

CASO CLINICO

Gbr in grave difetto anatomico per esiti di perimplantite

Adriano è un uomo di 72 anni, ben portati, con un passato da appassionato ciclista e oggi nonno part-time. Di aspetto severo, si dimostra sempre molto collaborante. Anamnesi patologica remota non rilevante, nega impiego di farmaci e allergie. Si rivolge alla nostra attenzione lamentando occasionale dolore in II quadrante e la decementazione frequente di una riabilitazione protesica di pochi anni prima. All'esame obiettivo presenta una riabilitazione implanto-protesica cementata da 23 a 26, con pilastri in posizione 23, 25 e 26. Prima del completamento dell'iter diagnostico, l'impianto in posizione 26 viene perso spontaneamente. Gli impianti residui presentano sondaggi profondi circonferenzialmente con valori massimi di 13 mm per il 23 e 10 mm per il 25. Presente essudato purulento in entrambi i siti. Si rilevano edema ed eritema della mucosa vestibolare con dolorabilità alla palpazione.

L'esame radiografico di primo livello evidenzia ampie aree di riassorbimento osseo che si estendono al terzo apicale dell'impianto in posizione 23 e al terzo medio dell'impianto in posizione 25. Si pone diagnosi di perimplantite con irrazionalità al trattamento conservativo (World workshop on the classification of periodontal and peri-implant diseases and conditions, 2017). Viene proposto un piano terapeutico finalizzato a una nuova riabilitazione implanto-supportata con approccio staged. Viene valutata ed esclusa l'opportunità di eseguire una terapia rigenerativa dei difetti ossei in fase estrattiva, consci della ineludibilità di una successiva GBR. La prima fase chirurgica avviene senza complicazioni, a ridosso delle prime restrizioni primaverili legate al Covid. Il paziente decide di trascorrere il periodo di lockdown senza portare alcuna protesi provvisoria.

A distanza di tre mesi, il signor Adriano esegue una Cbct del quadrante II per valutare la guarigione dei tessuti duri e pianificare le fasi successive.

Il laboratorio prepara una mascherina in resina trasparente sulla ceratura diagnostica che consente di evidenziare la presenza di un difetto composito (Bedrossian 2008). L'implantologia semplice appare una scelta percorribile, a patto di produrre una riabilitazione di tipo FP-2 (Misch 1987) con corone protesiche particolarmente lunghe e una distribuzione spaziale degli impianti non ideale per una soluzione avvitata.

La proposta alternativa prevede il ripristino tridimensionale della cresta alveolare. Il ridotto supporto parodontale distale all'elemento 22 comporta, tuttavia, un limite alle potenzialità rigenerative del difetto. Si affronta con il paziente l'indicazione al sacrificio strategico dell'incisivo laterale al fine di sfruttare il picco

osseo mesiale, più favorevole. Questa ipotesi incontra la resistenza del signor Adriano. Si accetta il compromesso di usare il picco distale a 22 come riferimento per la rigenerazione ossea. Si prevede così di ottenere una buona spazialità dei pilastri implantari, facendo comunque ricorso a corone protesiche leggermente sovradimensionate. Il paziente si sottopone al secondo intervento di posizionamento implantare e contestuale rigenerativa ossea guidata. Dallo studio della Tac si preannuncia la difficoltà ad ottenere stabilità primaria degli impianti nella posizione pianificata. Si sceglie pertanto di impiegare un sistema implantare adatto al raggiungimento della stabilità anche in condizioni di osso residuo scarso (AnyRidge, MegaGen), grazie alla morfologia peculiare delle sue spire.

La rigenerazione ossea è prevista secondo anatomia. Si sceglie una strategia merceologica che prevede l'impiego di un biomateriale che garantisca una elevata percentuale di vitalizzazione dell'innesto (The Graft, Purgo Biologics). L'entità del volume da rigenerare e la scarsa protezione meccanica dell'innesto offerta dal sito ricevente ci fanno optare per l'impiego di una membrana cellulo-occlusiva non riassorbibile in PTFE, con anima di rinforzo in titanio (OpenTex TR, Purgo Biologics) che viene adattata e stabilizzata mediante pin ritentivi in titanio. Dopo passivazione, i lembi vengono suturati su tre livelli (De Stavola, Tunkel, 2014).

Il decorso post-operatorio è regolare in assenza di complicazioni precoci o tardive. Dopo 6,5 mesi, si esegue Cbct di controllo in previsione della scopertura implantare. Le immagini radiografiche sono molto confortanti. Si decide, pertanto, di procedere alla rimozione della membrana non riassorbibile.

