisoria e, dopo un ulteriore mese, il moncone e la corona definitivi.



Fig. 7 – La miscela di osso autologo e OX Mix Gel. Il biomateriale è contenuto in siringhe sterili per consentirne una facile applicazione.

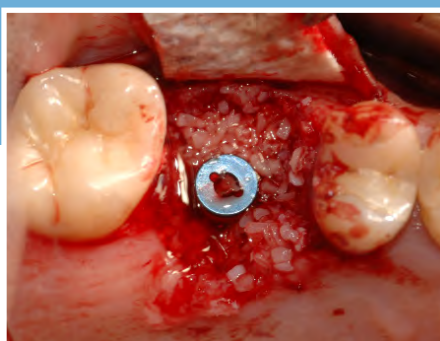


Fig. 8 – Riempimento del gap alveolare attorno all'impianto.

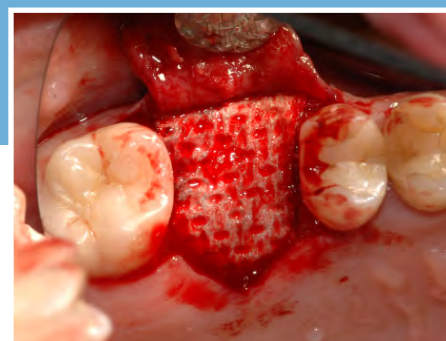


Fig. 9 – La membrana Heart imbustata palatalmente a copertura dell'innesto.

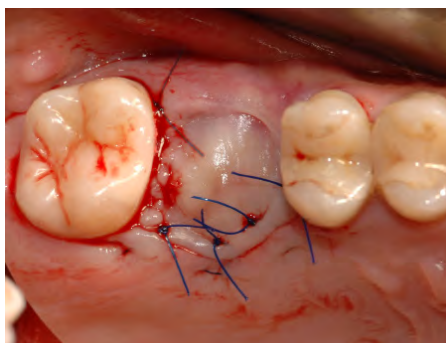


Fig. 10 – Chiusura dei tessuti molli mediante suture non riassorbibili. La presenza di tessuti molli adeguati garantirà una guarigione per prima intenzione.

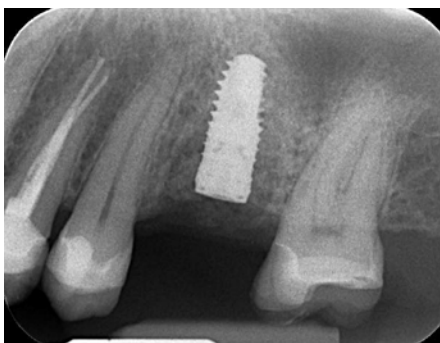


Fig. 11 – Radiografia di controllo post-operatoria che evidenzia il corretto posizionamento dell'impianto nell'alveolo innestato.



Fig. 12 – Radiografia endorale a 5 mesi dall'inserimento. Si noti la trabecolatura ossea apprezzabile nel sito rigenerato.