

RIGENERAZIONE OSSEA IN UNA MONOEDENTULIA MOLARE

RIASSUNTO

L'autore descrive un caso di monodentulia molare che, per la sua soluzione, ha richiesto un'adeguata ricrescita ossea in modo da consentire una buona affidabilità dell'impianto posizionato. Il risultato finale è stato soddisfacente.

INTRODUZIONE

Moltissimo è stato già scritto sulla riabilitazione protesica su impianti ed è senz'altro superfluo ribadire quanto sia opportuno e auspicabile riabilitare protesicamente senza ledere altri elementi dentari (1, 2, 3, 4).

Qualche difficoltà in più si riscontra quando, in particolare a seguito di un'affezione parodontale, così come nel caso descritto, la sede destinataria dell'impianto si presenta con un tessuto osseo scarso o di cattiva qualità.

Mentre gli obiettivi e le strategie sono chiari a quanti si occupano di GBR (Guided Bone Regeneration), appare a volte difficile motivare il paziente a opportuni comportamenti.

Le attuali procedure e i materiali a disposizione sono certamente aiuti confortanti nella ricerca di soluzioni adeguate.

CASO CLINICO

Il paziente FM, di sesso maschile, di 46 anni, in buone condizioni di salute, veniva sottoposto il 27 marzo 1998 a visita odontoiatrica, in quanto lamen-

tava una leggera dolenzia in area 47 e, soprattutto, avvertiva una notevole mobilità del medesimo elemento già alla pressione linguale.

All'esame clinico si confermava il reperto di mobilità e si riscontrava la presenza di fistola in corrispondenza dell'elemento 47 (fig. 1). Al sondaggio si evidenziava una tasca parodontale superiore al centimetro lungo l'intero perimetro coronale.

La parodontopatia diagnosticata si presentava netta, grave e circoscritta; non si evidenziavano altri elementi, in entrambe le arcate, che presentassero segni di sofferenza parodontale anche minimi.

L'igiene orale del paziente, nonostante l'episodio dell'elemento 47, poteva essere definita buona.

L'immagine radiografica (fig. 2) mostrava l'elemento 47 in condizioni di impossibile recupero: infatti, lo spazio tra la radice distale e quella mesiale era inferiore allo spessore di una curette e il livello di compromissione del tessuto osseo era assai grave. Il cratere periradicolare, per le sue dimensioni, sia in senso mesiodistale sia vestibololinguale, lasciava poche alternative: o la realizzazione di un ponte comprendente gli elementi 46 e 48, o la rigenerazione ossea, inserendo un impianto in sede 47.

La scelta veniva discussa con lo

stesso paziente, che offriva il suo consenso alla seconda ipotesi.

Dopo l'avulsione dell'elemento 47, veniva eseguito un accurato curettage a cielo chiuso dell'area interessata dall'infezione, facendo lavorare gli strumenti in bagno di antibiotico (lincomicina 600 mg). Dopo aver suturato il sito, al paziente venivano prescritti lavaggi con collutorio a base di clorexidina fino alla successiva visita.

A distanza di tre settimane il paziente veniva rivisto per la rimozione dei punti. La parete mucosa vestibolare si mostrava collassata all'interno dell'alveolo (fig. 3). All'immagine radiografica (fig. 4) il sito osseo si presentava con una sottile parete ossea dal versante linguale, mentre dal versante vestibolare il riassorbimento osseo era totale.

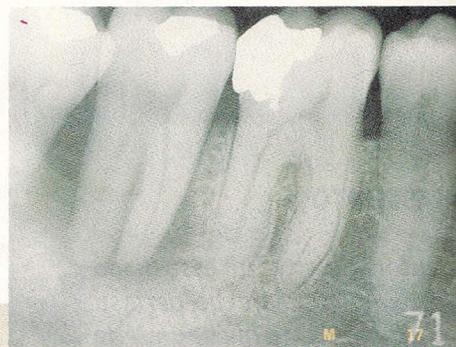
Praticato un lembo di apertura, si procedeva a un'accurata pulizia del tessuto di granulazione e veniva messo a nudo l'osso della mandibola.

Veniva quindi inserito un impianto postestrattivo di 6 mm di diametro e 13 mm di altezza con filettatura a passo largo. Il foro d'invito era tale da consentire l'alloggiamento dello stelo dell'impianto e il resto del sito implantare veniva eseguito utilizzando il maschiatore analogo.

