

Mini rialzo del seno mascellare con biomateriale "Alos" associato ad espansione crestale

(dr C. Lotta - dr D. Guariento - Luglio '05)

Introduzione.

Paziente di anni 28, sesso maschile. Non fumatore. Nulla da segnalare all'anamnesi medica. Il 28 Luglio 2004 estrazione del 26 per lesione cariosa distruente distale.

Recupero endodontico e ricostruzione post-endodontica con composito e perni in fibra di carbonio del 27 per lesione cariosa mesiale con invasione dell'ampiezza biologica.

Intervento chirurgico.

Il 10 Dicembre 2004 intervento per il posizionamento dell'impianto; il paziente perviene con copertura antibiotica (Clavulin cps 1 gr., 1 per 2 al dì).

La radiografia endorale pre-operatoria (Fig. 1) rileva una breccia edentula con una altezza ossea di 7-8mm.

Ad un'attenta osservazione è anche possibile valutare la presenza di una parete ossea di un'altezza di circa 10-11 mm.

L'intervento prevede l'inserimento di una protesi radicolare con un contemporaneo rialzo del seno e lo spostamento della parete vestibolare ossea più vestibolare al fine di poter recuperare un profilo più adeguato alla sede (Fig. 2-3).

Per il sollevamento della membrana schneideriana si prevede una tecnica mista con frese e bone-expander e l'utilizzo di un materiale "ideale" non particolato, fluido ma con una certa densità, radiopaco quanto basta per la valutazione radiografica della riuscita dell'intervento che abbia anche una sufficiente documentazione di base per poter valutare le caratteristiche biologiche.

Per tale motivo abbiamo scelto "ALOS", un biomateriale totalmente sintetico e riassorbibile.



Fig 1. Endorale prima dell'intervento. (10 dicembre '04)

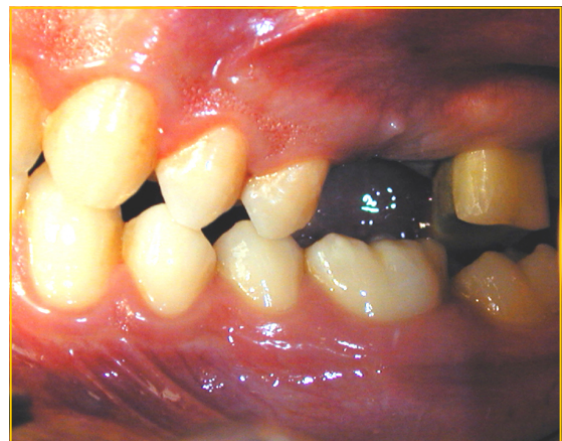


Fig 2. Prima dell'intervento



Fig 3. Visione vestibolo-linguale del sito di intervento. (10 dicembre '04)

Descrizione dell'intervento

Si mette in evidenza la morfologia crestale con un lembo eseguito tutto a spessore parziale con un'incisione di tipo pseudo-trapezoidale e una incisione crestale leggermente lingualizzata (Fig 4).

Si identifica il punto di drillaggio e con una fresa sonda da 1.8 mm si crea un invito per circa 5mm.

Identificato il futuro sito, essendo carente la parete vestibolare in spessore e in altezza, si è provveduto ad una incisione della cresta ossea per una altezza di 6 mm con una lama ad ultrasuoni, passante per il centro del foro precedentemente eseguito.

A questo punto si è provveduto con scalpelli a dilatare il sito prima e poi, con l'introduzione di strumenti manuali cilindro-conici "Bone expander" sequenziali per diametro (aventi la caratteristica di preparatori di sito), si è provveduto ad un modesto ma importate spostamento della parete ossea vestibolare in senso vestibolare nella sola parte coronale (6mm).

Tale modus operandi ha consentito un recupero del profilo vestibolare non solo osseo ma anche mucoso, così come la possibilità di inserire un impianto di diametro adeguato al dente da sostituire (\varnothing 5,2mm).

L'ingresso dei bone-expander in primis è avvenuto con un'inclinazione di 20° - 25° per i primi diametri (3,3-3,7-4,2), fino a sentire la corticale a circa 10-11mm. A tal punto abbiamo provveduto, prima con i numeri più piccoli, alla frattura della corticale in sequenza 3,3-3,7-4,2, e poi, con i numeri più grossi, abbiamo provveduto a raddrizzare l'angolazione di ingresso, spostando quindi con delicatezza la parete vestibolare della parete ossea palatina ottenendo una lateralizzazione del seno mascellare.

