

CASE REPORT

GBR 3D CON RESEZIONE DI ESOSTOSI DEL TUBER NEL MASCELLARE SUPERIORE GRAVEMENTE ATROFICO CON COMUNICAZIONE ORO-ANTRALE: VALUTAZIONE RADIOLOGICA

Dr. Stefano Scavia, Milano. stefano.scavia@unimib.it

Andrea Oliveira, Milano. oliveira.andrea.96@gmail.com

Un grave deficit osseo mascellare con perdita verticale e orizzontale del processo alveolare richiede procedure rigenerative tridimensionali nel contesto di un corretto approccio implantare protesicamente guidato. In questo caso clinico si esegue una rigenerazione ossea guidata in una situazione in cui l'atrofia ossea del settore posteriore del secondo quadrante coinvolge anche parte del pavimento del seno mascellare, esitante in una comunicazione oro-antrale maggiore di 5mm, la cui chiusura era stata precedentemente ottenuta solo con la gestione dei tessuti molli.

Il presente caso mostra, attraverso una valutazione radiografica, come si sia ottenuta una rigenerazione ossea tridimensionale e allo stesso tempo la chiusura della comunicazione oro-antrale nell'ambito della medesima fase chirurgica.

Un'esostosi vestibolare presente sul tuber mascellare sinistro è stata asportata tramite chirurgia piezoelettrica, triturata e utilizzata come componente autologa nella preparazione della miscela di innesto costituita da 50% osso autologo e 50% osso equino deproteinizzato (Equimatrix™). Per l'esecuzione della GBR viene utilizzata una membrana in d-ptfe (Cytoplast[®]) stabilizzata con viti di sostegno e di fissaggio.

Il follow-up radiografico a 8 mesi mostra un aumento osseo orizzontale e verticale fino a 9,5 mm che consente l'inserimento di impianti in posizione protesicamente guidata. A distanza di 9 mesi dalla chirurgia rigenerativa si posizionano gli impianti e successivamente vengono consegnate le corone singole in vetroceramica al disilicato di litio.



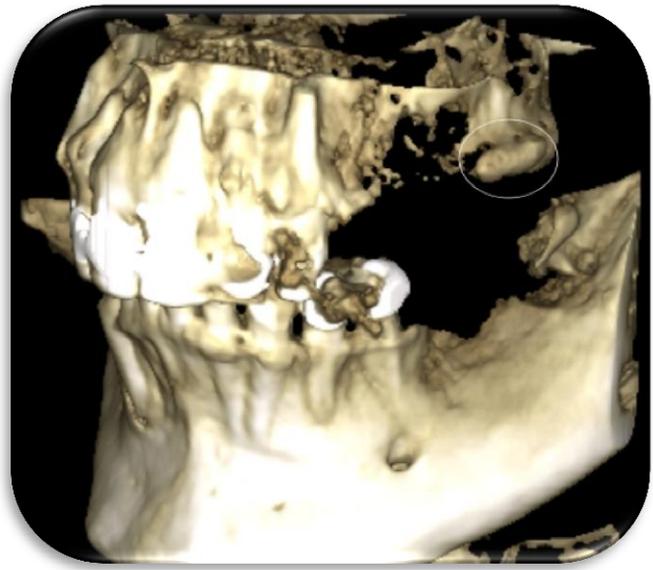


Fig.1-2 Valutazione radiografica pre-operatoria: rilevante atrofia verticale del processo alveolare in presenza di **esostosi vestibolare a livello del tuber maxillae** (nella circonferenza).

