



INNESTI OSSEI AD ONLAY PRELEVATI DAL CAVO ORALE NELLA TERAPIA DEI DEFECT OSSEI ORIZZONTALI

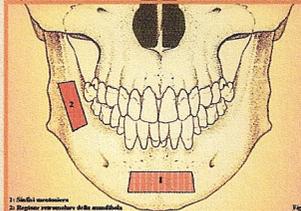
F. Bromo, A. Berardi, G. Corrocher, G. Lombardo, G. Urbani

Università degli Studi di Perugia e Università degli Studi di Verona



INTRODUZIONE

Quando la stabilità primaria degli impianti non è garantita a causa di un'insufficiente volume osseo sia orizzontale che verticale, è necessario utilizzare tecniche chirurgiche in grado di incrementare tali volumi ossei. Le tecniche chirurgiche a disposizione sono la rigenerazione ossea guidata (GBR), la split crest, gli innesti ossei ed il rialzo del seno nei settori superiori posteriori. L'innesto di osso autologo prelevato sia da sedi intraorali che extraorali, permette di ottenere un elevato grado di prevedibilità associato ad una ridotta morbilità e tempi brevi di guarigione. Negli studi odontoiatrici (ad eccezione di strutture particolarmente attrezzate) il prelievo dovrebbe essere effettuato all'interno del cavo orale (osso malare, tuber massolare, spina nasale anteriore, ramo mandibolare e regione retromolare buccale e linguale, sinfisi e corticale laterale del processo alveolare inferiore incluso il margine della mandibola). La nostra esperienza è limitata ai prelievi dal mento e dalla regione retromolare della mandibola (Fig.1) Scopo di questa ricerca è valutare i pregi e i difetti dei prelievi effettuati in queste due sedi.

