



GAZZETTA MEDICA ITALIANA

ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE

VOL.160·N.1

FEBBRAIO 2001



**EDIZIONI
MINERVA
MEDICA**

Rigenerazione ossea guidata e impianto post-estrattivo immediato

Analisi di un caso clinico

L. DAL CARLO

GUIDED BONE REGENERATION AND IMPLANT INSERTED STRAIGHT AFTER EXTRACTION. ANALYSIS OF A CLINICAL CASE

The advantages obtained by using the GBR in the fresh extraction sites, saving the remaining bone and shortening the steps to attain the definitive prosthesis are presented. A clinical case on the subject is described.

Key words: Guided tissue regeneration - Prosthesis implantation - Biocompatible materials.

Libero Professionista - Venezia

La rigenerazione ossea guidata (GBR) consente in implantologia orale di curare aspetti che vanno al di là del risultato funzionale, conferendo una migliore qualità estetica ed igienica al profilo emergente dell'impiantoprotesi¹⁻³.

Nei casi in cui all'estrazione di un elemento dentario consegua la presenza di un alveolo di cui sia facilmente prevedibile il riassorbimento, è conveniente per il paziente che vengano posti in atto tutti i presidi utili a consentire di sfruttare al meglio il tessuto osseo residuo⁴.

La chirurgia parodontale, l'implantologia, i materiali osteo-integratori e le membrane trovano in questi casi il modo di essere utilizzati

sinergicamente per ottenere il risultato, rendendo al paziente il servizio non indifferente di evitargli il coinvolgimento degli elementi adiacenti⁵⁻¹⁶.

L'estrazione di un elemento dentario parodontalmente compromesso comporta di frequente il collasso della cresta ossea.

Nel caso in cui l'elemento interessato sia un molare inferiore, spesso la semplice sutura dei lembi vestibolare e linguale non consente di chiudere in modo efficace la cavità, esponendo l'alveolo al rischio che vi si infiltrino residui di cibo rendendo ancora più problematica la guarigione e maggiore il riassorbimento del tessuto osseo.

Nel caso in cui non si agisca tempestivamente, l'atrofia a cui va incontro la cresta ossea obbliga, in sede di riabilitazione protesica, alla scelta di fare un ponte di protesi fissa andando ad interessare gli elementi adiacenti, o di cercare un aumento verticale di cresta, la cui predicibilità di successo è ancor oggi oggetto di discussione.

La scelta di mettere in atto i presidi utili ad ottenere una GBR immediatamente dopo l'estrazione trova di conseguenza la sua

Pervenuto il 7 aprile 2000.
Accettato il 22 febbraio 2001.

Indirizzo per la richiesta di estratti: L. Dal Carlo - San Marco, 5010 - 30124 Venezia.

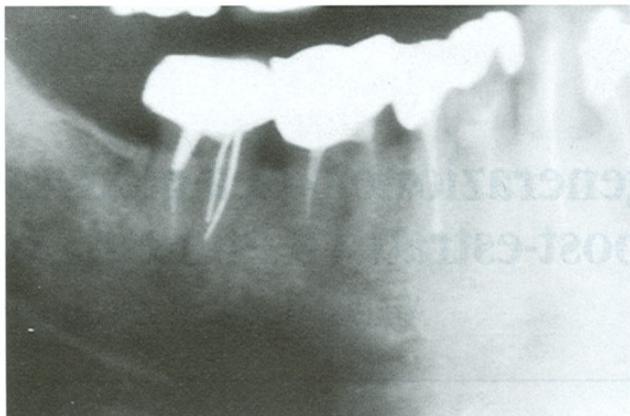


Fig. 1. — Lesione combinata endodontico-parodontale del primo molare inferiore di destra.

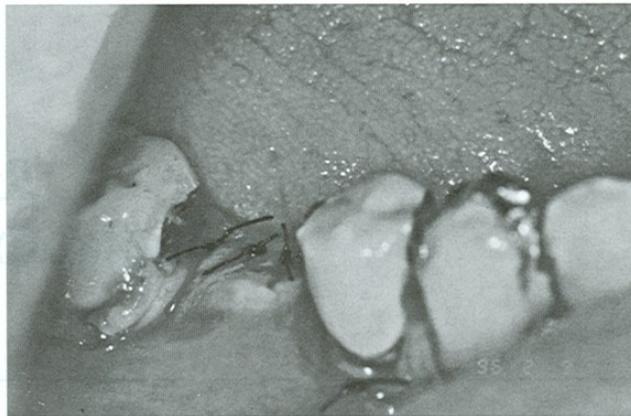


Fig. 4. — Sutura del lembo nella zona operata.

