

Scheda Clinica

UN CASO DI PERIMPLANTITE RISOLTO ATTRAVERSO L'USO DI UNA PASTA OSSEA DI NUOVA GENERAZIONE

I residui di cemento protesico definitivo possono favorire lo sviluppo della perimplantite in pazienti affetti da malattia parodontale.



Caso del Dott. Giacomo Tarquini
Libero professionista a Roma,
Italia
g_tarquini@libero.it

Tra le cause che possono portare all'insorgere della perimplantite vi è anche la presenza di residui non correttamente rimossi di cemento protesico definitivo. Questo fattore di rischio, in associazione con una suscettibilità individuale di tipo medio o elevato alla malattia parodontale, può aumentare la probabilità di insorgenza di perimplantite. Dal punto di vista patogenetico si assiste alla formazione di un riassorbimento osseo periimplantare dovuto alla lisi tessutale innescata dal processo infettivo ed infiammatorio. Quando gli impianti coinvolti sono giudicati mantenibili e si decide per il mantenimento degli stessi, è possibile intervenire - in funzione della morfologia del difetto periimplantare - mediante una procedura di Rigenerazione Ossea Guidata (GBR).

Il protocollo chirurgico prevede la decontaminazione della superficie in titanio, un accurato *debridement* del tessuto reattivo presente all'interno della lesione periimplantare e l'innesto di un sostituto osseo associato al posizionamento di una membrana barriera il cui scopo è quello di impedire, mediante la copertura fisica del difetto, la colonizzazione dello stesso da parte degli stipiti cellulari indesiderati (cellule epiteliali e fibroblasti provenienti dal tessuto connettivo) consentendo l'accesso e la proliferazione solo alle cellule in grado di rigenerare *ex novo* il tessuto osseo mancante. La scelta di biomateriali a completo rimodellamento può permettere il ripristino della naturale componente ossea attorno all'impianto.

Materiali

Il sostituto osseo impiegato nel caso presentato in questa scheda è una pasta ossea di consistenza modellabile (Activabone Mouldable, Bioteck) ottenuta miscelando un *hydrogel* polimerico riassorbibile addizionato di vitamina C (chiamato Exur) con microgranuli di spongiosa equina, granuli ossei a collagene preservato e matrice ossea demineralizzata (DBM) di origine equina prodotti mediante l'esclusivo processo di deantigenazione enzimatica Zymo-Teck. La particolare consistenza di questa pasta agevola l'apposizione e

facilita un riempimento omogeneo dei difetti ossei. L'osteoconduzione fornita dai granuli ossei è abbinata alle proprietà osteopromozionali della DBM in grado di accelerare i tempi della rigenerazione ossea. La pasta ossea è stata protetta con una membrana in pericardio equino (Heart, Bioteck). La naturale trama di fibre collageniche di questa membrana le permettono di essere resistente alla trazione e di essere eventualmente fissata con opportuni mezzi di osteosintesi e/o suture. Il suo tempo di protezione è di 3-4 mesi.



Fig. 1 - All'esame clinico si osserva una profondità di sondaggio che sul versante vestibolare raggiunge i 10-12 mm.



Fig. 2 - Radiograficamente si osserva un significativo cono di riassorbimento peri-implantare.



Fig. 3 - Sollevato un lembo, si osserva la presenza di una notevole quantità di tessuto reattivo e di residui di cemento protesico definitivo.



Fig. 4 - Eliminato il tessuto fibroso, la corticale ricevente è ripetutamente perforata utilizzando un inserto montato su manipolo ad ultrasuoni.



Fig. 5 - La membrana Heart viene sagomata per potersi adattare attorno al collo dell'impianto.



Fig. 6 - La membrana è fissata palatalmente e già parzialmente riflessa attorno all'impianto.

UN CASO DI PERIMPLANTITE RISOLTO ATTRAVERSO L'USO DI UNA PASTA OSSEA DI NUOVA GENERAZIONE



I residui di cemento protesico definitivo possono favorire lo sviluppo della perimplantite in pazienti affetti da malattia parodontale.

Risultati

Il paziente si presentava all'attenzione del chirurgo lamentando una tumefazione dolorabile in corrispondenza di una corona su impianto in sede 2.2. L'esame radiografico e clinico confermava la presenza di una perimplantite piuttosto estesa, con profondità di sondaggio compresa tra 10 e 12 mm sul versante vestibolare e tra 4 e 5 mm sul versante palatale. Era inoltre presente una fistola sul versante buccale; l'impianto risultava in ogni caso stabile. Previa acquisizione del C.I. da parte del paziente si programmava un piano di trattamento comprendente la decontaminazione della superficie implantare e, contestualmente, l'esecuzione di una procedura di Rigenerazione Ossea Guidata (GBR) al fine di ripristinare i corretti profili crestali. Dopo assunzione della profilassi antibiotica prescritta, si procedeva al sollevamento di un lembo trapezoidale a tutto spessore, esteso dall'elemento 2.1 all'elemento 2.3. Sollevato il lembo, si osservava una notevole quantità di tessuto reattivo e la presenza di residui di cemento protesico definitivo, che venivano immediatamente rimossi.

Si procedeva quindi alla decontaminazione della superficie periimplantare mediante un inserto dedicato

montato su manipolo a ultrasuoni sfruttando l'effetto battericida della cavitazione e veniva applicato un gel decontaminante. La corticale ossea veniva quindi ripetutamente perforata utilizzando un opportuno inserto montato sullo stesso manipolo ad ultrasuoni, in modo da favorire i primi eventi angiogenici a seguito dell'innesto.

La chirurgia rigenerativa veniva eseguita dapprima sagomando la membrana Heart affinché la stessa potesse adattarsi al collo dell'impianto; essa veniva quindi fissata palatalmente e il difetto osseo innestato con Activabone Mouldable. Il riempimento del difetto veniva completato esercitando una certa pressione con uno strumento smusso. La membrana veniva poi riflessa sul versante vestibolare e fissata definitivamente con dei pin in titanio. La sutura veniva eseguita con filamento in PTFE 5-0.

Al controllo post-operatorio, l'esame clinico mostrava un ottimo recupero dell'estetica dei tessuti molli; i sondaggi periimplantari erano compresi nel range di 2-3 mm, sia sul versante vestibolare che palatale; l'esame radiografico mostra un recupero significativo dei livelli ossei periimplantari.



Fig. 7 - La pasta ossea Activabone viene innestata estrudendola direttamente dalla siringa.



Fig. 8 - La pasta, modellata, mantiene la forma che le viene data.



Fig. 9 - La membrana viene definitivamente riflessa e fissata sul versante vestibolare con dei pin in titanio.



Fig. 10 - Si procede alla sutura del lembo utilizzando un filamento in PTFE 5-0.



Fig. 11 - Ai successivi controlli post-operatori si osserva il recupero ottimale dell'estetica dei tessuti molli, con sondaggi compresi nel range di 2-3 mm.



Fig. 12 - Il recupero ottimale dei livelli ossei periimplantari è confermato anche dall'indagine radiografica.



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