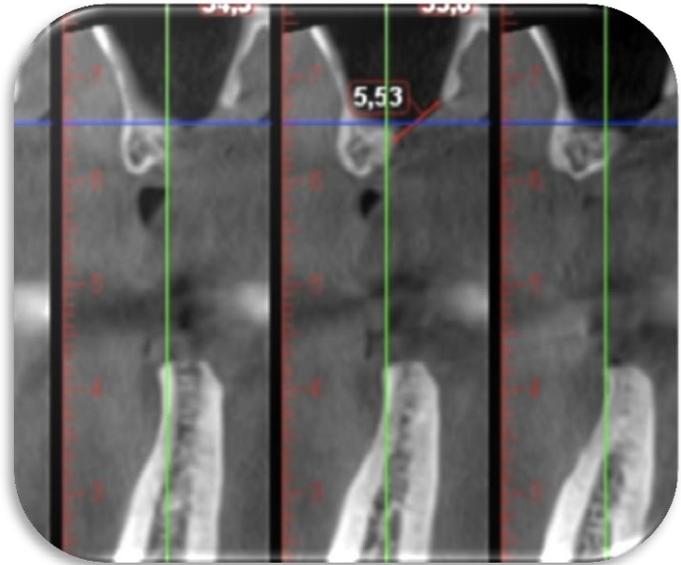
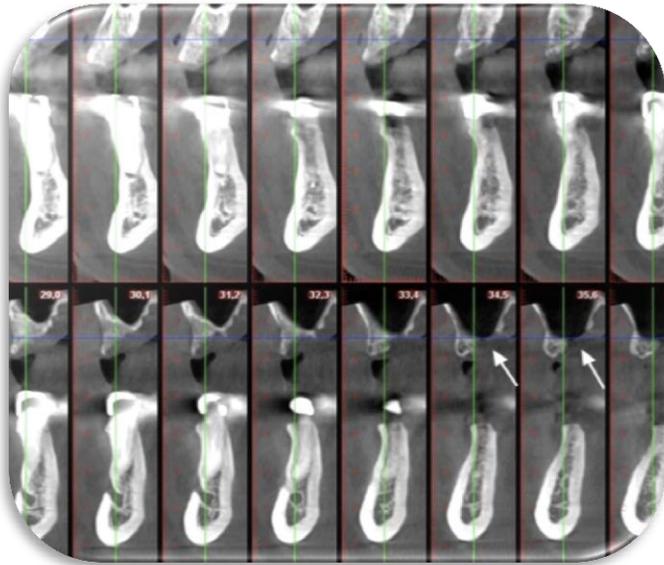


Fig.3-4 Le sezioni mostrano l'entità dell'atrofia del processo alveolare mascellare. Si osserva anche la **comunicazione oro-antrale di 5,53mm** (vedi freccia).

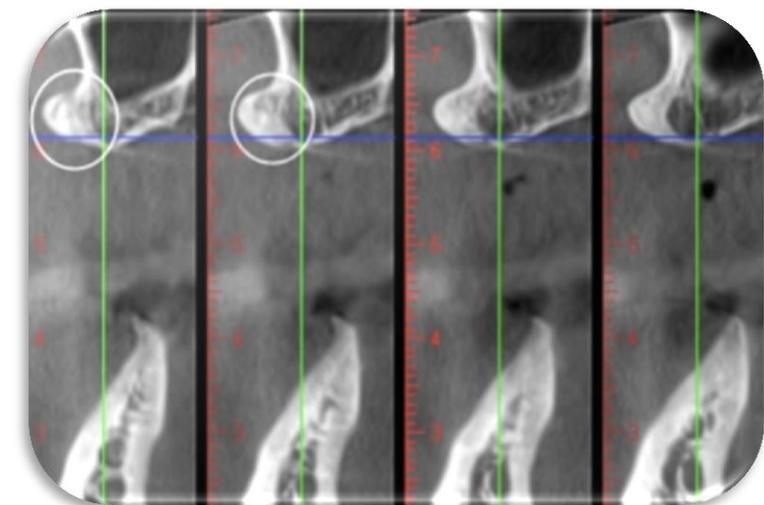


Fig.5 Nelle sezioni è visibile anche l'esostosi vestibolare a livello del tuber maxillae, che verrà utilizzata come componente autologa durante la procedura di GBR

