

Gestione degli insuccessi



Concetto di trattamento del Dr. Georgios Nikou, del Dr. Peter Thoolen e del Prof. Anton Sculean, Università di Nijmegen, Paesi Bassi

> Atrofia ossea peri-implantare e recessione dei tessuti molli nella regione estetica. Trattamento con Geistlich Bio-Oss®, Geistlich Bio-Gide® e innesto di tessuto connettivo



1. Indicazioni

Regione	<input checked="" type="checkbox"/> regione estetica	<input type="checkbox"/> regione non estetica		
	<input checked="" type="checkbox"/> edentulia singola	<input type="checkbox"/> edentulia multipla		
Situazione ossea	<input type="checkbox"/> assenza di difetti ossei	<input checked="" type="checkbox"/> presenza di un difetto osseo		
	Commento: Deiscenza ossea e fenestrazione labiale dell'implanto, 10 mesi dopo l'inserimento dell'implanto.			
	<input checked="" type="checkbox"/> incremento osseo indicato			
Situazione del tessuto molle	<input type="checkbox"/> nessuna recessione	<input type="checkbox"/> infiammato	<input type="checkbox"/> infetto	<input type="checkbox"/> nulla di rilevante
	<input checked="" type="checkbox"/> recessione	<input checked="" type="checkbox"/> sottile	<input type="checkbox"/> spesso	<input type="checkbox"/> non sufficientemente cheratinizzato
	Commento: Il tessuto molle viene ritenuto relativamente sottile.			
	<input checked="" type="checkbox"/> incremento del tessuto molle indicato			
Stato dell'implanto	implanto stabile	<input checked="" type="checkbox"/> sì	<input type="checkbox"/> no	
	espianto indicato	<input type="checkbox"/> sì	<input checked="" type="checkbox"/> no	

Informazioni preliminari

Dr. Georgios Nikou, Dr. Peter Thoolen e Prof. Anton Sculean:

«Quando manca un dente e si progetta di sostituire il dente mancante con un impianto, la quantità di osso disponibile sulla cresta alveolare è un fattore fondamentale. Un'altezza e una larghezza inadeguata dell'osso possono compromettere l'inserimento dell'impianto e rovinare il risultato estetico del trattamento. L'aumento dei difetti della cresta alveolare consente quindi un corretto posizionamento dell'impianto. Se si inserisce un impianto su una cresta alveolare atrofizzata, è necessaria un'ulteriore procedura di aumento per migliorare l'aspetto estetico.

Per restauri supportati da impianto è preferibile disporre di una zona adeguata di gengiva attaccata o di tessuto ispessito per evitare complicanze, quali traumi meccanici ai tessuti, infiammazioni o risultati estetici insoddisfacenti. In presenza di recessioni intorno agli impianti, come nel caso descritto in questa sede, un innesto di tessuto connettivo consente di correggere, secondo quanto descritto da Azzi et al. (1), il difetto muco-gengivale mediante ispessimento della mucosa presente e creazione di un collare collagenoso intorno all'impianto. In questo modo si migliora la situazione del tessuto molle in corrispondenza della superficie dell'impianto.»

2. Obiettivi della terapia

- > Incremento laterale della cresta alveolare per migliorare lo stato osseo peri-implantare, ripristinare la cresta alveolare deformata e creare una base di tessuto duro per garantire un tessuto molle adeguato («il tessuto molle segue il tessuto duro»).
- > Incremento del tessuto molle con innesto di tessuto connettivo per ottenere uno spessore adeguato del tessuto molle.

3. Concetto di Dr. Georgios Nikou, Dr. Peter Thoolen & Prof. Anton Sculean

- > Incremento laterale della cresta alveolare con Geistlich Bio-Oss® e Geistlich Bio-Gide® e incremento del tessuto molle con innesto di tessuto connettivo.

4. Procedura chirurgica

- > Caso clinico: Un paziente trentottenne è stato indirizzato al Reparto di Parodontologia & Biomateriali per trattare l'estetica insoddisfacente di un restauro protesico nella regione del dente 21.

Probabili motivi di insuccesso: l'impianto è stato inserito in una regione non adeguatamente incrementata e, inoltre, in posizione troppo labiale.



Fig. 1 Immagine clinica della situazione iniziale. Si osservano chiaramente una recessione peri-implantare e un'esposizione dell'impianto, che compromettono l'estetica.



Fig. 2 Radiografia dell'impianto con radiolucenza peri-implantare. Si stabilisce come piano di trattamento un intervento plastico-ricostruttivo con incremento del tessuto molle e del tessuto duro.

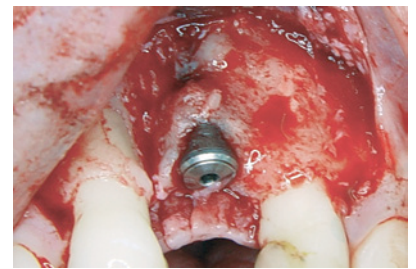


Fig. 3 Secondo la classificazione di Tinti & Parma-Benfenati (2) è presente una deiscenza di classe I e una fenestrazione di classe I.

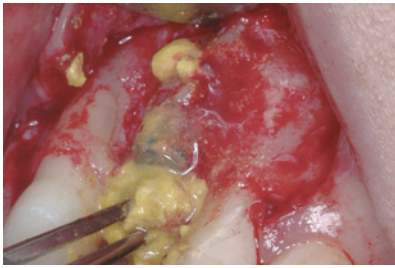


Fig. 4 Decontaminazione della superficie implantare mediante applicazione topica di tetraciclina, secondo una casistica di Mellonig et al. (3).



Fig. 5 La perforazione dell'osso corticale facilita l'accesso alle cellule target dal midollo osseo e aumenta, secondo quanto ipotizzato da Hämmerle (4), la velocità di rigenerazione ossea.

