

SINUS LIFT CON APPROCCIO ANTERO-LATERALE E INNESTO COMPOSITO Dr. Alessandro Peterlongo

INTRODUZIONE

La tecnica di elevazione del seno mascellare descritta da Boyne e James nel primo lavoro apparso in letteratura risale al 1980. Brevemente la procedura consisteva nel praticare un'antrostomia ovvero la creazione di una "finestra ossea" lungo la parete antero-laterale dell'antro di Higmoro con preservazione della membrana di Schneider che veniva delicatamente scollata e, mantenuta solidale allo sportello osseo sospinta all'interno della cavità naturale conseguendo in tal modo un interspazio ove zeppare l'innesto di osso autologo. Il posizionamento delle strutture implantari (impianti a lama) avveniva in modo differito a distanza di alcuni mesi dalla realizzazione dell'innesto.

Il caso che illustreremo dimostrerà la predicibilità dei risultati ottenibili con una tecnica di elevazione del seno mascellare eseguibile in regime ambulatoriale selezionato, in anestesia loco-regionale, con innesto particolato di tipo composito costituito da una miscela di osso autologo prelevato dalla mandibola più una frazione di biomateriale di sintesi quale scaffold ed il contestuale posizionamento di quattro impianti uno dei quali post-estrattivo immediato su rialzo di seno.

PIANO DI TRATTAMENTO

Il paziente maschio adulto di aa 55 giunge alla mia osservazione nel Giugno 2005 inviato in consulenza per una lesione verosimilmente cistica infiammatoria mascellare destra periapicale all'incisivo laterale da mesi sottoposta a ritrattamento endodontico e terapia ocalessica senza sostanziali risultati.

All'indagine ortopantomografica ed allo studio TC emergono ulteriori aree di lesione radiotrasparente periapicale e periradicolare in particolare a carico del secondo molare superiore sinistro con forte rischio di comunicazione oro-antrale residua post radicalizzazione analoga situazione si riscontra anche a livello del terzo molare superiore destro.

L'obiettività evidenzia una buona igiene orale nonostante la presenza di protesi incongrue e terapie conservative obsolete.

In particolare si segnala la presenza di una breccia nel primo quadrante in concomitanza delle pregresse avulsioni degli elementi premolari e molari.

Il paziente mostra buona compliance dichiara di essere fumatore saltuario non assume farmaci per terapie croniche, all'anamnesi patologica remota emerge uno stato di atopia del tipo rinite allergica.

Si prescrive il trattamento definitivo, ovvero la radicalizzazione delle aree radiotrasparenti periapicali evolutive all'anamnesi radiologica.

Pertanto i cardini della terapia ed il timing chirurgico si concretano in:

- cistectomia e apicectomia con otturazione retrograda del 1.2
- avulsione del 2.7 cistectomia e chiusura della significativa comunicazione oro-antrale mediante lembo genieno ruotato a spessore parziale
- sinus lift con approccio antero laterale, innesto di materiale composito (autologo + eterologo) posizionamento immediato di quattro impianti con metodiche non sottrattive di cui uno post-estrattivo immediato

FINALITA' E RISULTATI ATTESI

Il razionale della sequenza di interventi è improntato alla soppressione dei potenziali foci infettogeni in vista dell'intervento di elevazione del seno mascellare.

L'intervento di elevazione ha il preciso intento riabilitativo di procedere al reintegro dei soli elementi mancanti con strutture implantari di sicura e provata affidabilità per calibro e lunghezza senza il benché minimo coinvolgimento degli elementi dentari naturali residui (elementi naturali che per le loro caratteristiche cliniche e per la loro localizzazione sarebbero comunque di scarso ausilio ai fini di una riabilitazione fissa data l'estensione e la sede dell'area edentula).