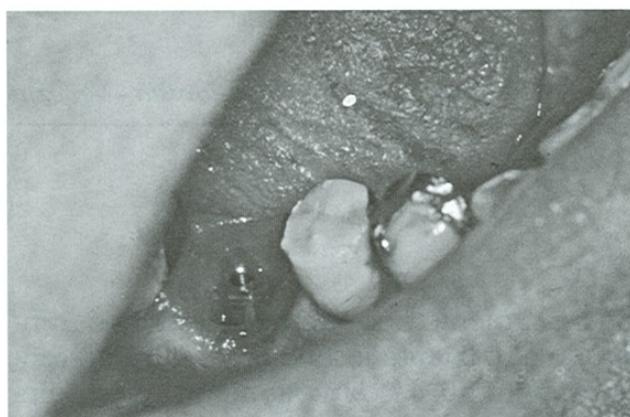


Fig. 2. — Porzione apicale della vite infissa nel tessuto osseo.

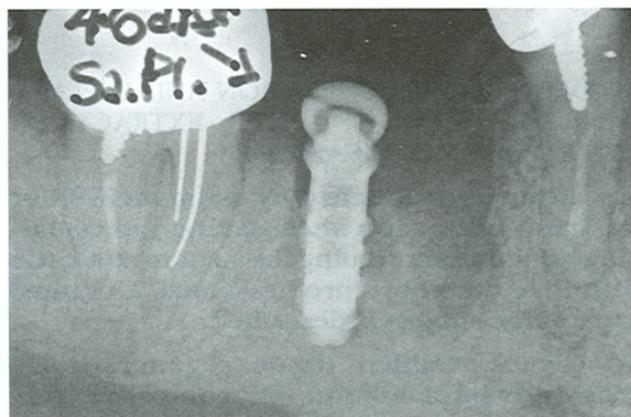


Fig. 5. — Radiografia postoperatoria.



Fig. 3. — Materiale a base di collagene posto nell'alveolo fissato alla vite-tappo.

giustificazione nella volontà di conservare la maggior quantità di tessuto osseo possibile.

L'estrazione deve essere seguita da una accurata toilette chirurgica, utile a rinfuovere

ogni residuo di tessuto infiammato dall'alveolo 7.

Caso clinico

S.P., paziente di sesso maschile di 67 anni all'epoca dell'intervento, necessitava dell'estrazione del primo molare inferiore di destra, affetto da una lesione combinata endodontico-parodontale che non consentiva di nutrire speranze di conservarlo (fig. 1).

Gli elementi adiacenti non apparivano essere nelle condizioni ideali per svolgere la funzione di pilastri di protesi fissa con buone garanzie di durata, sia perché i trattamenti endodontici a cui erano stati sottoposti non apparivano radiograficamente ineccepibili, sia perché da lungo tempo portatori di protesi fisse.

Reputai di conseguenza che fosse indicato cercare di ottenere una rigenerazione ossea guidata, con il fine di realizzare una corona protesica singola su impianto.

Subito dopo l'estrazione, attuai una prolungata toilette chirurgica, in modo da eliminare accuratamente ogni residuo di tessuto infiammatorio.

