

GBR IN DIFETTO OSSEO A DUE PARETI CONTESTUALE ALL'INSERIMENTO IMPLANTARE

L'uso combinato di granuli cortico-spongiosi e membrana in pericardio per rigenerare una fenestrazione ossea.



Dott. Saverio Fundarò
Libero professionista
a Palermo, Italia
studiofundaro@libero.it

Nella pratica quotidiana non è raro incontrare pazienti che necessitano di riabilitazione protesica fissa e che presentano, al contempo, difetti ossei conseguenti a incidenti, compromissioni parodontali o ascessi.

Nelle situazioni che richiedono avulsione dentaria è bene considerare la possibilità di complicanze intra-operatorie o difficoltà tecniche, legate all'anatomia del sito e correlate al ridotto spessore della parete corticale vestibolare, come naturale conseguenza all'eccentricità degli elementi dentali. In particolare, in presenza di processi infiammatori e infettivi è frequente riscontrare difetti estesi o fenestrazioni che richiedono un intervento correttivo, pianificato nei tempi e nei modi adeguati. L'inserimento implantare nell'alveolo fenestrato comporterebbe, infatti, un'esposizione delle spire, un'osteointegrazione parziale e conseguenze negative dal punto di vista funzionale ed estetico, a causa della mancanza di sostegno dei tessuti molli. In questi casi, è spesso opportuno effettuare una Rigenerazione Ossea Guidata (GBR) con sostituto osseo e membrana protettiva. La scelta dei materiali deve considerare la tipologia del difetto, la biologia dello stesso e le caratteristiche del paziente. L'inserimento degli impianti può avvenire simultaneamente alla rigenerazione, oppure in un secondo momento. Anche in questo caso, la decisione dipende dalla possibilità di gestire correttamente i tessuti molli, garantire la stabilità primaria e la corretta inserzione protesicamente guidata.

Quando tutti i parametri citati possono essere soddisfatti, è possibile l'inserimento implantare simultaneo.

Materiali

La formulazione del sostituto osseo scelto per questo caso clinico è a base di granuli in siringa cortico-spongiosi di osso equino naturale e collagene osseo preservato (Bioteck), premiscelati con gel e pronti all'uso. Il tempo di rimodellamento previsto (4-6 mesi) risultava adatto alla terapia implantare.

La protezione dell'innesto è stata ottenuta con una membrana in pericardio di origine equina (HEART, Bioteck), pratica e facile da usare grazie alla sua elevata adesività

ai tessuti e ottima resistenza alla trazione. Il tempo di protezione della membrana è di circa 3-4 mesi.

I materiali impiegati non sono stati trattati con alte temperature o solventi chimici, bensì sono stati sottoposti a deantigenazione con l'esclusivo sistema Zymo-Teck®. Il processo si basa sull'impiego di enzimi, proteine in grado di eliminare in maniera precisa e selettiva varie sostanze indesiderate, rendendo i tessuti biocompatibili e privi di residui di trattamento.

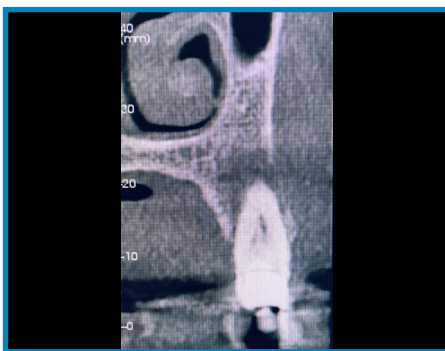


Fig. 1 – CBCT- Sezione sagittale obliqua che evidenzia l'entità della lesione ossea, causata dal 25 a carico della corticale vestibolare.

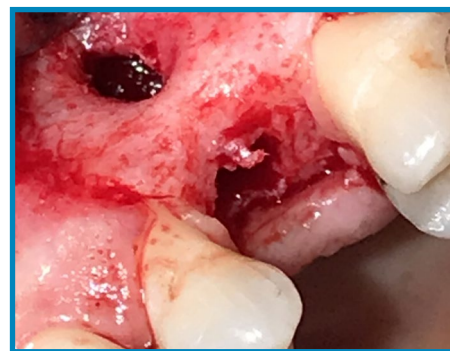


Fig. 2 – Aspetto intraoperatorio della lesione dopo la rimozione del tessuto di granulazione.



Fig. 3 – CBCT- Sezione sagittale obliqua del difetto osseo a un mese dall'avulsione del 25.

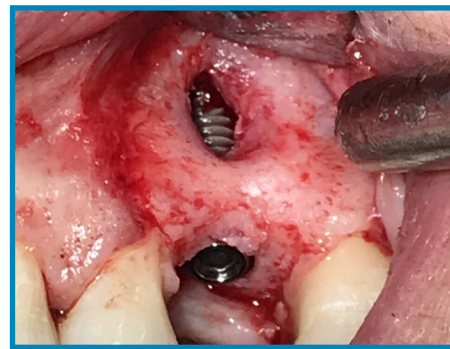


Fig. 4 – Visione intraoperatoria della fenestrazione con l'implanto inserito.

