

## CASE REPORT

### GBR POCKET TECHNIQUE IN MANDIBOLA POSTERIORE.

La GBR è una tecnica predicibile nel trattamento dei difetti ossei tridimensionali. Essa prevede un'estesa esposizione del difetto osseo ottenuta attraverso incisioni crestali e di rilascio ed una guarigione per prima intenzione con lembi passivi ed adeguato accollamento della componente mucosa. Talvolta è necessario anche eseguire un secondo sito chirurgico adibito al prelievo della componente ossea autologa. Una ferita estesa comporta pertanto tempi di guarigione lunghi, l'utilizzo di numerosi punti di sutura, protratto disagio post-operatorio ed ottima collaborazione da parte del paziente.



Nel presente caso l'impiego di una nuova tecnica nasce dalla necessità di ridurre l'invasività della procedura tradizionale attraverso un ridotto accesso chirurgico ottenuto tramite una singola incisione. Questo approccio consente infatti di accorciare i tempi di guarigione, di ottenere sempre una singola area di prelievo e di innesto attraverso l'utilizzo di appositi scraper, di ridurre i rischi di esposizione della membrana non riassorbibile.

**Dr Stefano Scavia, Milano.**

**[stefano.scavia@fastwebnet.it](mailto:stefano.scavia@fastwebnet.it)**

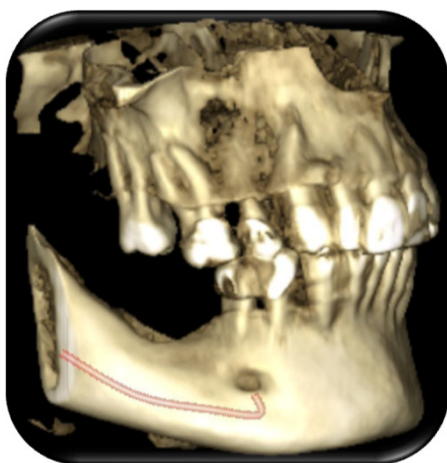
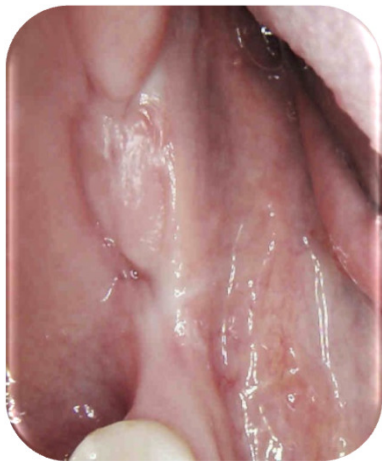


Fig. 1-3 - la valutazione clinica e radiografica pre-chirurgica mostra un significativo difetto osseo orizzontale e verticale a carico del 4° quadrante posteriore.



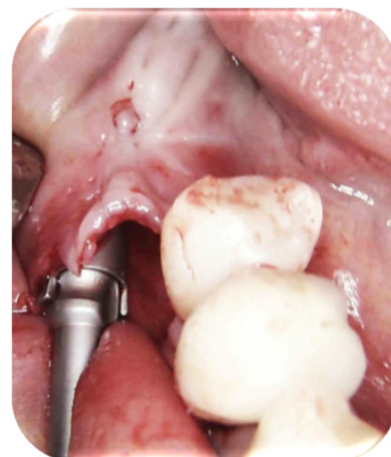
**Fig. 4 - visione occlusale del difetto osseo.**



**Fig. 5-6 - la GBR Pocket technique è caratterizzata da un'unica incisione a "U" eseguita distalmente all'ultimo elemento naturale adiacente all'area del difetto. Essa si estende per circa 5-6mm vestibolarmente e lingualmente.**



