

Impianti post-estrattivi immediati

F. Zuffetti, F. Galli, M. Capelli, L. Fumagalli, A. Parenti, M. Deflorian, G. Totaro, R. Scaini, T. Testori

I.R.C.C.S. Istituto Ortopedico Galeazzi, Clinica Odontoiatrica (Direttore: prof. R.L. Weinstein), Reparto di Implantologia e Riabilitazione Orale (Responsabile: Tiziano Testori), Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche, Chirurgiche e Odontoiatriche

Introduzione

L'inserimento di impianti post-estrattivi immediati comporta vantaggi e svantaggi, ma in generale è considerata una terapia chirurgica più complessa rispetto all'inserimento di impianti in osso nativo. A seguito di un'estrazione dentale, i mascellari vanno incontro a un riassorbimento, e uno dei fattori che determina questo processo è la perdita del supporto vascolare del sito estrattivo proveniente dal legamento parodontale. La parte di osso alveolare dove si inseriscono le fibre del legamento parodontale è chiamata "bundle bone" ed è presente in maniera maggiore sul margine vestibolare dell'alveolo, che va incontro a un maggiore riassorbimento rispetto alla parete palatale/linguale, come rilevato da Araujo¹. L'inserimento di un impianto immediatamente dopo un'estrazione non previene il riassorbimento del processo alveolare. Durante la 3^a Consensus Conference ITI del 2004 è stata proposta una classificazione in merito al tempo raccomandato prima dell'inserimento implantare, basata sulle modificazioni tridimensionali, istologiche e morfologiche del sito estrattivo. La presenza di infezioni in un sito post-estrattivo era considerata, secondo alcuni autori, una controindicazione all'inserimento di un impianto, in quanto l'infezione presente potrebbe compromettere l'osteointegrazione. Tuttavia, studi più recenti hanno mostrato risultati positivi per impianti posizionati in siti con patologie periapicali, come dimostrato da Novaes et al.² o da Del Fabbro et al.³.

Caso clinico

Paziente uomo di 36 anni si è presentato con un problema endodontico a carico del 1 molare superiore di destra a cui, nonostante ripetuti ritrattamenti canalari, il problema infettivo (fistola) non si era risolto (Figg. 1a, 1b). L'esame radiografico presenta una radiopacità sulla radice mesiale del 1 molare oltre clinicamente la presenza di una fistola vestibolare (Fig. 2).

Si è deciso per l'estrazione dell'elemento dentario (Figg. 3a, 3b) e la sua sostituzione con un impianto immediato (Figg. 4a-4c). Deciso il piano di trattamento, il paziente è stato

inserito in un programma di pulizia preoperatoria con scaling, root planing e istruzioni di igiene orale.

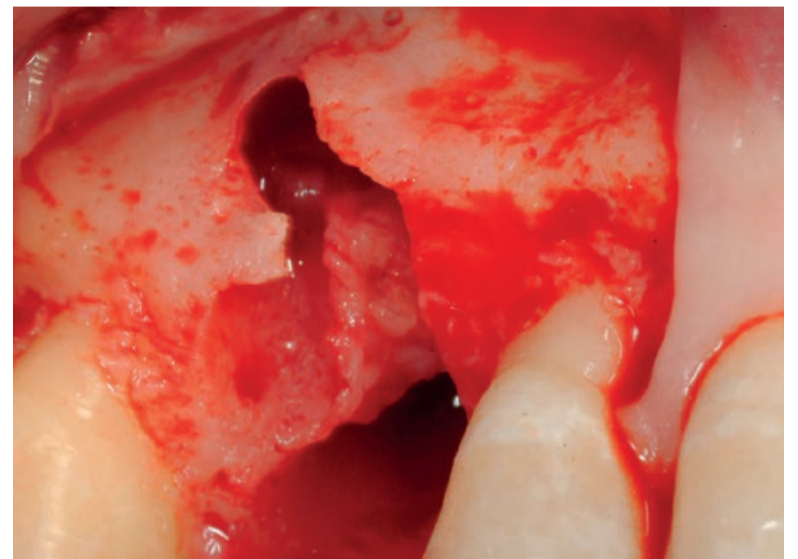
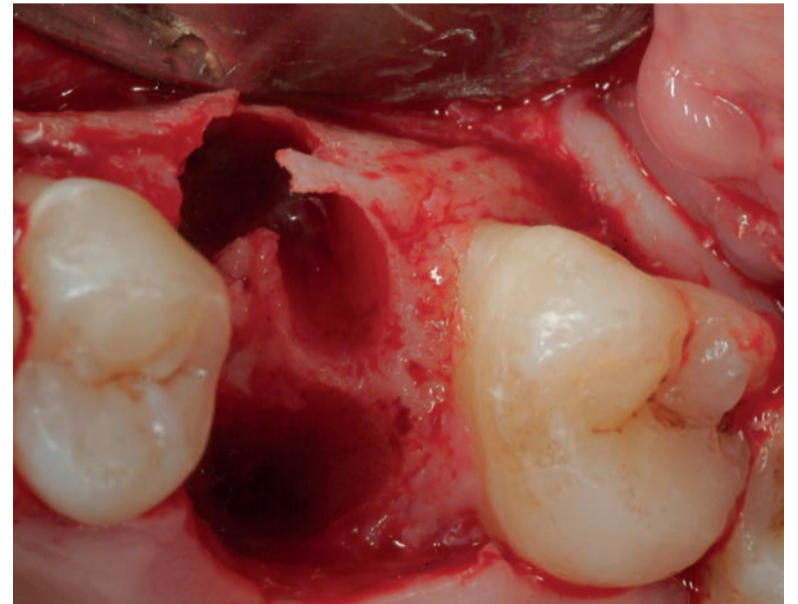
> pagina 7



