

## COMPLICANZA IN CHIRURGIA PARODONTALE RIGENERATIVA: DEISCENZA DELLA FERITA

C. Ghezzi

*Studio Carlo Ghezzi ~ Settimo Milanese*

La chirurgia ricostruttiva ha subito notevoli modifiche nelle tecniche e nei materiali negli ultimi anni. Il rationale di tale modifiche, che ha portato allo sviluppo di tecniche minimamente invasive, risiede principalmente nella stabilizzazione del coagulo con conseguente miglioramento dei tradizionali parametri clinici. Al tempo stesso tali tecniche hanno ridotto il discomfort del pazienti influenzando positivamente alcune complicanze quali: gonfiore, edema e dolore post-operatorio. Ciononostante i dati della letteratura non chiariscono l'incidenza della deiscenza del lembo, complicanza che maggiormente influenza l'esito della guarigione dei tessuti parodontali. La relazione avrà come tema centrale il trattamento di un caso complicato da una importante deiscenza del lembo a seguito di una chirurgia rigenerativa eseguita con tecnica minimamente invasiva.

# COMPLICANZA AD UN IMPIANTO POST-ESTRATTIVO IMMEDIATO DI ORIGINE ENDODONTICA

## I. Menini

*Belluno*

Il caso descrive la gestione di una complicanza di un trattamento endodontico consistente nella perforazione della radice di un incisivo laterale superiore. Tra le varie possibilità terapeutiche si è scelta quella dell'impianto post-estrattivo immediato. Completata la fase chirurgica e protesica iniziale persisteva una fistola. Un accesso chirurgico a lembo chiariva trattarsi di un sequestro osseo da persistenza di derivato arsenicale inserito al tempo del trattamento endodontico. La lesione veniva ripulita, decontaminata e veniva realizzato un innesto di biomateriale e di una membrana in collagene a sostegno del coagulo e dei tessuti molli. Tutto si è concluso in modo soddisfacente e tale permane ad oggi dopo 8 anni.

# **PRESENZA DI RESIDUI DI CEMENTO ED INSORGENZA DELLA PATOLOGIA PERIMPLANTARE: COME PREVENIRE LA COMPLICANZA**

**L. Briccoli**

*Firenze*

Con il termine di patologia perimplantare si identificano due situazioni cliniche: la mucosite e la perimplantite. La prevalenza della perimplantite si attesta intorno al 10% degli impianti e al 20% dei pazienti durante i primi 5-10 anni successivi al posizionamento degli impianti stessi. Essendo quindi una importante complicanza a lungo termine della terapia implantare, è stata analizzata in moltissimi studi e sono stati individuati una serie di fattori di rischio e di fattori predisponenti. Un fattore di rischio, troppe volte sottovalutato dai clinici, riguarda gli eccessi di cemento che rimangono sotto gengiva dopo il posizionamento della protesi cementata su impianti. I margini protesici subgengivali profondi e/o il profilo concavo degli abutment nella zona subgengivale, possono determinare difficoltà nella rimozione del cemento. Il ruolo del cemento, nella eziologia delle mucositi o perimplantiti, non è stato completamente chiarito: è stato ipotizzato che il cemento residuo possa agire come irritante per i tessuti molli e che assuma lo stesso ruolo del tartaro nella malattia parodontale. Lo scopo del mio intervento sarà quello, partendo da un caso clinico di patologia perimplantare determinata dalla presenza di residui di cemento non rimossi, di aiutare il clinico nel valutare con attenzione dove posizionare il margine di finitura, come gestire i profili subgengivali degli abutment e quale cemento utilizzare al fine di facilitare la rimozione del cemento stesso e quindi ridurre una possibile patologia perimplantare.

## **MANCATA OSTEOINTEGRAZIONE DI UN IMPIANTO IN RIABILITAZIONE FULL-ARCH A CARICO IMMEDIATO DI UNA MANDIBOLA EDENTULA: GESTIONE DELLA COMPLICANZA**

