

RIGENERAZIONE PERI-IMPLANTARE CON L'IMPIEGO DI UNA LAMINA IN OSSO CORTICALE FLESSIBILE

Flex Cortical Sheet e granuli equini a collagene preservato nel trattamento di deiscenze implantari multiple.



Dott. Enrico Piccolo
Libero professionista in Trecase (NA), IT
www.enricopiccolo.it
Info@enricopiccolo.it
B.E.St. - Bone & Esthetic Stability

Materiali

Le deiscenze peri-implantari rappresentano difetti ossei frequentemente riscontrabili in implantologia, soprattutto nei siti caratterizzati da ridotto spessore vestibolare o da riassorbimento osseo post-estrattivo o da errato posizionamento implantare. Tali condizioni possono compromettere la corretta copertura ossea dell'implanto e influire negativamente sulla stabilità biologica ed estetica dell'implanto stesso. In questi casi, le procedure di rigenerazione tissutale guidata (GTR) e rigenerazione ossea guidata (GBR) sono tra le più utilizzate per il ripristino dei tessuti e dei volumi ossei peri-implantari.

In questo tipo di procedure, l'elemento chiave è rappresentato dall'impiego di membrane per favorire la corretta guarigione del sito trattato. Le membrane agiscono come barriera selettiva, impedendo la proliferazione di cellule indesiderate all'interno del sito di innesto, contribuendo alla stabilizzazione del materiale rigenerativo e supportando la rigenerazione dei tessuti molli. Per essere efficaci, devono possedere requisiti quali adattabilità alla geometria del difetto e fornire un tempo di protezione adeguato ai processi rigenerativi del sito trattato. Le lamine corticali flessibili a collagene preservato, una volta idratate, soddisfano tali requisiti. Inoltre, grazie alla capacità di essere riconosciute in maniera fisiologica da osteoblasti ed osteoclasti, vanno incontro a un progressivo riassorbimento e sostituzione con nuovo tessuto vitale del paziente.

L'obiettivo clinico della rigenerazione peri-implantare è ottenere un volume osseo stabile nel tempo, attraverso la formazione di una nuova corticale in grado di supportare efficacemente e durevolmente i tessuti molli peri-implantari, soprattutto nei settori ad alta valenza estetica.

L'intervento di deiscenza implantare è stato eseguito tramite l'utilizzo della lamina in osso corticale flessibile da 0.5 mm di spessore (Osteoxenon Flex Cortical Sheet, OSP-OX09, Bioteck SpA) e con il supporto di granuli cortico-spongiosi a collagene preservato di dimensione 0.25-1 mm (Osteoxenon Cancellous Cortical Granules, Bioteck SpA).

Si tratta di biomateriali di origine equina prodotti tramite il processo di deantigenazione enzimatica Zymo-Teck (Bioteck SpA). Quest'ultimo impiega enzimi e basse temperature per eliminare

tutte le componenti immunogeniche dei tessuti e al contempo preserva il collagene e la componente minerale in forma nativa.

Inoltre, la Flex Cortical Sheet subisce un ulteriore trattamento di parziale demineralizzazione al fine di rimuovere parte della componente minerale.

Grazie a questo trattamento addizionale la lamina diventa flessibile a seguito di idratazione (con soluzione fisiologica o derivati autologhi) e può adattarsi plasticamente al sito di innesto mantenendo forma e spessore.



Fig. 1 – Situazione iniziale: colletto implantare esposto su 13 e 15, deiscenza ed esposizione fixture in 14 e segni di infiammazione dei tessuti perimplantari.

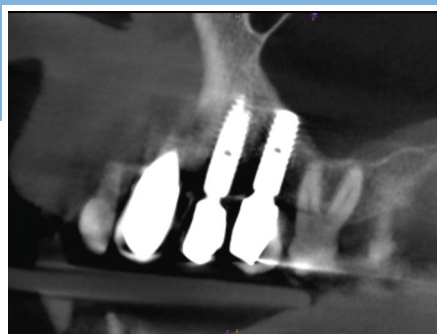


Fig. 2 – Situazione iniziale: immagine TAC Cone Beam (CBCT) sezione piano sagittale dove si può notare la notevole perdita ossea negli spazi interimplantari.

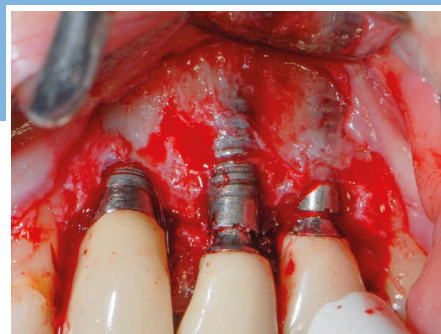


Fig. 3 – Esposizione del sito chirurgico con evidenza sulle spire esposte vestibolarmente e del malposizionamento implantare in direzione apico-coronale.



