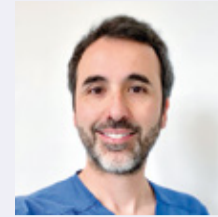


CASO CLINICO

Impianto in zona estetica con Gbr orizzontale: tecnica alternativa



> Matteo Bordin
Libero professionista
a Terrazzo (Verona)

Le procedure di aumento dei tessuti duri che utilizzano la rigenerazione ossea guidata (Gbr) hanno mostrato tassi di successo eccellenti e riproducibili per molti anni e hanno assicurato un livello relativamente basso di invasività chirurgica per i pazienti. Quando si utilizzano membrane riassorbibili e innesti di particolato, l'obiettivo principale è la stabilizzazione del biomateriale nel difetto e la sua protezione, poiché le particelle dell'innesto possono migrare e la membrana, se non adeguatamente stabilizzata, può collassare sotto il lembo.

Lo scopo di questo articolo è illustrare un caso clinico che ha previsto il fissaggio di una membrana riassorbibile sull'osso sottostante, immobilizzando un innesto di particolato con una sutura riassorbibile nelle procedure Gbr orizzontali. L'uso di questo approccio riduce al minimo la necessità di un secondo intervento chirurgico di recupero, evita danni alle strutture anatomiche adiacenti durante l'inserimento dei perni o delle viti e migliora la compliance per il paziente.

Tecnica di sutura verticale e palatale a materassaio periostale: caso clinico

Un paziente di 52 anni di sesso maschile si presenta presso la nostra struttura con la necessità di riabilitazione implantoprotesica dell'elemento 21, che era stato precedentemente estratto a causa di una frattura radicolare.

Il paziente si presentava in buono stato di salute, non assumeva farmaci e non era fumatore.

A fine diagnostico è stata eseguita un'attenta analisi clinica e radiografica (figg. 1 e 2) che ha evidenziato un difetto dei tessuti duri in zona 21. In particolare era evidente un difetto osseo prevalentemente di tipo orizzontale che rendeva necessario un intervento di rigenerazione ossea guidata contestuale al posizionamento implantare.

Tecnica chirurgica

Nella gengiva cheratinizzata si usa tipicamente un'incisione mediocrestale a tutto spessore con bisturi chirurgico 15c. Per l'accesso chirurgico, la/le incisioni verticali divergenti vengono posizionate a un dente di distanza dal sito chirurgico. In particolare, per eseguire una procedura di Gbr orizzontale utilizzando questa tecnica di fissazione della membrana, dovrebbe essere utilizzato un lembo triangolare o rettangolare, costituito da una incisione crestale e una o due incisioni di rilascio verticale. Quando possibile, una volta scheletrizzato, viene preparato il sito implantare secondo i protocolli di preparazione dedicati (Dental Tech) (fig. 2).

È importante ottimizzare la preparazione del tunnel implantare al fine di ottenere un'importante stabilità primaria (almeno 35N). Una volta posizionato l'impianto (ImpLassic FT3, Dental Tech), viene avvitato un condizionatore gengivale cilindrico di altezza 2 mm per facilitare i tessuti molli alla formazione di una corretta ampiezza biologica (fig. 3). Viene quindi eseguita la passivazione vestibolare del lembo per ottenere una sutura passiva e una guarigione della ferita per prima intenzione.

Successivamente si procede con la fissazione della membrana che, dopo essere stata sagomata, viene inserita al di sotto del lembo palatino e quindi stabilizzata mediata una sutura singola interrotta (riassorbibile 5-0'); la fissazione deve avvenire a 6-8 mm dalla linea di incisione crestale (fig. 4).

La sutura riassorbibile periostale (sutura sottile, ad esempio 5-0) viene iniziata suturando il periostio apicalmente all'incisione di rilascio periostale da distale a mesiale.

Viene quindi posizionato un innesto di particolato (mix autologo-eterologo) nel difetto osseo perimplantare, dapprima crestalmente e poi vestibolarmente. La porzione più vestibolare del difetto è stata trattata con solo osso eterologo per garantire un riassorbimento più lento nel tempo. In questo caso è stata utilizzata una membrana in pericardio a doppio strato riassorbibile (Bioteck) (fig. 5).

Viene quindi ribattuta la membrana vestibolarmente e, per garantire una maggiore stabilità dell'innesto, si procede con la fissazione della stessa attraverso chiusura sul lato palatino e creando tensione sulla membrana fino a fissarsi sull'osso sottostante.

Dopo che la membrana è stabilizzata e l'innesto osseo risulta essere meccanicamente stabile, avviene la fase di chiusura in due del lembo. Il primo strato viene chiuso con suture a materassaio orizzontali poste a 4 mm dalla linea di incisione e vengono utilizzate suture singole interrotte per chiudere i bordi del lembo. Le incisioni verticali vengono chiuse utilizzando suture

singole interrotte, che possono essere rimosse da 10 a 14 giorni dopo l'intervento. Le suture crestali a materassaio dovrebbero rimanere invece in posizione per almeno tre settimane. La sutura di stabilizzazione dell'innesto, essendo interna, non verrà rimossa.