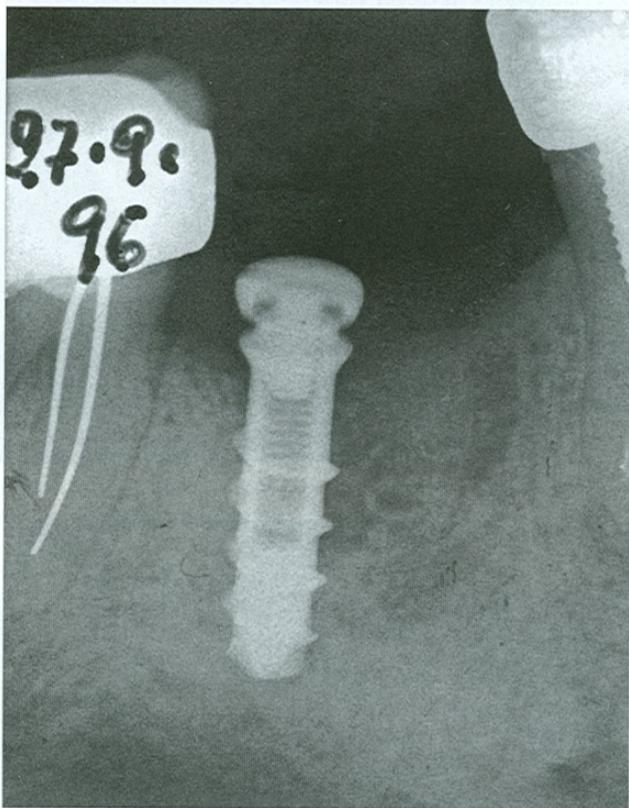


Fig. 6. — Radiografia a 7 mesi e mezzo dopo l'intervento.

Conclusa questa fase procedetti all'inserzione di un impianto a vite sommersa con esagono esterno I.T.C. OR-VIT della lunghezza di 12 mm, di cui rimanevano esposti circa 5 mm (fig. 2).

Constatata la necessità di instaurare i presupposti per la rigenerazione guidata, misi nell'alveolo un materiale a base di collagene, idrossiapatite e glicosaminoglicani (Biostite)⁸, utile a dare sostegno alla membrana in acido poliglicolico Biofix che vi posi sopra fissandola alla vite-tappo (fig. 3).

Scollai quindi un lembo a tutto spessore approfondendo le incisioni rilascianti vestibolarmente in modo da consentirmi di manovrare riposizionando il lembo coronalmente andando a ricoprire completamente la zona operata^{19 12} e lo suturai (fig. 4).

Nella radiografia postoperatoria si può apprezzare come una parte cospicua dell'impianto sia al di fuori del tessuto osseo naturale, avvolta solo da Biostite, e come la vite tappo sia leggermente sollevata dallo spessore della membrana che da essa è trattenuta (fig. 5).

A distanza di 7 mesi e mezzo dall'intervento la situazione radiografica dava la sensazione di un apprezzabile addensamento attorno alla superficie dell'impianto (fig. 6).

Attesi tuttavia più di 1 anno prima di passare alle fasi successive del lavoro.

Avendo deciso di realizzare una corona protesica avvitata^{3 13 15}, procedetti a fare l'impronta con l'ap-

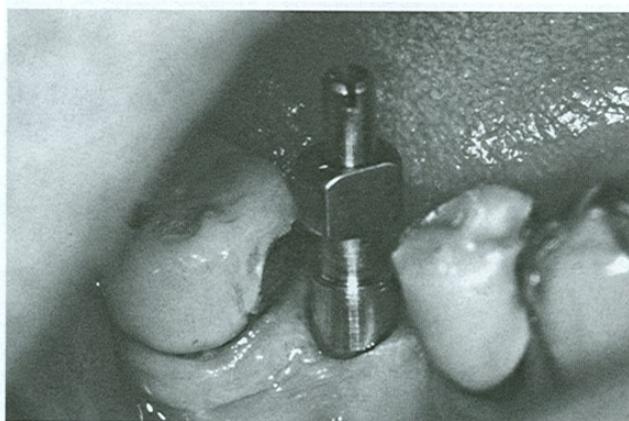


Fig. 7. — Il transfer in sede prima dell'impronta.

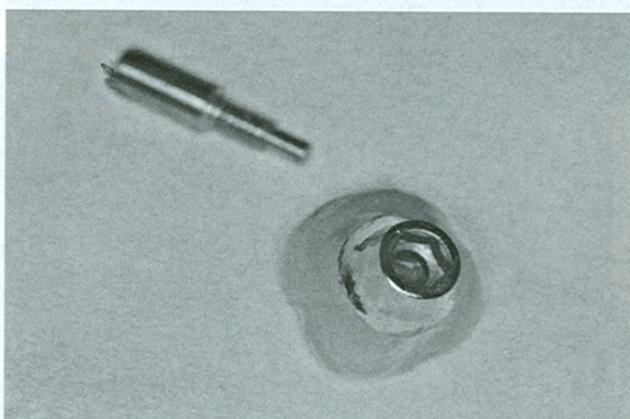


Fig. 8. — La corona avvitata all'impianto viene cementata.

posito «transfer» da laboratorio, che consente all'odontotecnico di riprodurre fedelmente sul modello in gesso la posizione dell'impianto (fig. 7).

