

Scheda Clinica

IMPIANTO POST-ESTRATTIVO IMMEDIATO ASSOCIATO A *SOCKET PRESERVATION*

Impiego di una pasta d'osso e di una matrice collagenica per la gestione dell'alveolo post-estrattivo.



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

La corretta gestione dell'alveolo post-estrattivo è di fondamentale importanza per il successo della riabilitazione, sia in caso di inserimento impianto immediato, sia differito.

Il posizionamento di un impianto post-estrattivo immediato rappresenta una scelta operativa che permette di risparmiare uno step chirurgico, giungendo alla riabilitazione del paziente in tempi più brevi. Contestualmente al posizionamento dell'impianto, anche quando lo spessore dell'osso è sufficiente a dargli stabilità primaria, è spesso opportuno eseguire un intervento di rigenerazione ossea peri-implantare. La rigenerazione può essere realizzata grazie all'utilizzo di un biomateriale: questo non solo ha la funzione di colmare fisicamente il gap fra l'impianto e le pareti dell'alveolo, ma anche quella di ripristinare e conservare la corretta anatomia dei tessuti duri e molli, in modo da ricreare una condizione più favorevole al successo della riabilitazione, da un punto di vista sia estetico sia funzionale.

Il clinico può lasciare che i tessuti molli guariscano per seconda intenzione: questa scelta, oltre ad essere operativamente più semplice e più veloce, è anche meno invasiva per il paziente. In questo caso la guarigione può essere facilitata dalla presenza di un opportuno *scaffold*, come una matrice collagenica, in grado di garantire una adeguata protezione dell'innesto e, grazie alla propria struttura tridimensionale e alla presenza del collagene, dare sostegno e facilitare la rigenerazione dei tessuti molli.

Materiali

L'intervento è stato realizzato grazie all'impiego di un sostituto osseo in pasta (Activabone Mouldable Paste, Bioteck) e di una matrice tridimensionale collagenica (Xenomatrix, Bioteck). Activabone è costituito da una componente granulare dispersa in una matrice polimerica. La componente granulare è a sua volta costituita da diversi componenti: matrice ossea demineralizzata (DBM), micro-granuli (diametro < 0.2 mm) di osso spongioso equino, granuli (diametro 0.5-1 mm) di osso spongioso e corticale equino.

La matrice è un idrogel polimerico arricchito con Vitamina C. Activabone ha un'ottima malleabilità e può essere estruso direttamente all'interno del sito di innesto.

Il sito è stato protetto utilizzando Xenomatrix. Si tratta di uno *scaffold* tridimensionale collagenico idoneo per la rigenerazione dei tessuti molli: una volta innestato Xenomatrix è infatti in grado di essere ripopolato dalle cellule del tessuto connettivale del paziente. Esercita inoltre un effetto barriera che protegge l'innesto e ne impedisce la colonizzazione da parte dei tessuti molli.



Fig. 1 - Aspetto clinico dell'elemento 1.6 prima dell'intervento.



Fig. 2 - Rizotomia dell'elemento 1.6 effettuata mediante dispositivo piezoelettrico.

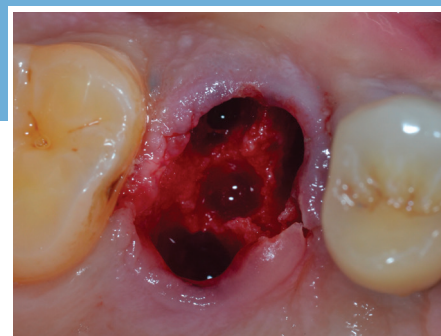


Fig. 3 - Preparazione del tunnel implantare.

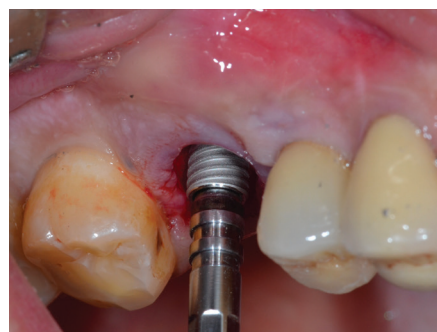


Fig. 4 - Inserimento di un impianto 4,0x10 mm.



Fig. 5 - Il gap periimplantare viene colmato con un innesto osseo in pasta (Activabone Mouldable Paste).

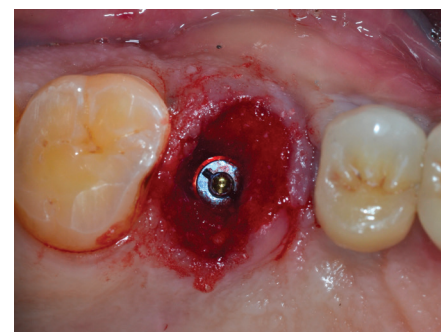


Fig. 6 - Aspetto dell'alveolo innestato.