Sovente nei casi di edentulia distale mascellare vengono proposte alternative di tipo protesico estremamente destruenti e di concezione ormai superata di tipo tradizionale quali le protesi inamo-amovibili o compromessi implantari citiamo ad esempio gli impianti pre e post-sinusal strutture ad appoggio implantare con cantilever, impianti angolati.

PROCEDURE CHIRURGICHE

Prima di dettagliare le fasi dell'intervento chirurgico è personale intendimento sottolineare l'importanza della formulazione di precise indicazioni ad una determinata procedura operatoria, nonché la consapevolezza che il paziente deve essere gestito dal punto di vista medico generale e che la conoscenza e la capacità nel management delle patologie sinusali devono necessariamente fugare quelle che a mio avviso rappresentano false controindicazioni all'intervento.

Nella fattispecie il paziente si presenta con lo studio TC più recente in preda ad una imponente sinusite su base allergica con forte ispessimento della mucosa sinusale e obliterazione subtotale delle porzioni più declivi antrali. La sintomatologia generale è compatibile con una riesacerbazione della sinusopatia da atopia pertanto si decide di istituire un trattamento atto a dominare la fase acuta ed alla detergere il seno mascellare mediante terapia cortisonica ed antiistaminica per via sistemica e per via aerosolica.

Al nuovo controllo TC è apprezzabile la pressoché completa risoluzione del quadro sebbene ad una più attenta analisi permanga un minimo grado d'imbibizione della mucosa sinusale periapicale al secondo molare superiore destro questa volta di natura esclusivamente odontogena e non rinogena.

Si decide di procedere all'intervento di elevazione secondo quanto programmato, l'imaging di mappatura pre-chirurgica evidenzia un solo elemento di particolare difficoltà anatomica intra-sinusale (presenza di un setto di Underwood in media riscontrabile singolo o plurimo nel 30% dei casi) ma non si rilevano deficit di tridimensionalità dell'emimascellare atrofico non sussistono pertanto indicazioni perentorie alla ristrutturazione del mascellare con innesti cortico-spongiosi.

La dimensione verticale interarcata si è mantenuta stabile la ceratura diagnostica conferma la reale possibilità riabilitativa con dimensioni delle corone cliniche assimilabili a quelle naturali e un corretto grado di sopravanzamento dell'arcata superiore rispetto all'antagonista quindi una corretta dimensione trasversale del mascellare.

La porzione ossea basale crestale sebbene accidentata dalle procedure estrattive eseguite anni prima mostra uno spessore compreso in un range di 1- 4 mm

raggiungendo il massimo spessore di circa 5 mm solo in presenza del setto di Underwood in precedenza segnalato.

Nel mese di Ottobre 2005 viene eseguito l'intervento di elevazione del seno mascellare ed il contemporaneo posizionamento implantare.

Dopo aver praticato l'anestesia loco regionale della seconda branca di divisione trigeminale si procede all' incisione crestale con scarico prossimale e ribattimento buccale del lembo mucoperisteeo scheletrizzazione della parete antero-laterale del seno mascellare sino alla consolle maxillo-malare per l'ulteriore mobilizzazione del lembo può talora rendersi necessario anche un secondo scarico distale conferendo in tal modo al lembo la tipica geometria trapezoidale.

Mediante una fresa a pallina diamantata fine si delimita l'estensione dell'opercolo osseo che dovrà essere eseguito in base alle caratteristiche della volumetria ossea residua preventivamente valutata con scansioni TC assiali e coronali.

L'asportazione del margine di compatta delimitante la cavità dovrà assolutamente mantenere e preservare l'integrità della mucosa sottostante che ha uno spessore normale compreso tra i 0,13 mm e 0,5 mm.

L'intervento prevede quindi la creazione mediante opportuni scollatori di una tasca sottostante alla mucosa di Schneider pertanto extramucosa ma intraossea che viene ad interessare l'intero pavimento del seno mascellare e che deve necessariamente estendersi alle pareti laterale e mediale nel pieno rispetto delle strutture anatomiche viciniori prima fra tutte il complesso ostio-meatale.