Completai il lavoro cementando definitivamente la corona avvitata all'impianto, in un contesto parodontale privo di segni di infiammazione (fig. 8-11).

All'esame radiografico fatto a distanza di 2 anni e mezzo dall'intervento non si rilevano difetti di integrazione ossea attorno alla superficie dell'impianto (fig. 12).

Discussione

Sul tempo di attesa che deve precedere l'inserzione dell'impianto dopo l'estrazione del dente il dibattito è aperto e in letteratura le posizioni dei diversi A. sono contrastanti⁴.

La mia personale esperienza con impianti inseriti subito dopo estrazione, maturata con quei casi in cui l'attesa postoperatoria avrebbe prevedibilmente comportato il collasso

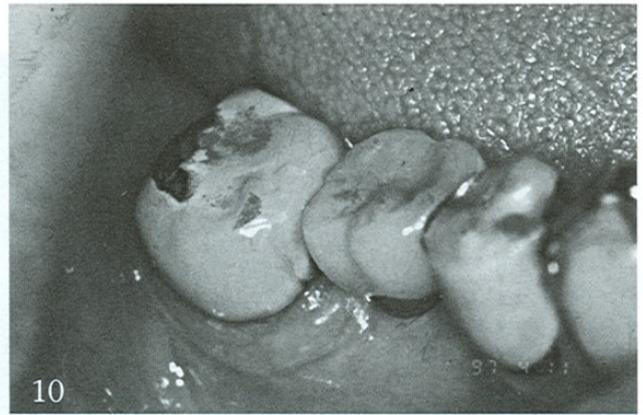


Fig. 9, 10. — L'aspetto delle mucose attorno all'impianto (fig. 9) La corona dopo l'otturazione in composito della cavità che accoglie il pernino di fissaggio (fig. 10).

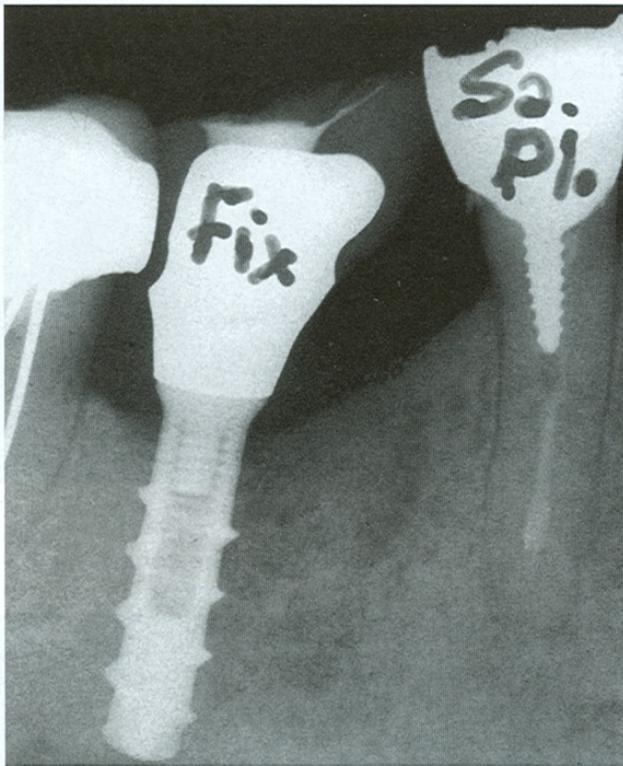


Fig. 11. — La radiografia fatta dopo la cementazione consente di apprezzare la regolarità del profilo emergente di questa soluzione protesica.

della cresta pregiudicando la possibilità di fare l'impianto in seguito, mi ha fornito l'indicazione che se l'estrazione di un dente affetto da infiammazione cronica è seguita da una accurata toilette chirurgica non vi sono controindicazioni all'inserzione dell'impianto immediatamente dopo estrazione.