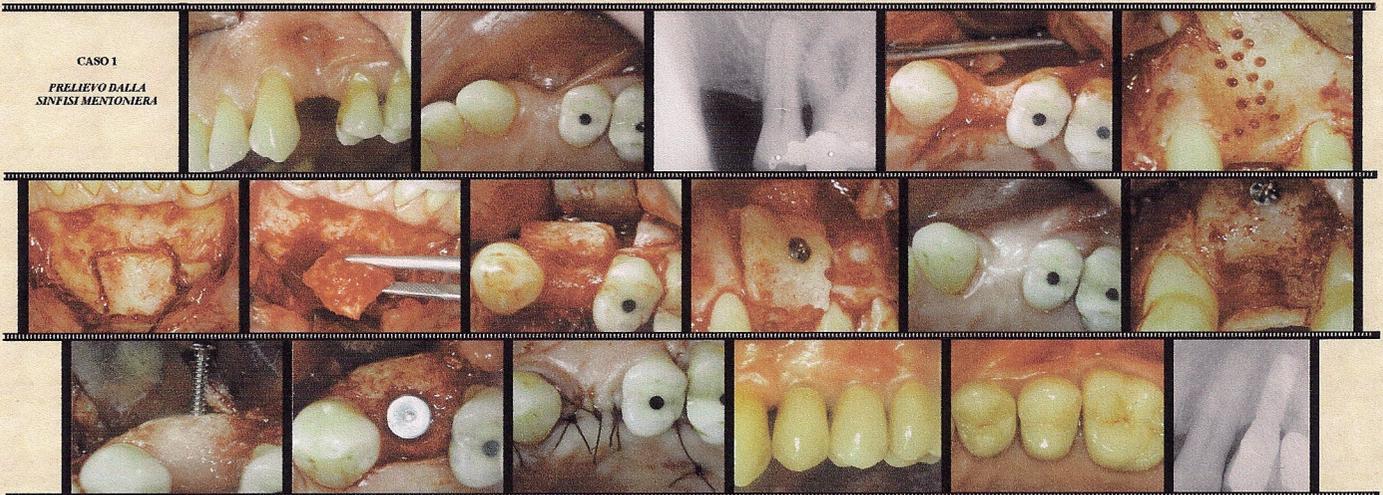


MATERIALI E METODI

In questo studio clinico sono stati valutati 30 pazienti che presentavano un elevato riassorbimento osseo orizzontale tale da non permettere il posizionamento di impianti. Sono stati prelevati 15 blocchi di osso dalla sinfisi mentoniera e 15 dalla regione retromolare della mandibola, utilizzando la tecnica descritta nei casi clinici n° 1 e 2. Nel decorso post-operatorio è stata somministrata copertura antibiotica (amoxicillina + acido clavulamico) 2gr/die. Gli innesti sono stati prelevati sovradimensionati come spessore per ovviare al riassorbimento, che si verifica sempre e che viene valutato mediamente attorno ad un 25-30% dello spessore prelevato. Gli innesti sono stati bloccati con viti di fissaggio. Trascorsi 4 mesi, dopo aver rimosso la vite di fissaggio sono stati posizionati gli impianti e dopo altri 4 mesi, sono state posizionate le viti di guarigione. Si è provveduto quindi alla protezione degli impianti prima con provvisori armati e successivamente con corone in porcellana.

CASO 1

PRELIEVO DALLA SINFISI MENTONIERA



DISCUSSIONE

La regione del mento rappresenta un'area di prelievo frequentemente scelta per il facile accesso, la cicatrizzazione favorevole e la possibilità di prelevare una notevole quantità di materiale da innesto. In fase postoperatoria può talvolta manifestarsi una ridotta sensibilità cutanea a livello del mento e una parestesia degli incisivi inferiori¹⁰ attribuibile o ad un decorso anormale del nervo incisivo che, portandosi più in superficie, viene interessato durante la manovra di osteotomia, tale anomalia anatomica è comunque difficilmente diagnosticabile preoperatoriamente e impossibile da evitare qualora presente, oppure alla possibilità della formazione di un coagulo infrazioso, in grado di indurre una fase ischemica del fascio perineurale per compressione dei vasa-vasorum non operatore dipendente¹¹. Inoltre nella tele radiografia latero-laterale compaiono, a volte, evidenze di un difetto della sostanza ossea che, tuttavia, non ha conseguenze estetiche nel contorno dei tessuti molli. Sono stati segnalati alcuni casi di plessi del mento con alterazioni fisiognomiche nei casi in cui erano scollate completamente le inserzioni muscolari^{12,13}, questa evenienza è da attribuirsi ad un errore di tecnica dell'operatore (mancata sutura dei muscoli del mento prima della sutura della mucosa). L'altra area di prelievo da noi utilizzata è la regione retromolare della mandibola. L'incisione coincide con quella per l'estrazione del dente del giudizio, l'innesto può essere associato all'estrazione effettuando un prelievo di corticospongiosa ad L lungo la Linea Obliqua Esterna, il rischio di lesioni ai nervi e alle radici dei molari è ipotizzata assai remota ed è sempre da imputarsi ad un errore di tecnica chirurgica dell'operatore. Il frammento osseo prelevabile in tale zona è ideale per l'incremento di difetti del processo alveolare in altezza e in larghezza dopo la perdita di denti singoli. Altro vantaggio del prelievo nella regione retromolare della mandibola è la possibilità di prelevare ulteriore osso al margine anteriore del ramo mandibolare, nel caso siano necessarie maggiori quantità di materiale. Il difetto conseguente al prelievo viene ricoperto dalla massa del muscolo massetere, senza compromettere l'estetica. Unico svantaggio del prelievo effettuato in questa regione, rispetto al prelievo di osso nella regione del mento è che la regione è un po' più difficile da raggiungere. In uno studio di Clavero e Lundgren¹⁴ che metteva a confronto i prelievi effettuati nella regione retromolare della mandibola e dal mento, in 15 su 29 pazienti si è osservata un'alterazione persistente della sensibilità cutanea dopo il prelievo di osso dal mento, mentre nel caso di prelievo di osso dalla regione retromolare si sono osservati soltanto disturbi transitori della sensibilità della guancia e delle mucose del cavo orale, che regredivano spontaneamente.