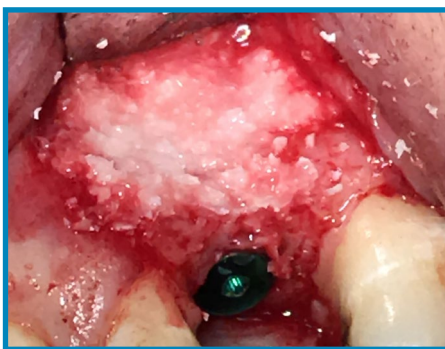


Fig. 5 – Granuli in siringa cortico-spongiosi di origine equina di dimensione 0.25-1 mm posizionati a colmare il difetto osseo.



Fig. 6 – Posizionamento della membrana in pericardio a protezione dell'innesto granulare, per evitare i micromovimenti dell'innesto e impedire l'eventuale infiltrazione di tessuti molli.

GBR IN DIFETTO OSSEO A DUE PARETI CONTESTUALE ALL'INSERIMENTO IMPLANTARE



L'uso combinato di granuli cortico-spongiosi e membrana in pericardio per rigenerare una fenestrazione ossea.

Risultati

La paziente di 56 anni si è presentata all'osservazione con un ascesso a carico del sito 25, probabilmente determinato da un trauma conseguente ad un incidente stradale avvenuto in precedenza. Dopo valutazione della situazione clinica iniziale, la diagnosi è stata approfondita con l'acquisizione di immagini CBCT. Nonostante i tentativi di mantenere il dente con approccio endodontico, l'elemento è stato riconosciuto irrecuperabile e si è deciso di procedere con la sua avulsione.

L'intervento ha previsto l'accesso al sito attraverso la creazione di un lembo trapezoidale, con incisione crestale e incisioni di scarico mediale e distale, per permettere di esplorare la lesione e procedere alla rimozione del tessuto di granulazione. In questa fase, è stato possibile valutare l'entità del difetto e la presenza di un'ampia fenestrazione ossea.

Considerati il volume della lesione e la presenza di tessuto infiammatorio, l'alveolo è stato lasciato guarire spontaneamente per un mese e la situazione è stata in seguito rivalutata con CBCT. Il posizionamento

implantare è stato pianificato a due mesi dall'estrazione. Al sollevamento del lembo è stato associato l'inserimento dell'impianto (Thommen SPI® Contact, diametro 3.5-4.0 mm, lunghezza 12.5 mm), per accedere alla fenestrazione e correggere il difetto mediante GBR, eseguita con i granuli in siringa cortico-spongiosi di origine equina, protetti dalla membrana riassorbibile in pericardio equino. La chiusura del lembo è stata effettuata con sutura in PTFE 4/0 e seta siliconata 3/0.

La seconda fase chirurgica si è svolta nove mesi dopo la procedura di GBR, mentre la protesizzazione è stata eseguita undici mesi dopo l'intervento.

Il controllo radiografico endorale ha evidenziato l'ottimo adattamento della struttura metallica in cromo-cobalto (ottenuta con metodica CAD-CAM) e l'impianto.

Il controllo clinico finale, tre mesi dopo la consegna del manufatto protesico, ha permesso di apprezzare la completa rigenerazione ossea, sia a livello midollare che corticale, e un buon aspetto dei tessuti molli.



Fig. 7 – Sutura del lembo con PTFE 4/0 e seta siliconata 3/0.

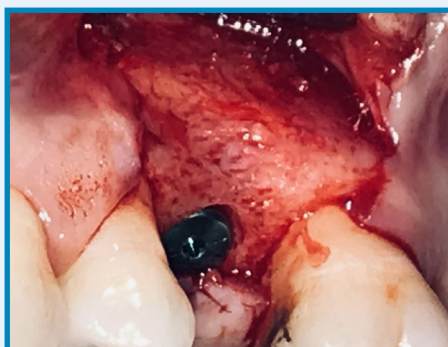


Fig. 8 – Alla riapertura, a nove mesi dalla GBR, si apprezza il rimodellamento dei granuli innestati con nuovo osso del paziente, ben vascolarizzato.

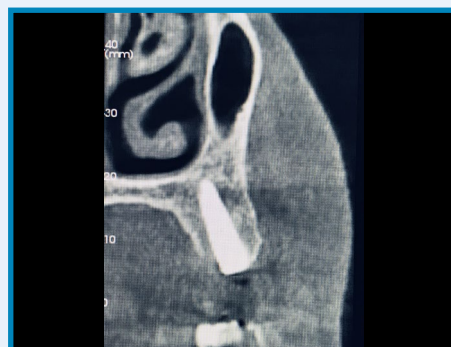


Fig. 9 – CBCT- Sezione sagittale obliqua del sito guarito che evidenzia la buona rigenerazione ossea ottenuta a livello di spongiosa e corticale.



Fig. 10 – Tessuti perimplantari dopo la seconda fase chirurgica (nove mesi dopo l'intervento di GBR).



Fig. 11 – RX endorale che evidenzia l'ottimo adattamento della struttura metallica in cromo-cobalto (ottenuta con metodica CAD-CAM) e l'impianto.



Fig. 12 – Aspetto vestibolare dei tessuti gengivali attorno al manufatto protesico tre mesi dopo la consegna.

Visita www.bioteckacademy.com per scoprire di più su SHOWCASE, il programma di social sharing clinico della Bioteck Academy e per accedere alla sempre aggiornata letteratura scientifica.

I casi SHOWCASE sono presentati dai rispettivi autori.
Essi non sono il risultato di attività scientifica o clinica sotto il controllo di Bioteck SpA che si limita a diffonderli sui canali a sua disposizione.