IMPIANTO POST-ESTRATTIVO IMMEDIATO ASSOCIATO A SOCKET PRESERVATION



Impiego di una pasta d'osso e di una matrice collagenica per la gestione dell'alveolo post-estrattivo.

Risultati

La scheda riepiloga il caso di un paziente che presentava l'elemento 1.6 compromesso a causa di una frattura coronale. Il piano di riabilitazione concordato ha previsto la rimozione dell'elemento e l'immediato inserimento implantare, insieme ad un intervento di rigenerazione ossea peri-implantare.

L'elemento compromesso è stato estratto in maniera atraumatica, mediante rizotomia effettuata con inserti piezoelettrici. Il tunnel implantare è stato preparato attraverso una tecnica mista, che ha previsto l'utilizzo sia di frese rotanti sia di inserti piezoelettrici. È stato inserito un impianto osteointegrato 4x10 mm. L'innesto è stato eseguito utilizzando Activabone Mouldable Paste: la pasta ossea è stata estrusa direttamente nel sito per colmare il gap peri-implantare, in modo da ripristinare e conservare i volumi crestali.

Il sito innestato è stato protetto utilizzando la matrice Xenomatrix in doppio strato, come descritto in letteratura,^{1,2} posizionandone una porzione a diretto contatto con l'innesto e sovrapponendovi una seconda porzione che è stata imbustata sotto i margini gengivali leggermente scollati. Una volta che la matrice è stata

posizionata, i lembi sono stati suturati con un punto a croce ma non accostati, lasciando che avvenisse una guarigione per seconda intenzione. A tre mesi dall'intervento è stato eseguito un controllo radiografico, che ha evidenziato la rigenerazione del tessuto osseo all'interno dell'alveolo post-estrattivo.

L'impianto è stato quindi scoperto utilizzando la *roll-flap technique*. L'indagine clinica ha evidenziato il mantenimento della cresta ossea e l'integrazione del biomateriale. È stata posizionata una vite di guarigione, per permettere il condizionamento dei tessuti molli. Dopo un adeguato periodo di guarigione il paziente è stato riabilitato definitivamente attraverso la consegna di una corona in metallo-ceramica.

A sei mesi dall'intervento è stata eseguita una analisi radiografica, che ha permesso di valutare il mantenimento dei livelli peri-implantari.

1. Leonida A, et al. Rigenerazione dei tessuti molli perimplantari: case report (Regeneration of peri-implant soft tissues: a case report). *Implant Tribune Italian Edition*, November, 28-30 (2013).

2. Leonida A, et al. Socket preservation using enzyme-treated equine bone granules and an equine collagen matrix: a case report with histological and histomorphometrical assessment. *J Contemp Dent Pract*, 17, (11), 890-896 (2016).

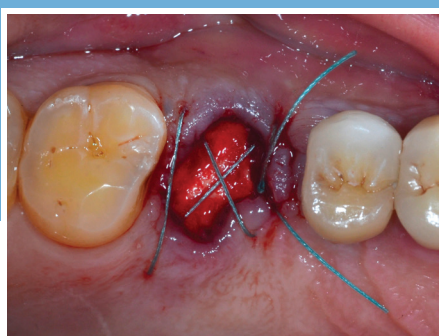


Fig. 7 - Innesto protetto dalla matrice Xenomatrix stabilizzata da un punto di sutura.



Fig. 8 - Radiografia endorale a 3 mesi dall'intervento: è evidente la rigenerazione ossea all'interno dell'alveolo post-estrattivo.



Fig. 9 - Aspetto clinico del sito a 90 giorni dall'innesto. Si evidenzia l'ottima guarigione dei tessuti molli.

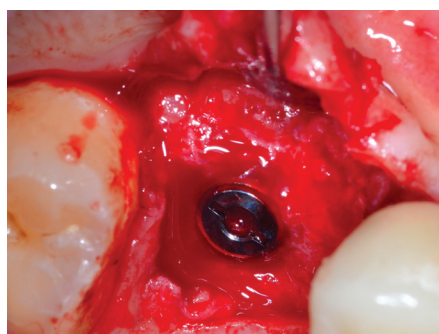


Fig. 10 - Esposizione dell'impianto: l'indagine clinica evidenzia il mantenimento dei volumi ossei.



Fig. 11 - Consegna della protesi definitiva in metallo-ceramica.



Fig. 12 - RX a 6 mesi dall'intervento: si evidenzia la stabilità del livello osseo crestale e una trabecolatura del tessuto rigenerato quasi indistinguibile dal tessuto circostante.



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