Fig. 4 – Disegno del difetto sulla dima chirurgica.



Fig. 5 – Flex Cortical Sheet prima del taglio e della sagomatura sulla base della dima chirurgica.



Fig. 6 – Granuli cortico-spongiosi a collagene preservato idratati con soluzione fisiologica.

RIGENERAZIONE PERI-IMPLANTARE CON L'IMPIEGO DI UNA LAMINA IN OSSO CORTICALE FLESSIBILE



Flex Cortical Sheet e granuli equini a collagene preservato nel trattamento di deiscenze implantari multiple.

Risultati

Il caso in esame riguarda una paziente non fumatrice di 65 anni che presentava impianti in posizione 13-14-15 con spire esposte. Lo stato di salute generale della paziente risultava buono. A livello del cavo orale si è resa necessaria una fase preliminare di igiene professionale e profilassi antibiotica, finalizzata alla gestione di lesioni cariose trattate incongruamente, riabilitazioni protesiche non corrette e foci infetti.

Dato il rifiuto della paziente alla rimozione degli impianti, si procedeva con la creazione di un lembo a spessore variato con preservazione delle papille interdentali dalla posizione 16 a 12, ribaltate sul versante palatale per consentire la completa esposizione del sito. Dopo la rimozione del tessuto fibroso residuo, veniva eseguita la decontaminazione chimica e meccanica delle spire implantari esposte. Successivamente, mediante una dima chirurgica impiegata come guida per rilevare la morfologia del difetto, comprensivo degli spazi interdentali, si procedeva alla sagomatura della Flex Cortical Sheet.

Dopo idratazione per alcuni secondi con soluzione fisiologica sterile, la lamina veniva adattata al difetto, fissata nella porzione più apicale mediante due pin in

titanio e delicatamente inserita negli spazi interdentali per essere ripiegata sul lato palatale. Prima del ripiegamento, le spire implantari esposte venivano coperte con granuli a collagene preservato, precedentemente idratati con soluzione fisiologica. L'ultimo passaggio ha previsto che le porzioni terminali della lamina, una volta inserite negli spazi interdentali, fossero imbustate al di sotto del lembo palatale a spessore totale evitando così l'uso di pin palatali.

A due mesi dall'intervento le spire implantari risultavano completamente coperte e le papille interdentali conservate. La residua esposizione di circa 2 mm del colletto del moncone in posizione 14, dovuta alla sua morfologia incongrua, veniva successivamente corretta mediante innesto connettivale palatale autologo.

A 6 mesi dall'innesto osseo era possibile osservare un buon incremento dei tessuti molli e dei tessuti duri. Infatti, alla seconda CBCT eseguita a 6 mesi post intervento, è possibile notare un buon miglioramento del tessuto osseo negli spazi interimplantari. L'intervento finalizzato con un ponte in zirconia e ceramica, ha permesso di rispondere alle esigenze della paziente che voleva ottenere un'estetica migliore coprendo le spire degli impianti esposte.



Fig. 7 – Sito coperto con la Flex Cortical Sheet idratata e adattata, fissata con pin apicalmente e ripiegata negli spazi interdentali coronalmente.

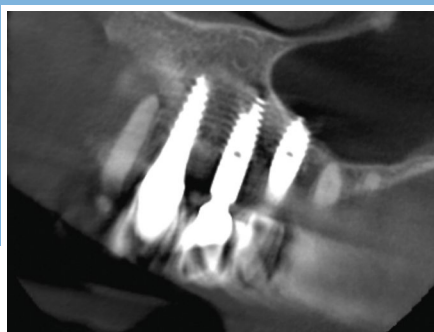


Fig. 8 – Immagine CBCT sezione piano sagittale a 6 mesi dall'intervento dove, rispetto alla precedente, si può notare neoformazione ossea negli spazi interimplantari.



Fig. 9 – Guarigione tissutale a 6 mesi dalla rimozione delle suture con residua esposizione di 2 mm del colletto in posizione 14.

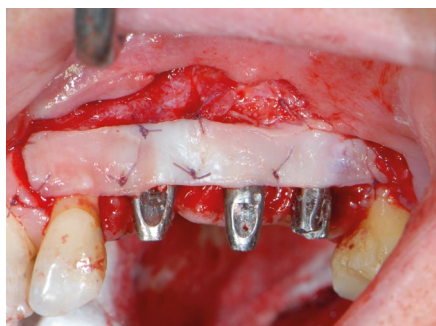


Fig. 10 – A 30 settimane dalla GBR veniva eseguita plastica gengivale con innesto connettivale palatale autologo.



Fig. 11 – Visione a due mesi dalla rimozione dei punti di sutura dell'innesto connettivale con posizionamento ponte in zirconia e ceramica.



Visita www.bioteckacademy.com per altre schede cliniche e per accedere alla sempre aggiornata letteratura scientifica.