RISULTATI

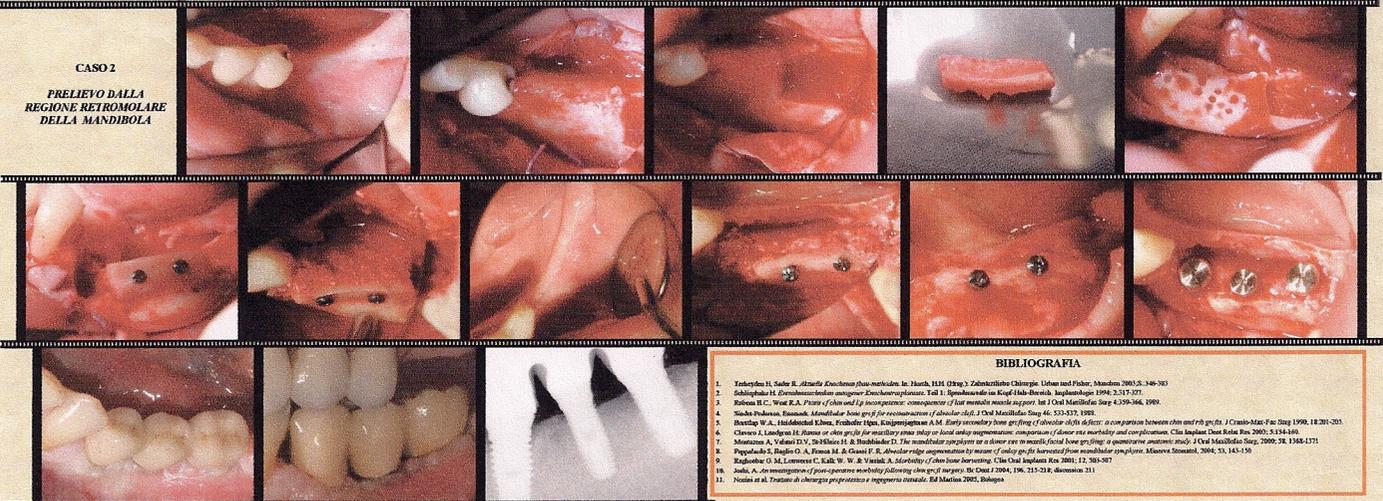
In tutti i 30 casi l'innesto osseo ha permesso il posizionamento degli impianti e la protezione corretta dei pazienti. In 2 casi di prelievo dal mento si è verificata una parestesia degli incisivi inferiori che in un caso non è regredita, non si sono mai verificati incidenti o complicazioni vascolo-nervose nei prelievi ossei dalla regione retromolare della mandibola.

CONCLUSIONI

Entrambe le aree di prelievo sono ottimali per il prelievo di innesti ossei finalizzati al posizionamento di impianti in aree di deficit di piccole dimensioni.

CASO 2

PRELIEVO DALLA REGIONE RETROMOLARE DELLA MANDIBOLA



BIBLIOGRAFIA

1. Tarkenton H, Sailer H. Alveolar Enrichment: the method. In: March, H.H. (Ed) "Zahnärztliche Chirurgie". Urban und Schwarzenberg, München, 2001; 346-367.
2. Sakthipathi H. Bone harvest techniques: Zuckerman's reference. Teil 1. Bone harvest in the chin. Br Dent J. 1996; 2: 517-527.
3. Robinson H.C., Wolf R.A. Pains of chin and lip inconspicuous: consequences of fat muscle muscle surgery. Int J Oral Maxillofac Surg. 4: 359-366, 1993.
4. Suda K, Nakano T, Yamada M. Mandibular bone graft for maxillary sinus elevation. J Oral Maxillofac Surg. 46: 573-577, 1988.
5. Hartwig W.A., Hildebrandt K, Fritzsche H, Knapstein A.M. Early secondary bone grafting of alveolar defects: a comparison between chin and rib grafts. J Craniomaxillofac Surg. 1992; 14: 201-205.
6. Clavero A., Lundgren L.V., Nilner M., & Brånemark U. The mandibular premaxilla as a donor site in maxillary dental bone grafting: a comparative anatomic study. J Oral Maxillofac Surg. 2000; 26: 1164-1171.
7. Populato S., Baglio O.A., Fiumi M., & Giamberini S. Alveolar ridge augmentation by means of onlay graft harvested from mandibular complex. Maxillofac Surg. 2004; 53: 143-150.
8. Engelbrekt G., M.L. Lennert C., Käll W. W. & Vranich A. Histology of chin bone harvesting. Clin Oral Implants Res. 2001; 12: 308-307.
9. Jukić A. An investigation of post-operative morbidity following chin graft surgery. Stomatol. 2004; 196: 211-218, discussion 211.
10. Natta M. et al. Trattato di chirurgia preoperatoria e postoperatoria orale. Ed. Martin 2002, Bologna.