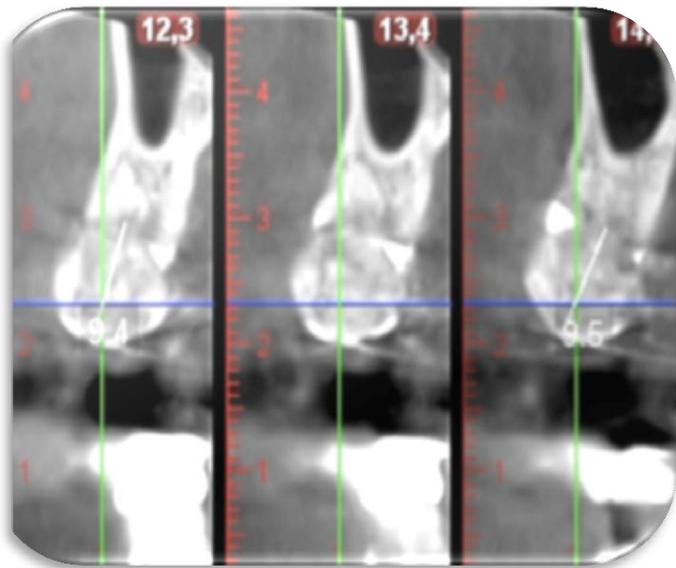
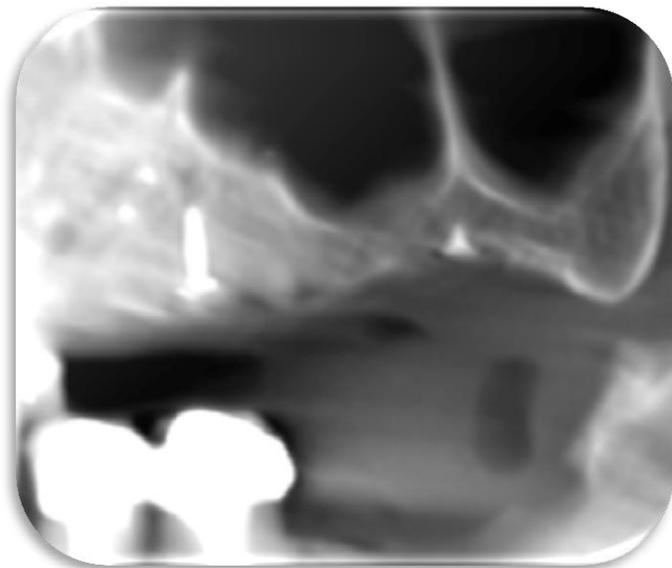


Fig.6-7 **GBR 3D** dopo 9 mesi. Miscela di osso autologo (dall'esostosi del paziente) ed eterologo (Equimatrix™) in rapporto 1:1, utilizzo di una membrana in d-ptfe (Cytoplast®) fissata con microviti (Profix®). Si ottiene guadagno verticale fino a 9,6 mm.