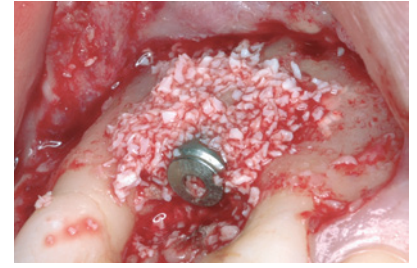


Fig. 6 Applicazione di granuli di Geistlich Bio-Oss® nel difetto osseo.

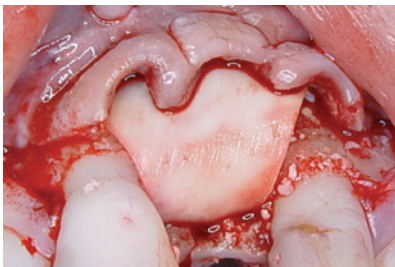


Fig. 7 Applicazione di una membrana Geistlich Bio-Gide® per tenere in situ i granuli e impedire l'invasione del tessuto molle.



Fig. 8 Innesto di tessuto connettivo applicato sulla membrana per aumentare lo spessore del tessuto molle e migliorare l'aspetto estetico. L'innesto è stato prelevato dal lato sinistro del palato nella regione mesiale al dente 26 e ad una distanza di 6 mm dal margine gengivale. L'innesto presenta una lunghezza di 15 mm, una larghezza di 8 mm e uno spessore di circa 2 mm.

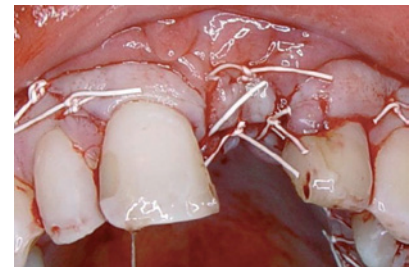


Fig. 9 Sutura del lembo in posizione coronale dopo mobilizzazione del tessuto molle mediante incisione del periostio. Il materiale di sutura è ePTFE non riassorbibile (Gore-Tex®). Si utilizza una sutura a materasso per ridurre la tensione e una sutura a punti staccati lungo i margini.

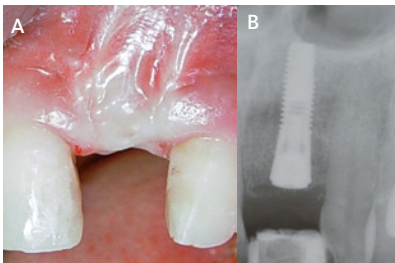


Fig. 10 Situazione dopo 6 mesi di guarigione: è stato creato clinicamente un tessuto molle adeguato (A) mentre dal punto di vista radiografico non si osserva praticamente alcuna radiolucenza (B).

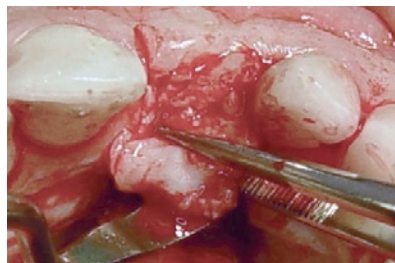


Fig. 11 Durante la seconda fase si applica la tecnica "a rullo" modificata, come descritto da Scharf & Tarnow (5), per posizionare l'abutment di guarigione allo scopo di migliorare ulteriormente lo stato del tessuto molle. Si procede quindi al posizionamento dell'abutment di guarigione e alla sutura della ferita.

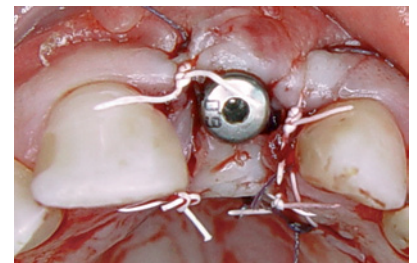


Fig. 12 Posizionamento dell'abutment di guarigione e chiusura della ferita.



Fig. 13 Vista clinica 1 anno dopo l'intervento. Il restauro definitivo è già cementato.



Fig. 14 Referto radiografico 1 anno dopo l'intervento.



Fig. 15 Vista di profilo della regione in seguito ad incremento del tessuto molle e duro. Il profilo mostra un soddisfacente spessore gengivale.

Bibliografia

- 1 Azzi R, Etienne D, Takei H, Fenech P: Surgical thickening of the existing gingiva and reconstruction of interdental papillae around implant-supported restorations. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2002, 22, 71-77
 - 2 Tinti C, Parma-Benfenati S: Clinical classification of bone defects concerning the placement of dental implants. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2003, 23, 147-155
 - 3 Mellonig JT, Griffiths G, Mathys E, Spitznagel J: Treatment of the failing implant: case reports. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1995 Aug, 15(4), 384-395.
 - 4 Hämmerle CHF: Membranes and bone substitutes in GBR. *Proceedings of the 3rd European Workshop on Periodontology: Implant Dentistry Quintessence Berlin 1999*, 468-499
 - 5 Scharf DR, Tarnow DP: Modified Roll Technique for localized alveolar ridge augmentation. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1992, 12, 415-425
-

Altre schede Indicazioni Cliniche

- > Per ricevere gratuitamente le schede Indicazioni Cliniche, andare all'indirizzo: www.geistlich.com/indicationsheets
- > Se si desidera interrompere la raccolta delle Indicazioni Cliniche, cancellare l'iscrizione al servizio presso il proprio distributore locale

Geistlich
Biomaterials

© Geistlich Pharma AG
Business Unit Biomaterials
CH - 6110 Wolhusen
phone +41 41 492 56 30
fax +41 41 492 56 39
www.geistlich.com