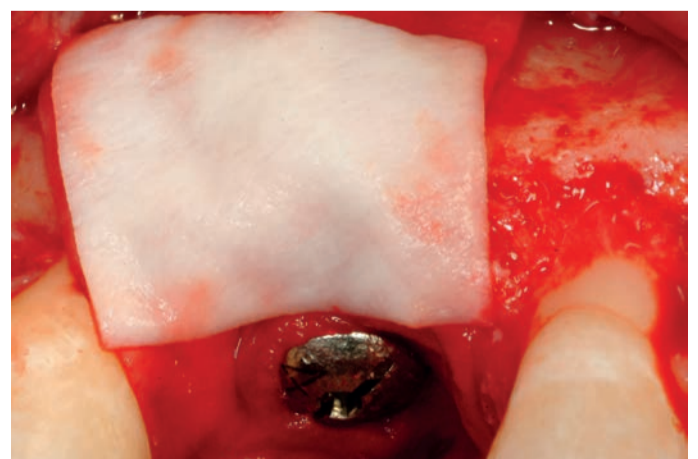
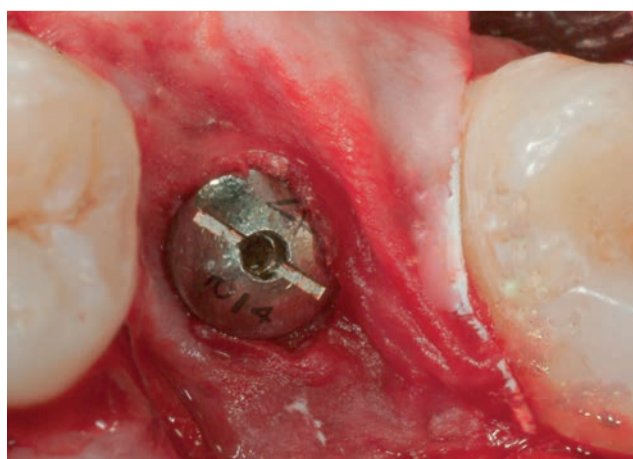
Figg. 1a, 1b - Caso clinico iniziale, visione occlusale, visione vestibolare con fistola.



Fig. 2 - Rx preoperatoria.



Figg. 3a, 3b - Estrazione atraumatica delle radici.



Figg. 4a-4c - Posizionamento dell'impianto e riempimento del difetto con osso bovino deproteinizzato e copertura con membrana riassorbibile in collagene.

< pagina 6

È stata prescritta una terapia antibiotica preoperatoria con 1 g di amoxicillina e acido clavulanico (Augmentin) ogni 12 ore per 5 giorni, iniziando 24 ore prima dell'intervento; 600 mg di ibuprofene (Brufen) ogni 12 ore per 3 giorni iniziando 24 ore prima; due sciacqui al giorno con clorexidina 0,2% collutorio (Dentosan) per 2 settimane dopo l'intervento.

La tecnica chirurgica prevede un'incisione intrasulcolare e la separazione delle tre radici, seguita dalla loro estrazione in maniera atraumatica con l'utilizzo della tecnica piezoelettrica, cercando di mantenere tutto il tessuto osseo residuo.