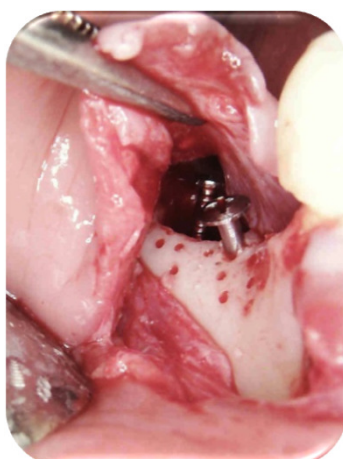
**Fig. 7-8 - si esegue lo scollamento a tutto spessore prima della componente linguale e successivamente di quella vestibolare. Segue il rilascio del periostio e la gestione delle inserzioni muscolari.**



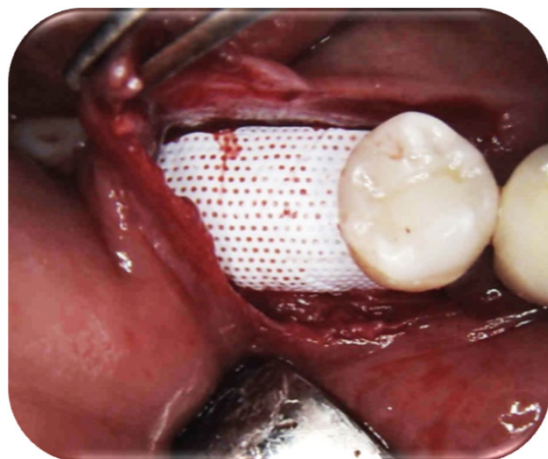
**Fig. 9 - accesso alla linea obliqua esterna mandibolare per il prelievo osseo autologo con ZEPF bone scraper II®.**



**Fig. 10 - miscela di osso autologo e osso eterologo Equimatrix® 50%/50%**



**Fig. 11-12 - preparazione del letto ricevente, posizionamento delle viti di sostegno e della membrana in d-ptfe Cytoplast® Ti250 rinforzata in titanio.**



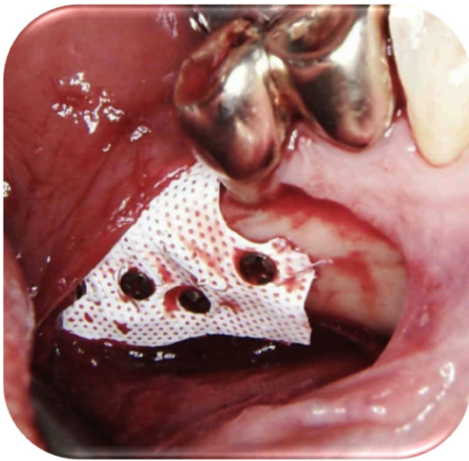


Fig. 13 - fissaggio della membrana linguale e vestibolare con viti Profix®.

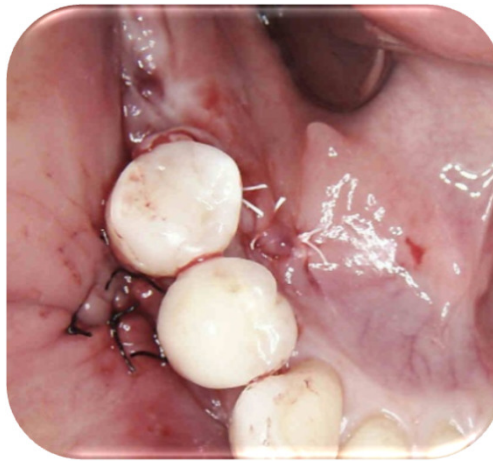


Fig. 14-15 - sutura post-chirurgica e controllo a 7 giorni.

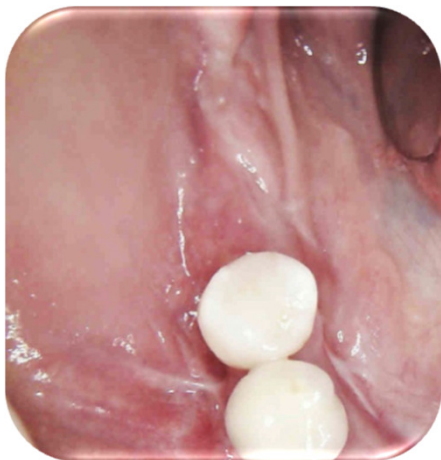


Fig. 16 - guarigione clinica ad un mese.