**R. Saviano**

*Università Federico II ~ Napoli*

La riabilitazione di mascellari edentuli o resi edentuli in fase chirurgica su 4 impianti angolati a supporto di protesi fisse full-arch avvitate, a funzione immediata rappresentano una alternativa terapeutica ai tradizionali protocolli di riabilitazione dei mascellari edentuli. Tale tecnica prevede l'utilizzo dell'osso alveolare residuo nella regione anteriore dei mascellari con l'inserimento di 4 impianti inclinati in modo da superare limiti anatomici ed evitare il ricorso a tecniche di ricostruzione ossea mantenendo una adeguata estensione dell'area di supporto protesico. Tuttavia nelle riabilitazioni a carico immediato con soli 4 impianti, il fallimento anche di un solo impianto durante la fase di osteointegrazione può compromettere il successo dell'intera riabilitazione venendo meno uno dei pilastri che costituiscono il quadrilatero di supporto. Questo case report illustra la gestione di un fallimento precoce di un impianto parte di una riabilitazione implanto-protetica con funzione immediata. Una paziente di 78 anni affetta da edentulia totale da 20 anni, veniva sottoposta a riabilitazione della mandibola con una protesi fissa avvitata su 4 impianti inclinati a funzione immediata secondo il protocollo chirurgico-protetico Columbus Bridge®. Durante la fase di osteointegrazione veniva rilevato il fallimento precoce di uno dei due impianti inclinati. Vengono analizzate le possibili cause del fallimento e descritta la risoluzione della complicanza mediante la rimozione dell'impianto non integrato e l'inserimento di un nuovo impianto splintato agli altri attraverso la modifica del provvisorio full-arch. Il follow-up clinico e radiografico a 2 anni dall'evento documentano l'avvenuta osseointegrazione del nuovo impianto ed il successo della gestione. Nelle protesi a ridotto numero di impianti il fallimento precoce di un impianto, può compromettere la riabilitazione protesica di un mascellare edentulo, tuttavia un razionale utilizzo di procedure chirurgiche e tecniche protesiche possono favorire il raggiungimento del successo clinico fino alla protesizzazione definitiva.

*Bibliografia:* Tealdo T et al. Immediate versus delayed loading of dental implants in edentulous maxillae: a 36-month prospective study. Int J Prosthodont. 2011;24(4):294-302. Del Fabbro M et al. Tilted implants for the rehabilitation of edentulous jaws: a systematic review. Clin Implant Dent Relat Res. 2012 ;14(4):612-21 Bevilacqua M et al. The influence of cantilever length and implant inclination on stress distribution in maxillary implant-supported fixed dentures. J Prosthet Dent. 2011;105(1):5-13.

# **INFEZIONE DELL'INNESTO SENZA ESPOSIZIONE DELLA MEMBRANA DOPO GBR ORIZZONTALE E VERTICALE: GESTIONE DELLA COMPLICANZA E RITRATTAMENTO CON INNESTO ONLAY DI OSSO AUTOLOGO**

## **F. Tirone**

*Clinica Odontoiatrica Salzano Tirone ~ Cuneo*

Sono disponibili diverse tecniche per la gestione dei difetti ossei verticali ed orizzontali nella mandibola parzialmente edentula. La GBR con membrane in PTFE è oggi una tecnica predicibile ma non scevra da complicanze. Si è presentato alla nostra attenzione un uomo di 45 anni richiedendo una riabilitazione implantare di 3.5, 3.6 e 4.6. Il paziente non era fumatore e non presentava patologie sistemiche rilevanti. Dopo la terapia causale PI e GI erano inferiori al 30% e nessun elemento presentava sondaggi superiori a 4mm. L'esame computerizzato conebeamha rivelato, nei siti 3.5 e 3.6, una disponibilità ossea verticaleinferiore a 7mm ed uno spessore osseo insufficiente per l'inserimento di impianti. Si è programmato di ricostruire il volume osseo mediante GBR con membrana non riassorbibile e contestuale inserimento di impianti. Nonostante la procedura sia stata eseguita in condizioni di sterilità, dopo tre settimane dalla chirurgia il paziente ha sviluppato un'infezione senza esposizione della membrana. La membrana, l'innesto e gli impianti sono stati immediatamente rimossi, il sito è stato lavato con antibiotici locali e si sono prescritti antibiotici sistemici. Dopo un periodo di guarigione di tre mesi è stato programmato un nuovo intervento ricostruttivo. Nonostante la maggiore morbidity dovuta al prelievo del blocco e alla procedura in due fasi, l'innesto ad onlay sembra avere una minore incidenza di complicanze. Nelle nostra esperienza, inoltre, le complicanze di questa tecnica sembrano essere più semplici da gestire. Il blocco è stato prelevato dal ramo omolaterale ed è stato utilizzato per ricostruire i difetti verticale ed orizzontale dopo essere stato modellato su una replica della mandibola stereolitografata sterile. Dopo quattro mesi sono stati posizionati due impianti sommersi, riaperti dopo altri due mesi. Nella stessa seduta è stato eseguito un innesto gengivale libero per riposizionare la linea mucogengivale e ricostruire un adeguato tessuto cheratinizzato e sono state rilevate le impronte. Dopo due settimane sono state posizionate corone in zirconio-ceramica avvitate. A tre mesi non era visibile riassorbimento osseo all'esame radiografico.