Si raccomanda un generoso scollamento della mucosa sinusale anche sulla parete mediale del seno al fine di prevenire l'ulteriore ripneumatizzazione di parte del materiale innestato preludio al fallimento della metodica.

Valutata oggettivamente la dimensione del sito ricevente, si può ora procedere sul sito donatore rappresentato dalla linea obliqua esterna cui si accede mediante un' incisione arciforme del ramo mandibolare mutuata dalla chirurgia ortognatica.

Il prelievo viene eseguito mediante strumenti di scarificazione superficiale che consentono di prelevare idonee quantità di frustoli ossei che andranno a costituire la porzione preponderante del mix di innesto questi verranno uniti ad un biomateriale ceramico costituito da idrossiapatite e fosfato tricalcico con differente cinetica di riassorbimento e nel volgere di circa sei mesi consentiranno la deposizione di osso di nuova formazione da parte della frazione autologa.

Unitamente ad una valutazione quantitativa si verifica intraoperatoriamente la qualità dell'osso basale residuo che viene giudicato affidabile per la procedura di posizionamento degli impianti contestuale al rialzo di seno mascellare pertanto si procede avvalendosi di osteotomi alla deformazione plastica dei siti ossei che accoglieranno gli impianti in questo decisamente agevolati dalla particolare geometria del collo degli impianti di nuova concezione che sono in grado di garantire una eccezionale stabilità primaria pur a fronte di spessori esigui di osso crestale. Inoltre la punta tronca di questi impianti sostiene passivamente la compatta opercolare delimitando il tetto della ricostruzione che appare ben visibile radiograficamente.

In direzione antero-posteriore si collocano pertanto:

sede 14 impianto 3.5 lunghezza 15 mm

sede 15 impianto 4.5 lunghezza 15mm

sede 16 impianto 5.0 lunghezza 15 mm

sede 17 impianto post estrattivo immediato 5.0 lunghezza 13 mm

l'intervento si conclude con il posizionamento accurato dei bone chips miscelati con il biomateriale che devono essere depositati obliterando completamente tutti i minimi interspazi tra gli impianti nonché tutti i più reconditi recessi del seno mascellare nella

sua porzione ricevente possibilmente evitando una compattazione eccessiva del materiale innestato. Segue una accuratissima sutura che prediligo a punti staccati per non obliterare il fornice e per preservare anche i più esigui spessori di mucosa cheratinizzata.

CONCLUSIONE

E' mia ferma convinzione che questo intervento sia ancor oggi ampiamente sottoutilizzato quasi sempre vengono infatti proposti virtuosismi tecnici di tipo protesico ed implantare che non hanno più ragione di essere e che certamente non rappresentano quanto di meglio per i nostri pazienti a maggior ragione considerate le sempre crescenti aspettative di questi ultimi e la predicibilità dei risultati della moderna implantologia e della chirurgia pre-protesica e pre-implantare.

In questo case report ho voluto dimostrare la possibilità di esecuzione di un grande rialzo del seno mascellare in anestesia loco-regionale mediante innesti di osso autologo (prelevato contestualmente) più biomateriale e la conseguente acquisizione di incrementi ossei biologicamente idonei alla osteointegrazione di 20-25 mm in altezza.

La metodica proposta si pone quale valida opzione agli incrementi in blocchi prelevati dalla cresta iliaca o da altri siti donatori, procedure che mantengono immutata la loro validità qualora sussistano precise indicazioni prima fra tutte la mancanza di proiezione tridimensionale del mascellare da riabilitare.

L'intervento proposto eseguibile solo in regime ambulatoriale selezionato è capace di soddisfare come detto le più ambiziose richieste dei pazienti consentendo anche ai soggetti totalmente edentuli da lungo tempo (addirittura dopo vent'anni) di poter ottenere una dentizione fissa a completo appoggio implantare affidabile e definitiva.