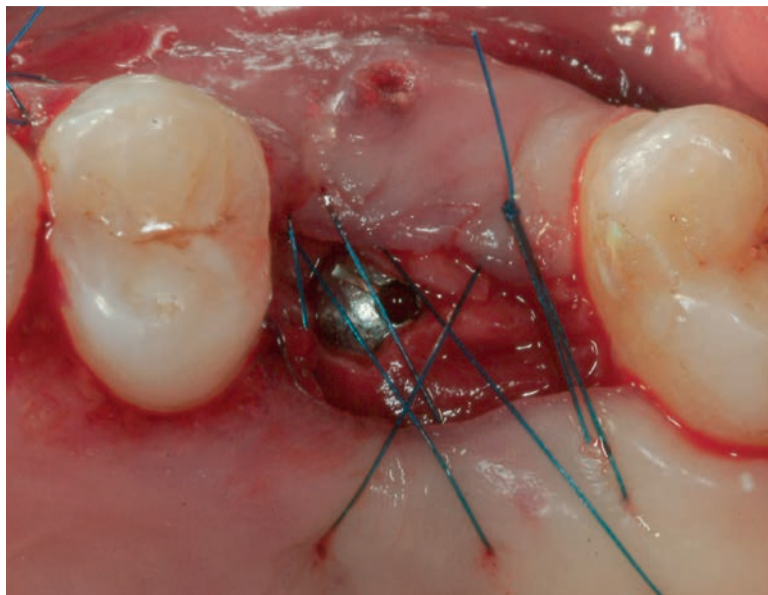


Fig. 5 - Sutura.

zienti pubblicato da Fugazzotto⁶ su impianti immediati in siti infetti con o senza lesioni periapicali ha confermato la stessa percentuale di successo in entrambe le procedure. Anche un recente lavoro retrospettivo di Meltzer⁷ ha una percentuale di sopravvivenza implantare a 2 anni del 98,7% e, dopo 3 anni di follow-up, la percentuale di successo – sia nel gruppo flapless sia nel gruppo in cui si è utilizzato un lembo chirurgico con GBR associata – era simile. In conclusione, gli studi presenti in letteratura sembrano confermare come questa tecnica sia affidabile e predicibile ma, pur presentando numerosi vantaggi, sono necessari ulteriori studi a lungo termine che confermino questi risultati.

Il dato comune è che la pulizia del sito infetto con l'asportazione del tessuto infiammatorio, l'adeguata terapia antibiotica e la stabilità primaria dell'impianto rappresentano condizioni indispensabili perché il trattamento conduca a un'elevata percentuale di successo.

bibliografia

1. Araujo MG, Lindhe. Dimensional ridge alterations following tooth extraction. An experimental study in the dog. JCP 2005.
2. Novaes AB Jr, Marcaccini AM, Souza SL, Taba M Jr, Grisi MF. Immediate placement of implants into periodontally infected sites in dog: histomorphometric study of bone implant contact. JOMI 2005.
3. Del Fabbro M, Boggian C, Taschieri S. Immediate implant placement into fresh extraction sites with chronic periapical pathology features combined with plasma rich in growth factors. Preliminary results of single-cohort study. Journal of Oral&Maxillo Facial Surgery 2009.
4. Del Fabbro M, Ceresoli V, Taschieri S, Ceci C, Testori T. Immediate loading of post-extraction implants in the esthetic area. Systematic review of the literature. CIDRR 2015.
5. Waasdorp JA, Cyril I Evian. Martne Mandracchia. Immediate Placement of Implants into Infected Sites: A systematic Review of the Literature. JP 2010.
6. Fugazzotto P. A Retrospective Analysis of Implants immediately placed in sites with an without Periapical Pathology in 64 Patients. JP 2011.
7. Meltzer AM. Immediate Implant Placement and Restoration in Infected Sites. IJPRD 2012.