# TERAPIA RIGENERATIVA OSSEA PER LA RISOLUZIONE DI UN FALLIMENTO IMPLANTARE

**F. Gatti**

*Milano*

La peri-implantite è una malattia infiammatoria ad eziologia batterica che causa perdita ossea intorno agli impianti affetti da questa patologia. Il riscontro di questa condizione patologica è sempre più frequente nella pratica clinica quotidiana tanto da generare una forte esigenza nella comunità scientifica di creare delle comuni linee guida relative al trattamento della peri-implantite. Nel caso della mucosite peri-implantare la terapia non chirurgica potrebbe essere efficace e risolutiva oltre a essere un trattamento minimamente invasivo per il paziente. La letteratura scientifica internazionale non offre una risposta conclusiva relativa alla terapia d'elezione della peri-implantite (Parma-Benfenati S. et al. 2013). Le procedure ricostruttive non sembrano offrire dei vantaggi nella gestione di questa patologia (Chan HL et al. 2013); la terapia resettiva rimane una soluzione efficace e di più agevole esecuzione ma può essere utilizzata solo nelle aree a bassa valenza estetica. Spesso, il grado di avanzamento della peri-implantite è così grave che non è compatibile con il mantenimento degli impianti in situ. In questi casi è necessario rimuovere gli elementi compromessi e valutare una riabilitazione protesica alternativa come una protesi rimovibile, un ponte su denti o una nuova terapia implantare. Gli esiti della peri-implantite possono essere caratterizzati da un'importante perdita ossea tale da non permettere l'inserimento implantare nella posizione protesicamente corretta. In questi casi è necessario ricreare le condizioni anatomiche adeguate per ottenere una riabilitazione implantare funzionalmente ed esteticamente corretta. Il caso clinico presentato mostra il fallimento di una riabilitazione implanto-protesica del mascellare superiore che ha comportato un'atrofia ossea tale da non permettere un'immediata sostituzione implantare. Si è deciso di rimuovere gli impianti "hopeless" mantenendone solo alcuni utili nel sostenere un provvisorio. A distanza di 3 mesi è stato eseguito un intervento di rigenerazione ossea guidata (GBR) con osso autologo prelevato dal ramo mandibolare e membrane non riassorbibili in e-PTFE rinforzate in titanio allo scopo di ricreare le condizioni anatomiche adeguate all'inserimento di 6 impianti a distanza di 6 mesi dalla rigenerazione ossea. Dopo 4 mesi sono stati rimossi alcuni degli impianti che sostenevano il provvisorio ed è stata realizzata la protesi definitiva.

# TRATTAMENTO DELLA PERI-IMPLANTITE CON DECONTAMINAZIONE MECCANICA E INNESTO DI OSSO AUTOGENO: CASE REPORT

**M. Pedrinazzi\*, B. Morandi B.°, P. Fusari P.°**

*\*Libero Professionista, Milano*

*° Unità di Chirurgia Orale del Professor Matteo Chiapasco, Dipartimento Odontostomatologico dell'Università degli Studi di Milano, Polo San Paolo*

Paziente maschio di anni 58, fumatore, viene riferito al nostro dipartimento per peri-implantite a livello degli impianti posizionati sette anni prima in zona 44-45-46. All'esame obiettivo si evidenzia una scarsa igiene orale generale e terapie odontoiatriche a numerosi elementi dentari. Nel IV° quadrante sono presenti 3 impianti rivestiti da corone in metallo-ceramica singole in corrispondenza degli elementi 44-45-46. I tessuti peri-implantari si presentano con i classici segni di infiammazione: tumefazione, sanguinamento e suppurazione (si evidenzia una fistola purulenta in corrispondenza dell'impianto 45). Il sospetto di peri-implantite viene confermato dall'esame radiografico che evidenzia segni di perdita di supporto osseo ed esposizione delle prime spire implantari.

Previa terapia causale iniziale e dopo una fase di mantenimento si decide di eseguire una chirurgia a lembo al fine di decontaminare la superficie implantare e cercare di migliorare il supporto osseo intorno agli impianti.

Previo allestimento di un lembo a tutto spessore con tecnica "Papilla presevation", è stata esposta l'area infetta ed eliminato tutto il tessuto di granulazione intorno agli impianti mediante currette. Utilizzando un microscopio operativo e delle spazzole in titanio è stato possibile eseguire prima una decontaminazione di tipo meccanico della superficie implantare seguita da una di tipo chimico con Clorexidina 0,2% . Successivamente il difetto osseo perimplantare è stato colmato con osso particolato autologo prelevato dal sito con strumenti manuali (safescraper).

La sutura senza tensione è stata eseguita a materasso orizzontale con vicryl 5-0 e punti semplici staccati con un monofilamento 6-0.

Il paziente è stato dimesso continuando la terapia antibiotica ( amoxicillina 1 gr compresse 2 volte al giorno per una settimana) ed antibatterica iniziata prima dell'intervento. Il decorso è stato nella norma senza complicazioni ed i punti sono stati rimossi dopo 10 giorni.

Il follow-up radiografico a 9 mesi indica una buona re-osteintegrazione della zona intorno agli impianti.