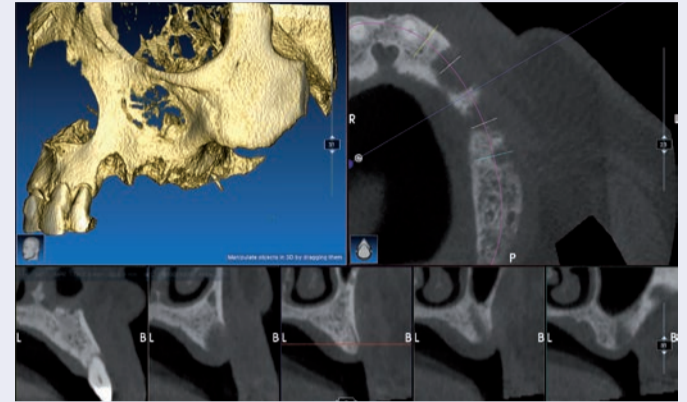
Il lembo viene progettato su due livelli. La prima incisione è a mezzo spessore, traslata palatalmente, ampiamente in mucosa cheratinizzata. Segue dissezione fino al fornice. Il lembo secondario viene inciso fino a esporre la membrana che viene sfilata, una volta rimossi i pin di fissazione. Al di sotto appare un ampio volume osseo di ottima consistenza, rivestito da uno strato molto sottile di pseudo-periostio. Si recuperano le connessioni implantari e si selezionano gli healing abutment appropriati. Il lembo periostale viene riadattato e suturato per coprire e proteggere il giovane innesto. Il lembo a spessore parziale viene invece stabilizzato vestibolarmente, ripristinando profondità di fornice e adeguata banda di gengiva cheratinizzata. Seguirà un'ultima fase di maturazione che porterà al completamento della riabilitazione, con i migliori presupposti per un successo a lungo termine.



> Alessandro Greco, professore a contratto di Chirurgia Orale presso Cisopd, Università degli Studi dell'Insubria, e libero professionista a Como



> Fig. 1: situazione clinica iniziale con gravi segni di perimplantite



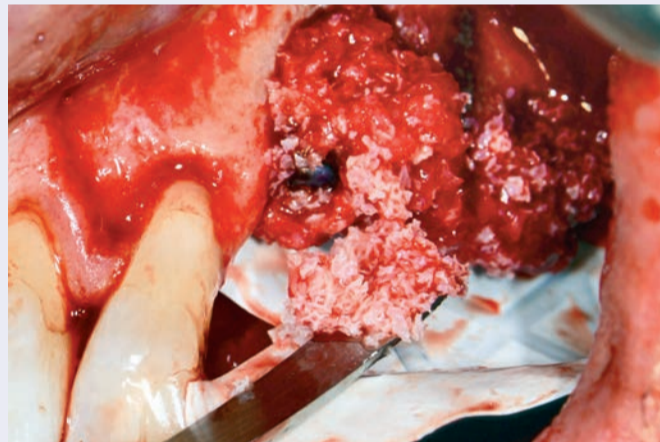
> Fig. 2: Cbcct a tre mesi dalle avulsioni implantari. Apprezzabili gli esiti con distruzione ossea



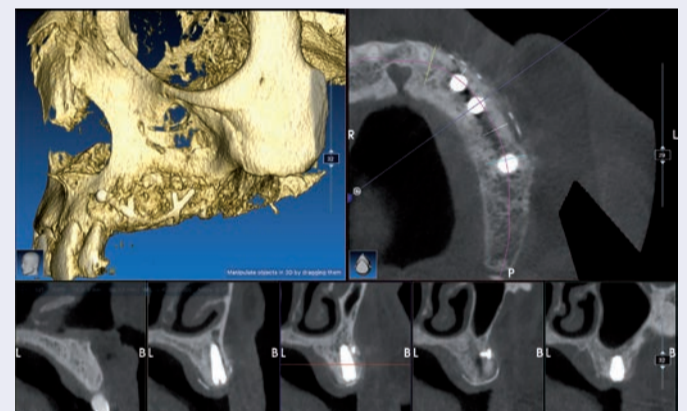
> Fig. 3: valutazione diretta del grave difetto



> Fig. 4: posizionamento implantare protesicamente guidato (AnyRidge, MegaGen). Raggiungimento della stabilità primaria grazie alle caratteristiche peculiari delle spire



> Fig. 5: GBR con osso di origine suina altamente revitalizzabile (The Graft, Purgo Biologics). Membrana non riassorbibile in PTFE rinforzata in titanio (OpenTex TR, Purgo Biologics) e stabilizzata con pin



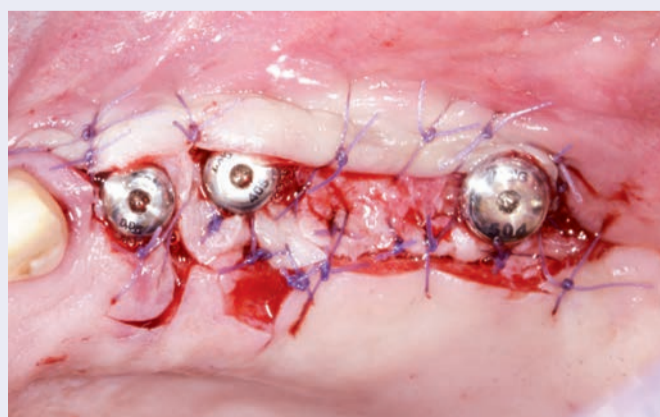
> Fig. 6: Cbcct a 6,5 mesi dal primo intervento. Ampio volume osseo rigenerato



> Fig. 7: esposizione della membrana per la sua rimozione, previo allestimento lembo a spessore parziale



> Fig. 8: aspetto della nuova cresta ossea alla rimozione della membrana. Ottima consistenza e strato di pseudo-periostio molto sottile



> Fig. 9: connessione dei pilastri di guarigione e spostamento vestibolare del lembo a spessore parziale per aumento banda cheratinizzata e ripristino profondità di fornice



> Fig. 10: tessuti in fase di maturazione a tre settimane dalla scopertura