A questo punto abbiamo inserito il materiale di riempimento "ALOS" con la siringa in dotazione (fig 5) prima, e poi lo abbiamo compattato con una pressione continua lenta e delicata fino all'ultimo bone expander (5,2 mm), che ci ha permesso di inserire un impianto 5,2 mm x 13 mm.

L'inserimento dell'impianto ci ha consentito di compattare il biomateriale e di ottenere un rialzo medio di 3-4 mm e di circa 6 mm nella sua componente vestibolare per la lateralizzazione del seno.

Si è provveduto, avendo una stabilità primaria ottima, ad inserire una vite di guarigione di 3 mm e a suturare i lembi attorno ad essa: ciò ha consentito di guadagnare immediatamente 3 mm di gengiva aderente e di evitare il secondo intervento di rientro.

La radiografia endorale (Fig 6) conferma il corretto inserimento dell'impianto e del rialzo della membrana schneideriana.

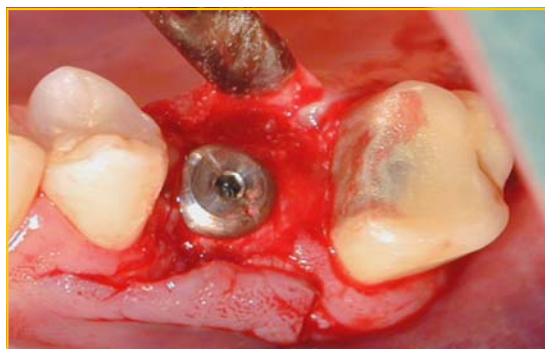


Fig 4. Posizionamento dell'impianto e della vite di guarigione da 3 mm. (10 dicembre '04)



Fig 5. Biomateriale utilizzato per il mini rialzo del seno.



Fig 6. Endorale dopo l'intervento. (10 dicembre '04)

A tal riguardo è utile segnalare non solo le caratteristiche del materiale, ideali per la tecnica di rialzo, ma anche le caratteristiche di radiopacità che rilevano lo spostamento reale senza dubbi del pavimento del seno.

Il paziente viene dimesso con le istruzioni del caso:

- a- Ghiaccio per 15min, 20-30 min. senza, a cicli si-no per 3/4 volte.
- b- Fans per i primi due dì.
- c- Continuare la copertura antibiotica per altri 5 gg.
- e- Evitare di soffiare il naso per i primi 6 gg, se necessario farlo con delicatezza
- f- Controlli: a 7 gg rimozione suture e pulizia del sito,
a 15 gg istruzioni di igiene per il mantenimento del sito,
a 50 gg controllo dell'impianto.

A 90 giorni sono state eseguite le impronte per l'esecuzione di un provvisorio non in occlusione per modellare il profilo di emergenza del tragitto trans-mucoso, per mantenere lo spazio mesio-distale della breccia edentula.

Il provvisorio è stato costruito totalmente in resina con foro centrale per una vite passante: ciò ha permesso di evitare la cementazione della corona e il rischio di un possibile distacco del provvisorio con eventuali complicazioni (fig 7).

Il 27 marzo abbiamo inserito il provvisorio in situ.

A guarigione avvenuta (fig 8), il 15 luglio, nella seduta in cui si è provveduto alla protesizzazione definitiva del 27, viene eseguita la radiografia di controllo finale (Fig 9) e inserita la corona definitiva in ceramica (Fig 10).

Questa evidenzia la buona trama ossea ottenuta con l'utilizzazione del biomateriale "ALOS" con osso neoformato, e rileva come i tempi clinici siano stati coerenti con i tempi dettati dalle conoscenze della biologia ossea.



Fig 7. Provvisorio avvitato in resina.

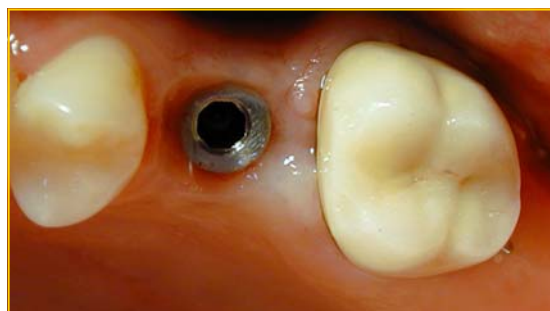


Fig 8. Guarigione dei tessuti dopo il condizionamento con provvisorio.



Fig 9. Rx di controllo con protesi definitiva a 7 mesi dall'intervento. (15 luglio '05)



Fig 10. Corona definitiva in metallo-ceramica.