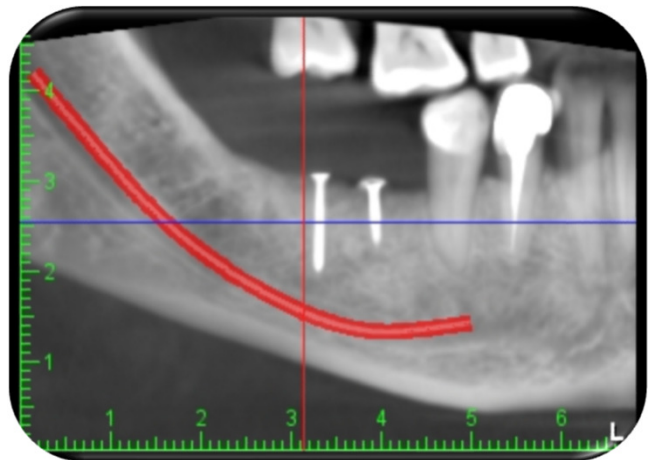


Fig. 17 - rimozione membrana e controllo radiografico a 6 mesi.

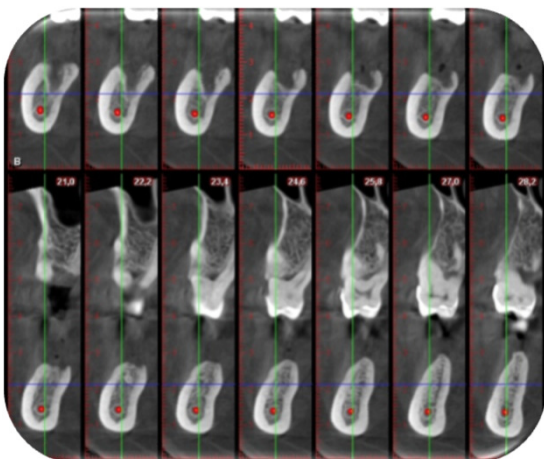
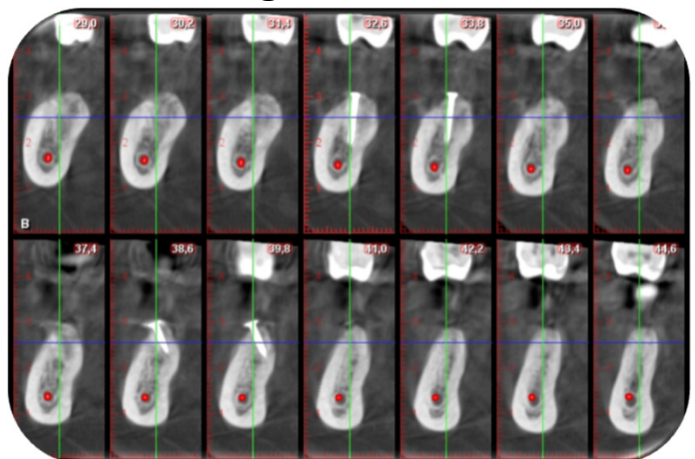


Fig. 18 - TC dental-scan: confronto delle sezioni prima della chirurgia e a 9 mesi, al momento del rientro implantare. Si rileva un incremento osseo verticale di 5-6mm.



L'impiego di questa tecnica permette una miglior preservazione della circolazione sanguigna del lembo, inducendo minor rischio di necrosi, deiscenza ed esposizione dell'innesto. Ad un'incisione più ridotta e ad un minor utilizzo delle suture si associa una riduzione dello spostamento coronale della linea muco-gengivale ed una minore perdita di fornice vestibolare in confronto alla tecnica di GBR tradizionale.