

ESTENSORI

Emma Busoms, Fabiola Dell'Olmo, Joan Takamoli,
con il Prof. Josè Nart

AFFILIAZIONE

Programma post-graduate di parodontologia, Università
Internazionale della Catalogna, Barcellona

titolo

Rigenerazione ossea versus innesto di tessuto connettivo

Thomas De Bruyckere, Célien Eeckhout, Aryan Eghbali, Faris Younes,
Paulen Vanderkerkhove, Roberto Cleymaet, Jan Cosyn
J Clin Periodontol 2018;45: 1375-1387

*Riassunto dall'articolo originale per gentile concessione di Wiley Online Library
Copyright © 1999-2017 John Wiley & Sons, Inc. All Right Reserved
JCP Digest 11, pubblicato dall'EFP a settembre 2019*

BACKGROUND

Dopo l'estrazione dentale il processo alveolare subisce cambiamenti dimensionali anche nel caso in cui venga eseguita la ridge preservation. La zona più colpita da tali cambiamenti è la parte centrale dell'osso vestibolare.

Di conseguenza, dopo l'estrazione ci sarà una deficienza di volume e convessità vestibolare, la quale potenzialmente potrebbe compromettere il risultato estetico.

La rigenerazione ossea guidata (GBR) o l'innesto connettivale (CTG) sono stati proposti quali metodi per ristabilire uno spessore ed un'altezza tissutale adeguati prima di inserire un impianto dentale.

Attualmente solo uno studio randomizzato controllato (RCT) e' stato pubblicato per confrontare GBR e CTG nel ripristinare un'adeguata convessità vestibolare negli impianti singoli. Ad un anno i risultati non hanno mostrato differenze significative tra i due interventi.

SCOPO

Paragonare GBR e CTG eseguite simultaneamente al posizionamento implantare per ripristinare la convessità vestibolare in zone edentule singole, con controllo ad un anno.

METODI

Studio randomizzato controllato in singolo cieco, con un campione totale di 42 pazienti i quali avevano:

- una zona edentula singola nell'arcata mascellare anteriore con presenza di elementi dentali adiacenti.
- Estrazione dell'elemento, eseguita almeno tre mesi prima.
- Difetto alveolare di classe I secondo Seibert (1983).
- Almeno 6 mm di dimensione buccopalatale al sito dell'inserimento implantare.

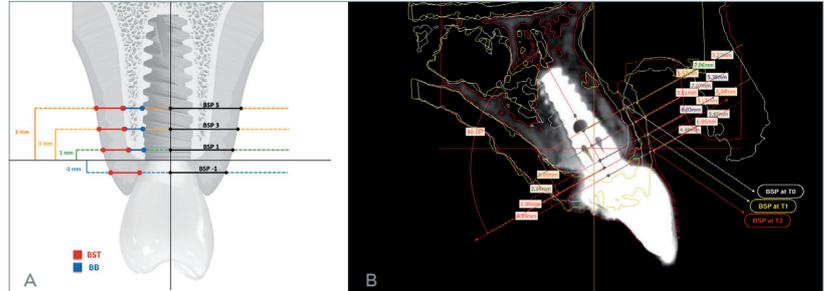
Nel gruppo GBR la concavità vestibolare è stata aumentata subito dopo l'inserimento implantare con xenoinnesto particolato e ricoperto con una membrana riassorbibile. Nel gruppo CTG, è stato posizionato un innesto autologo prelevato dalla regione dei premolari con la single incision technique. Dopo tre mesi, è stata eseguita la scopertura implantare e sono state posizionate viti di guarigione in entrambi i casi.

Un provvisorio avvitato è stato fabbricato e consegnato con un profilo di emergenza concavo. Nei tre mesi successivi, il profilo di emergenza è stato modificato con un composito flow. Dopo sei mesi dall'inserimento dell'impianto, è stata consegnata una corona definitiva riprodotte il profilo di emergenza definitivo.

Un'immagine CBCT è stata eseguita a: t0 (prima della chirurgia), t1 (due settimane dopo la chirurgia) e t2 (un anno dopo). Le immagini trasversali sono state impiegate per analizzare il profilo dei tessuti molli. Sono anche stati valutati lo spessore dei tessuti molli, spessore dell'osso vestibolare e riassorbimento in direzione verticale di osso. Sono stati registrati i seguenti outcome tasso di sopravvivenza e complicanze, riassorbimento di osso marginale, profondità di sondaggio, placca e sanguinamento al sondaggio, recessione papillare e vestibolare. Le variabili categoriche intergruppo sono state analizzate con il test di Fisher. Il test ANOVA è stato invece impiegato per valutare i cambiamenti intra-gruppo nel tempo e l'impatto della strategia di trattamento.

A | Illustrazione raffigurante il metodo con cui sono stati misurati il profilo dei tessuti molli (BSP), l'osso buccale (BB) e lo spessore dei tessuti molli vestibolari (BST), misurati a 4 livelli diversi dalla piattaforma implantare sulle immagini CBCT.

B | Misurazioni del BSP eseguite a 4 livelli diversi sull'immagine CBCT sovrainposta ai tempi t_0 (bianco), t_1 (giallo) e t_2 (rosso).



risultati

- Non sono state riscontrate differenze inter-gruppo in termini di difetto vestibolare, il quale misurava 0,98 mm nel gruppo GBR contro 0,90 mm nel gruppo CTG.
- Dopo un anno nel gruppo GBR si è riscontrato un aumento di volume tissutale pari a 1,38 mm di 2,16 mm ad una distanza di 1 mm coronalmente alla piattaforma implantare. Nel gruppo CTG invece il volume misurava 1,52 mm, da un valore iniziale pari a 1,72 mm.
- Apicalmente alla spalla dell'impianto l'aumento di BSP ottenuto variava da 0,77 mm a 1,5 mm nel gruppo GBR mentre nel gruppo CTG variava da 0,41 mm a 0,81 mm. Il risultato non era statisticamente significativo.
- In termini di parametri clinici, non sono state riscontrate differenze significative tra i gruppi.



LIMITAZIONI

- Follow-up breve (un anno)
- L'innesto connettivale è stato prelevato non dalla zona del tuber (trattamento d'elezione) bensì dalla regione premolare del palato.
- Mancata standardizzazione nella dimensione/ quantità di materiale di innesto.
- Gli outcomes riportati dal paziente e l'analisi dei costi chirurgici non sono stati considerati.
- Scarsa visibilità dei tessuti molli nella CBCT
- Immagini bidimensionali ricavate da immagini tridimensionali, e non una reale valutazione volumetrica, sono state utilizzate per calcolare la BSP.



CONCLUSIONI

- A un anno, non vi erano differenze statisticamente significative tra CTG e GBR per ripristinare volume e convessità vestibolare intorno ad impianti singoli in zona estetica.



IMPATTO

- Sia la GBR che CTG sono da considerarsi buone alternative per ricostruire la convessità vestibolare nel caso di impianti singoli.



PER L'ARTICOLO ORIGINALE CLICCHI IL SEGUENTE LINK:

www.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcpe.13006

Accesso tramite la pagina personale: www.efp.org/members/jcp.php