L'attuazione di una sostituzione così rapida della radice compromessa presenta alcuni vantaggi rilevanti:

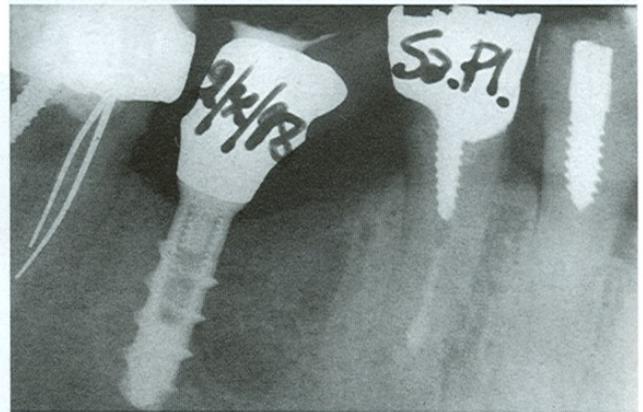


Fig. 12. — Radiografia endorale fatta a due anni e mezzo di distanza dall'intervento.

- 1) riduzione del tempo totale utile alla realizzazione del lavoro;
- 2) mantenimento della maggior quantità di tessuto osseo possibile;
- 3) certezza da parte del paziente di non incorrere nella sorpresa di non poter più fare il lavoro per un eccesso di riassorbimento della cresta ossea;
- 4) posizionamento dell'impianto esattamente nel punto in cui si trovava la radice;
- 5) riduzione del tempo e dell'insulto operatorio, poiché non bisogna «riaprire» per inserire l'impianto.

Conclusioni

L'orientamento secondo il quale debba essere messo in atto ogni presidio ragionevolmente applicabile per consentire al paziente

di recuperare la funzione perduta limitando al massimo il dispendio in termini di tessuti biologici, trova nella rigenerazione guidata un valido esempio, poiché con essa si nobilitano nuovamente tessuti altrimenti destinati al riassorbimento.

Gli impianti sommersi si prestano particolarmente bene a questo tipo di soluzione tecnica ¹⁶.

Riassunto

I vantaggi ottenuti grazie all'utilizzo della rigenerazione ossea guidata (GBR) nei siti di recente estrazione, permettono di salvare l'osso rimanente e di accorciare i tempi per ottenere una protesi definitiva.

Parole chiave: Rigenerazione ossea guidata - Protesi, impianto - Materiali biocompatibili.

Bibliografia

1. Bartolucci EG. Atlante di Chirurgia Periimplantare. Pavia: Edizioni Scientifiche, 1997.
2. Simion M, Chierichetti V, Gionso L, Iamoni F, Maglione M. Rigenerazione guidata della cresta ossea in relazione all'utilizzo di impianti osteointegrati. Il Dentista Moderno, N. 4, 1999.
3. Spiekermann H. Implantologia. Milano: Masson, 1995.
4. Schwartz-Arad D, Chaushu G. The ways and wherefores of immediate placement of implants into fresh extraction sites: a literature review. J Periodontol 1997;68(10):
5. De Luca M, Mangano C, Gatto R, Venini G. L'impiego del titanio in implantologia. Il Dentista Moderno, UTET, 1988;3:531.
6. Pasqualini U. Le patologie occlusali. Milano: Masson 1993:35.
7. Sailer Hermann F, Pajarola Gion F. Chirurgia orale. Milano: Masson 1997:34.
8. Mozzati M. Risposte cliniche ed istologiche al riempimento con biostite dei difetti ossei in odontostomatologia. Quintess Int 1996;8-9:447-52.
9. Calandriello M, Carnevale G, Ricci G. Parodontologia. Cides Odonto Editrice, 1986.
10. Carranza Fermin A jr. Glickman's parodontologia clinica. Piccin 1990:72.
11. Kinoshita Shiro. Atlante a colori di Parodontologia. Padova: Piccin 1987:63.
12. Linde J. Parodontologia. Milano: Edi Ermes, 1984.
13. Massironi D, Battistelli A, Pascetta R. La precisione nella restaurazione protesica. Milano: Resch Editrice 1993.
14. Simionato F. Scienza dei materiali dentari. Padova: Piccin 1996:929.
15. Tasca G. Implanto-protesi, la clinica e il laboratorio. Rivista di Odontoiatria degli Amici di Brugg 1997:4.
16. Weber HP, Buser D, Donath K. Comparison of healed tissues adjacent to submerged and non - submerged unloaded titanium dental implants. A histometric study in beagle dogs. Clin Oral Impl Res 1996;7:11-9.