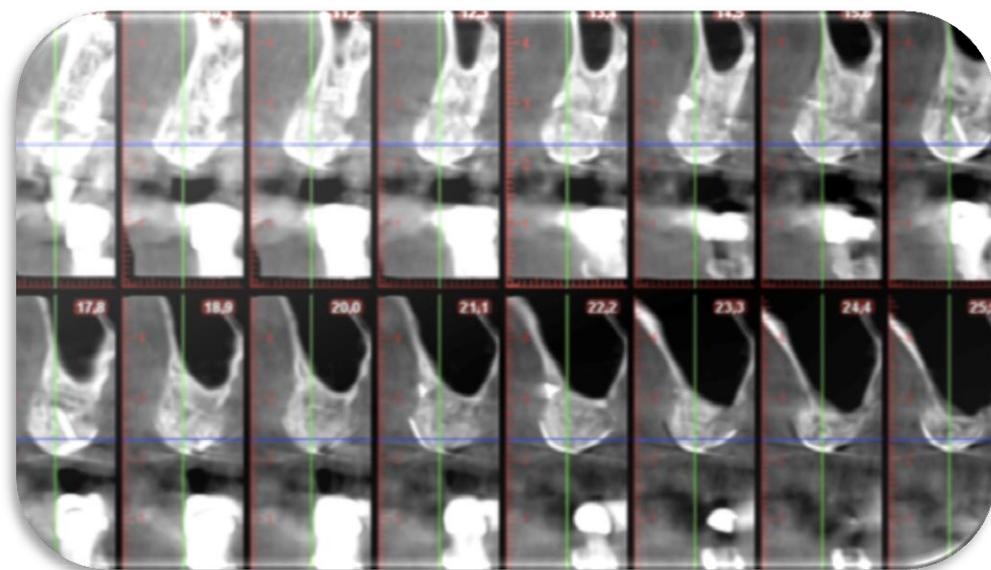


Fig.8 Scansioni post-operatorie nella medesima posizione della figura 3 (pre-operatorie). Si osserva l'incremento tridimensionale e la **chiusura della comunicazione oro-antrale**.

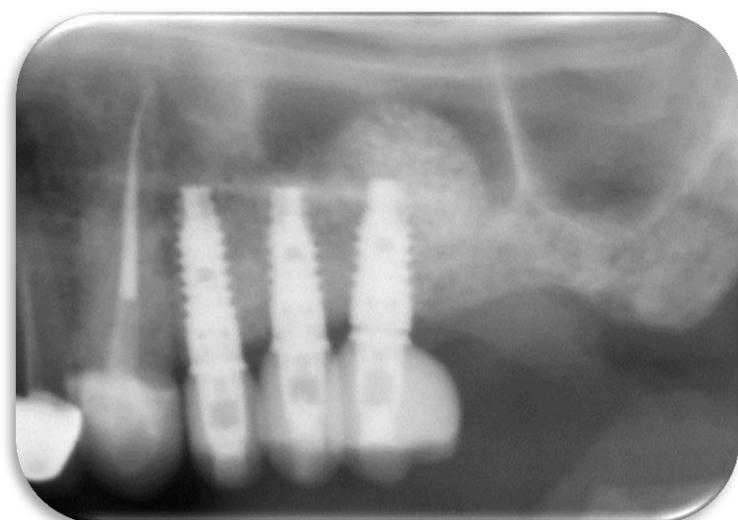


Fig.9 Dopo circa 9 mesi dalla chirurgia rigenerativa si procede con l'**inserimento implantare** di 24-25-26. Contestualmente è stato eseguito un **rialzo del pavimento del seno mascellare** per via crestale.

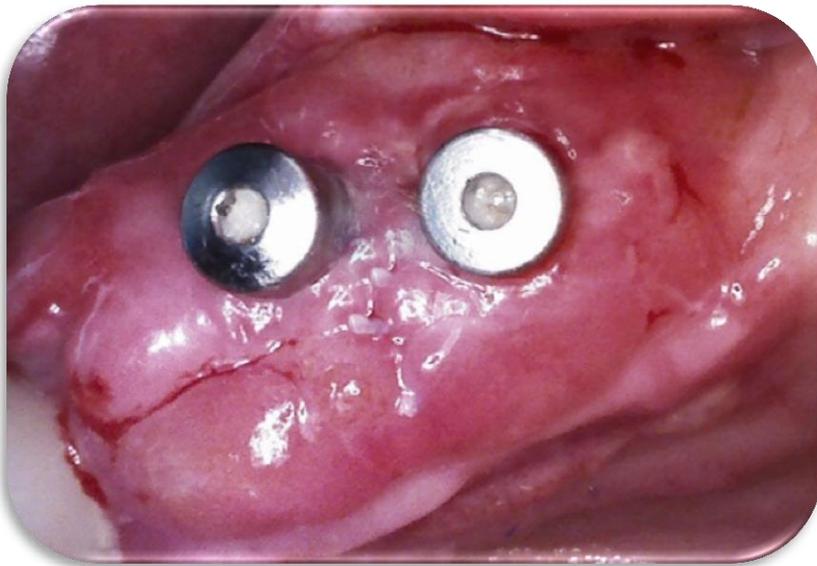


Fig.10-11 Dopo circa un mese dall'inserimento degli impianti viene eseguito un **riapprofondimento di fornice vestibolare** e concomitante **innesto epitelio-connettivale** prelevato dal palato.



Fig.12-13 Il caso viene poi finalizzato con **corone in disilicato di litio**.