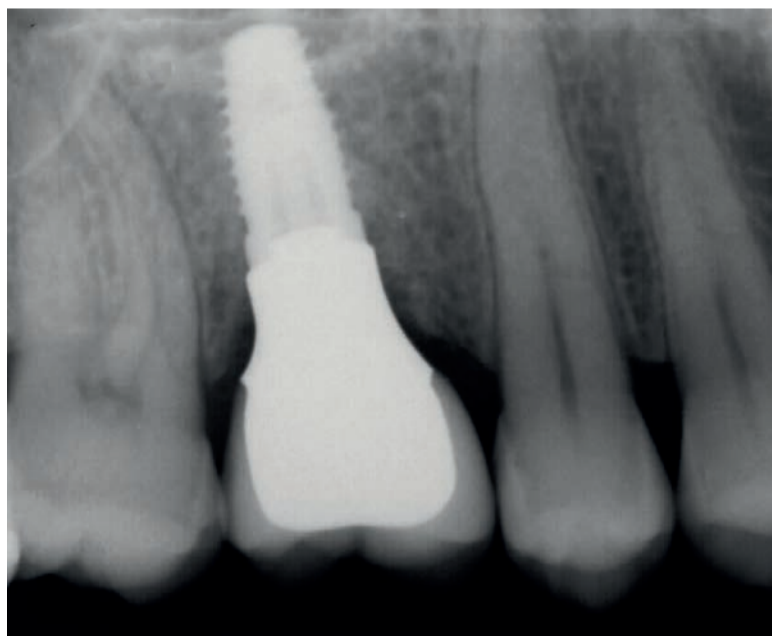


Fig. 6a-6c - Caso clinico ultimato, visione oclusale (a), visione vestibolare (b) e controllo radiologico (c).

Pulito l'alveolo, è stato inserito un impianto di 5 mm di diametro di lunghezza 11,5 mm con una stabilità primaria superiore ai 30 Ncm.

Data la presenza di un difetto osseo vestibolare, è stato inserito un biomateriale come riempitivo del difetto (BIOSS) e una membrana in collagene a ricopertura dell'innesco (BIOGUIDE).

Terminata la chirurgia, i lembi sono stati suturati con sutura Vycril 6/0 riassorbibile (Fig. 5).

A distanza di 8 settimane dalla chirurgia, quando i tessuti gengivali sono guariti, si è posizionata una corona provvisoria, previa valutazione della stabilità primaria dell'impianto con ISQ (Osstell) non inferiore a 60, e 4 mesi dopo il posizionamento di una corona definitiva in ceramica (Figg. 6a-6c).

Conclusioni

In alcune condizioni cliniche, quando la terapia endodontica è impraticabile e non è in grado di migliorare il risultato iniziale, l'inserimento di un impianto diviene una valida alternativa terapeutica.

Nonostante la presenza di un'infezione attiva sia stata a lungo considerata una delle controindicazioni all'inserimento di un impianto post-estrattivo, numerosi studi dimostrano come questa scelta terapeutica porti a risultati eccellenti, come di recente dimostrato da una revisione della letteratura di Del Fabbro e collaboratori⁴ e da Waasdorp e collaboratori⁵, suggerendo come sia importante la pulizia del sito, la stabilità primaria dell'impianto e l'utilizzo della terapia antibiotica prima dell'intervento.

Un lavoro retrospettivo su 64 pa-

COME ORDINARE

TUEOR SERVIZI Srl • Corso Sebastopoli, 225 • 10137 Torino
Tel. 011 0463350 • Fax 011 0463304 • loredana.gatto@tueor.it
www.tueorservizi.it

IMPLANTOLOGIA
TECNICHE IMPLANTARI MININVASIVE ED INNOVATIVE



IMPLANTOLOGIA
Tecniche implantari mininvasive ed innovative

co-Autori
FABIO GALLI
+ FRANCESCO ZUFFETTI

Coordinatore scientifico
prof. ROBERTO L. WEINSTEIN
Università degli studi di Milano
IRCCS Istituto Ospedaliero Galeazzi

M. CAPELLI, T. TESTORI

PAGINE: 530
IMMAGINI: OLTRE 1000
FORMATO: 21,4 x 28,4 CM
EDIZIONE: VOLUME CARTONATO CON COFANETTO

Questo nuovo libro raccoglie in una sequenza didattica tutte le fasi della chirurgia implantare, dalla diagnosi al follow-up post-chirurgico, offrendo utili consigli operativi ed evidenziando il grado di rischio e di difficoltà di ciascuna fase.

Il capitolo di apertura "La determinazione del rischio in chirurgia implantare" presenta il rischio come comune denominatore dell'intero piano di trattamento chirurgico e traccia la linea che caratterizza il resto del libro.

Nel testo viene esposta in dettaglio ogni fase del piano di trattamento, dalla diagnosi del sito implantare, allo strumentario necessario, all'approccio chirurgico ed incisioni ottimali, fino alla sutura ed alle fasi finali.

Questo libro è davvero contemporaneo, esaustivo, olistico e pratico. È un testo che si può consultare continuamente come riferimento, guida e fonte d'ispirazione.

298,00 EURO