La scelta di questo tipo di impianto era dettata dal deside-



1



2



3



4

*Fig. 1: aspetto clinico alla prima visita: si noti la fistola vestibolare.
Fig. 2: radiografia eseguita in prima seduta: la compromissione dell'elemento 47 è molto grave. Si noti lo spazio estremamente ridotto tra le radici distale e mesiale del molare.
Fig. 3: venti giorni dopo l'estrazione la mucosa si presentava collassata all'interno dell'alveolo.
Fig. 4: immagine radiografica subito dopo l'estrazione dell'elemento 47.*

rio di lasciare un adeguato volume per la ricrescita ossea e di avere, contemporaneamente, una buona superficie di osteointegrazione: il foro corrispondente al diametro dello stelo dell'impianto risultava peraltro poco profondo e minimo, di conseguenza, il lavoro del maschiatore, data la scarsa quantità di osso lavorabile. La vicinanza al canale mandibolare e la posizione della zona di intervento rendevano l'operazione piuttosto indaginosa. Alla fine si otteneva l'inserimen-

to di circa un giro completo di filettatura, che assicurava la stabilità primaria dell'impianto (fig. 5). Gli spazi residui venivano riempiti mediante l'inserimento di Fisiograft in gel (fig. 6). Il tutto veniva poi ricoperto da una membrana non riassorbibile Regent (costituita da politetrafluoroetilene espanso-PTFE-), sagomata precedentemente, che veniva bloccata in situ dalla stessa vite di copertura dell'impianto (fig. 7); questo consentiva l'inserimento stabile lungo tutto il suo perimetro nello spa-

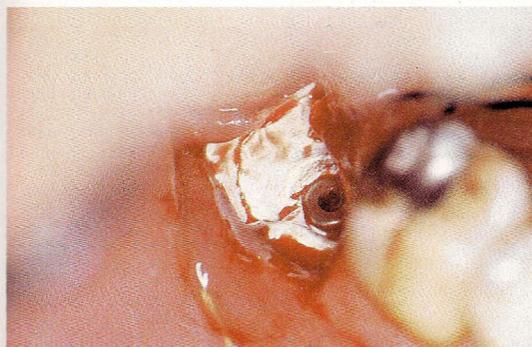
zio ricavato dallo scollamento della mucosa dal periostio. Si procedeva quindi alla sutura della mucosa. Il paziente veniva dimesso, con le raccomandazioni di routine del caso e con la prescrizione del già utilizzato collutorio. Dopo circa sette settimane, decorse in assenza di alcuna sintomatologia significativa, il paziente si presentava preoccupato per una deiscenza nell'area operata e l'evidente scopertura della membrana (fig. 8). A causa della presenza di tale



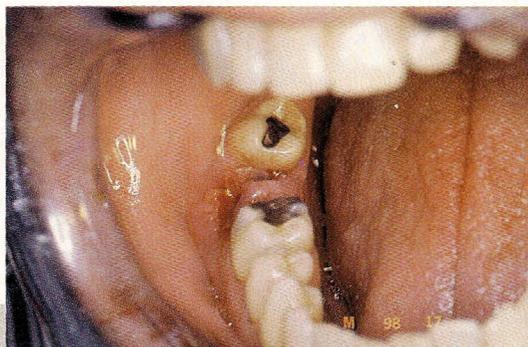
5



6



7



8

Fig. 5: la stabilità primaria dell'impianto è assicurata da poco più di un giro di filettatura.

Fig. 6: viene inserito del Fisiograft in gel per colmare il vuoto perimplantare.

Fig. 7: la vite di copertura tiene bloccata la membrana in PTFE nella sua porzione centrale mentre, lungo il perimetro, la membrana è inserita nello spazio ricavato dallo scollamento della mucosa col periostio.

Fig. 8: a circa sette settimane, questo è l'aspetto clinico della zona operata: la membrana è scoperta e infetta.

infezione in atto, la membrana veniva subito rimossa (la rimozione della membrana non riassorbibile era peraltro prevista dopo otto settimane). Tolta la membrana, si poteva apprezzare, perimetralmente all'impianto, un'area di consistenza leggermente gelatinosa, che veniva lavata delicatamente con antibiotico. La vite di copertura non veniva reinserita e si procedeva alla sutura della parte.

Dopo cinque mesi, l'aspetto radiografico era confortante (fig.

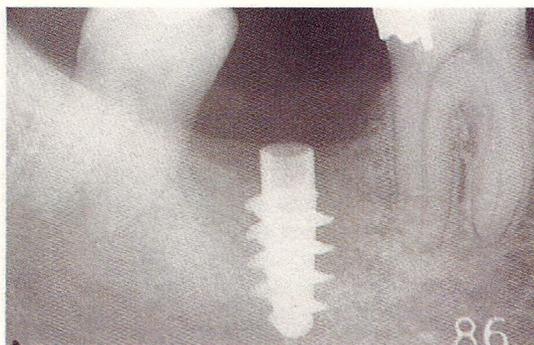
9), presentando un opacamento nell'area precedentemente riempita con Fisiograft in gel, a testimonianza di una rigenerazione ossea.

Dopo circa un anno dall'estrazione e dall'inserimento dell'impianto, il paziente veniva sottoposto all'ultima fase chirurgica, durante la quale veniva prelevato un campione di tessuto nell'area strettamente perimplantare e montata la corona protesica (figg. 10 e 11).