Le restanti procedure possono essere eseguite secondo la pratica clinica standard e non è necessaria un'ampia revisione chirurgica per la rimozione di pin o viti di fissazione (fig. 6).

Dopo aver eseguito un controllo radiografico (Cbct) a quattro mesi (fig. 7) che evidenzia l'ottima integrazione dell'impianto e una quantità e qualità di rigenerazione soddisfacenti, si procede quindi con la fase di riapertura dell'impianto e successiva protezione. Una volta ottenuto una corretta anatomia dei tessuti duri e molli perimplantari, la riabilitazione protesica sarà orientata ad una stabilizzazione di tali componenti e all'estetica dentale (fig. 8).

Conclusioni

Nei casi di Gbr può essere preferibile la fissazione di una membrana di collagene riassorbibile e l'immobilizzazione dell'innesto osseo con mezzi di fissazione quali pin e viti da osteosintesi. Tuttavia, per i siti implantari singoli con denti adiacenti, la tecnica qui descritta fornisce una valida alternativa. L'esperienza clinica ha mostrato un basso tasso di deiscenza e buoni risultati di rigenerazione ossea; inoltre risulta essere ottimamente tollerata dal paziente se confrontata con tecniche che prevedono l'utilizzo di pin.

Una corretta preparazione osteotomica e l'utilizzo di un device implantare che ci consente di ottenere una prevedibile integrazione sono inoltre aspetti fondamentali.

Da ultimo, ma non per importanza, è essenziale una corretta finalizzazione protesica al fine di garantire integrità ossea marginale e stabilità a lungo termine dei tessuti molli e duri.



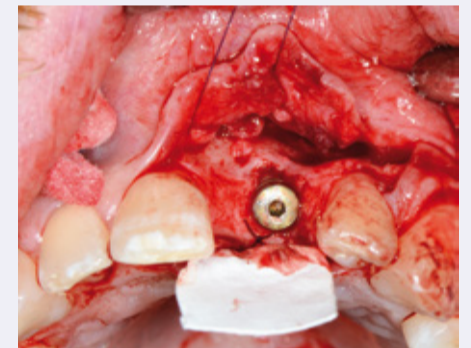
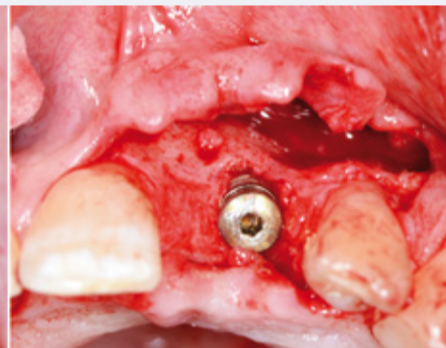
> Fig. 1: situazione clinica iniziale



> Fig. 2: situazione radiografica iniziale Cbct



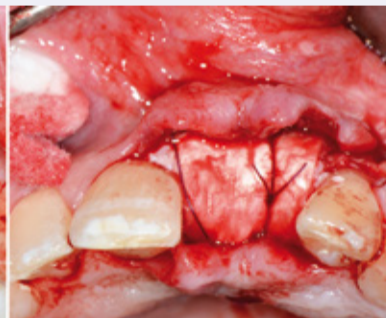
> Fig. 3: inserimento implantare ImpLassic FT3 diametro 3,75x11,5 Dental Tech



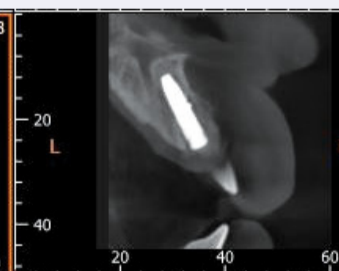
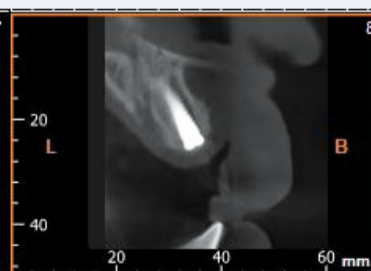
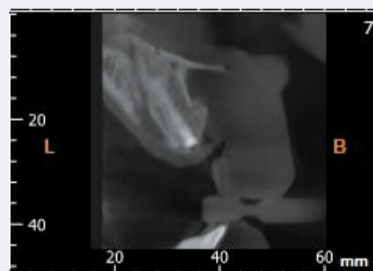
> Fig. 4: difetto osseo in visione palato-buccale, fissazione palatina della membrana



> Fig. 5: posizionamento dell'innesto osseo, fissazione palatina della membrana



> Fig. 6: guarigione dei tessuti molli



> Fig. 7: esame Cbct a 4 mesi dall'intervento



> Fig. 8: protesi definitiva a 6 e 12 mesi