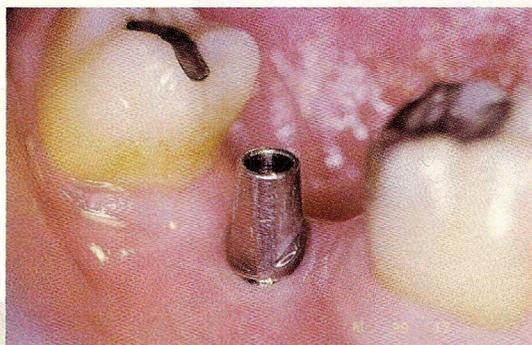
La radiografia mostrava la buona osteointegrazione dell'im-

pianto e l'adeguata ricrescita ossea (fig. 12).

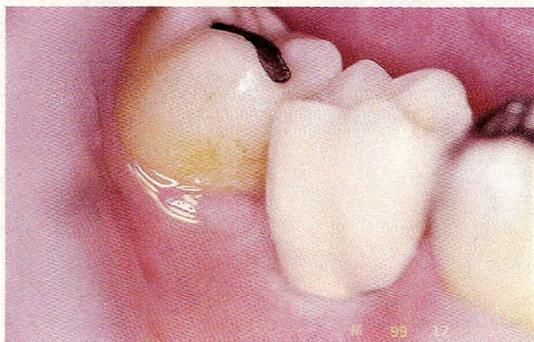
Il campione biotico veniva inviato all'Istituto di Citologia ed Istologia dell'Università di Ferrara, per valutarne le caratteristiche e per verificare se fossero ancora presenti tracce del materiale utilizzato per il riempimento. Il referto istologico del preparato, colorato con la miscela tricromica di Mallory, indicava la presenza di frammenti di tessuto osseo compatto, nei quali era possibile riconoscere parzialmente lamelle ossee (fig. 13).



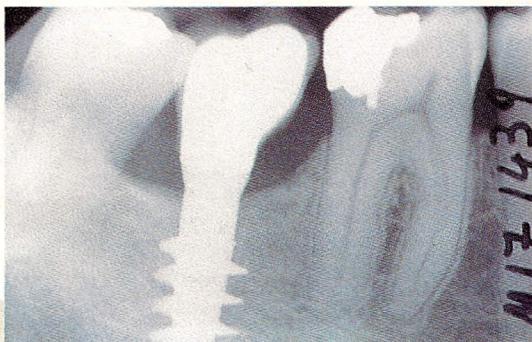
9



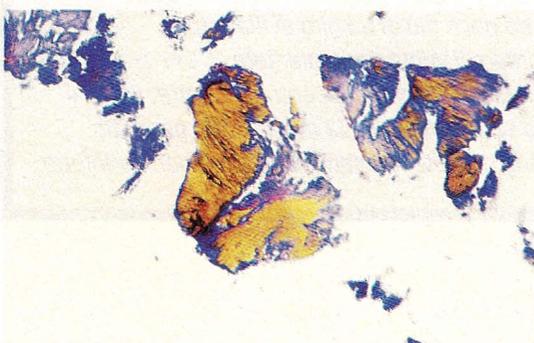
10



11



12



13

Fig. 9: aspetto radiografico dell'implanto a distanza di cinque mesi dal suo inserimento.

Figg. 10 e 11: moncone e corona montati.

Fig. 12: Immagine radiografica a distanza di circa un anno dall'estrazione: l'elemento protesico è montato sull'implanto.

Fig. 13: aspetto istologico del reperto biotipico di osso prelevato nella zona strettamente perimplantare precedentemente riempita con Fisiograft gel.

CONCLUSIONI

Il risultato ottenuto si può definire accettabile, migliore rispetto all'ipotesi di monconizzare gli elementi 46 e 48.

Pertanto, in relazione al caso e ad altri a questo similari, sarebbe auspicabile un maggiore uso di materiali di sintesi atti alla ricrescita ossea e una più ampia

diffusione delle relative tecniche chirurgiche.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Dahiin C, Lekhofm U, Lindhe A. Membrane induced bone augmentation at titanium implants. *J Period Rest Dent* 1991; 16: 273-281.
- 2) Dahiin C, Sandberg E, Alberius P, Lindhe A. Restoration of mandibula nonunion bone defect. *Int J Oral Maxillofac Surg* 1994; 23: 237-241.
- 3) Fugazzotto P, Shanaman R, Manos T,

- Shectman R. Guided bone regeneration around titanium implants: report of the treatment of 1503 sites with clinical reentries. *Int J Periodont Rest Dent* 1997; 17: 292-299.
- 4) Simion M, Scarano A, Gionso L, Piattelli A. Guided bone regeneration using resorbable membranes and non resorbable membranes: a comparative histologic study in humans. *Int J Oral Maxillofac Impl* 1996; 11: 732-741.

Si ringraziano: il professor Germano Salvatorelli, il dottor Michele D'Amelio, il signor Ettore Tufarelli e la professoressa Lucia Pepice Pascale.