

Dr. Marco Csonka

Laureato in Odontoiatria nel 1994. Specializzato in Chirurgia orale ed Implantologia Endossea presso la New York University nel 1997. Perfezionato in tecniche chirurgiche implantari avanzate presso la U-Conn University (USA). Membro attivo della North American Association of Oral and Maxillo-Facial Implants. Autore di numerose pubblicazioni scientifiche e coordinatore per l'Europa del Comitato di studi clinici sui fattori di crescita ossea in Implantologia.



Rimozione di un impianto penetrato in seno

L'occasionale manifestarsi di complicanze chirurgiche importanti in seguito a terapia implantologia è quasi sempre collegata ad una scorretta pianificazione prechirurgica. In tutti i purtroppo numerosi casi di complicanze giunti alla mia osservazione, l'invasione del seno mascellare (o del nervo alveolare inf., o del pavimento linguale, etc.) è sempre dovuta ad un superficiale studio dell'altezza ossea disponibile con l'inserzione di impianti fuori dalle logiche indicazioni terapeutiche e, dunque, anche difficilmente giustificabili dal punto di vista deontologico e medico-legale. Sarebbe dunque auspicabile un più serio studio prechirurgico del caso implantare, evitando nei casi di insufficiente altezza ossea di inserire impianti senza la previa opportuna rigenerazione ossea del caso.



Foto 1: La rx OPT preoperatoria mostrava chiaramente una insufficiente altezza ossea in regione 25 e 26. Un corretto approccio avrebbe consigliato un rialzo (mini o grande) di seno al fine di ottenere un'altezza congrua ai fini implantari.

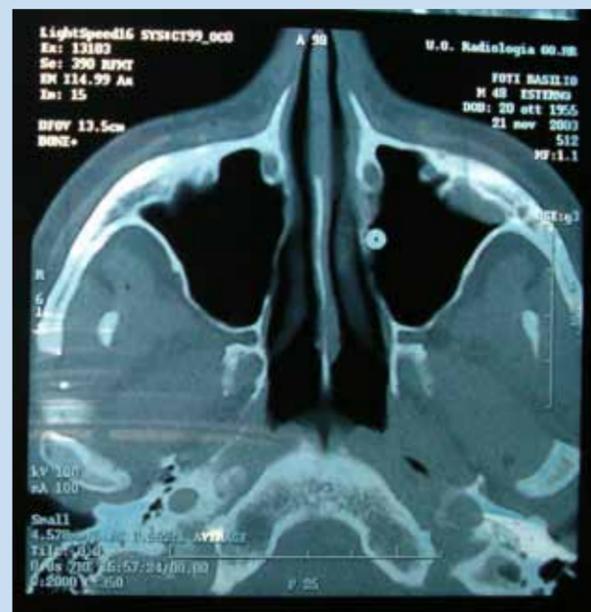


Foto 2: Nonostante l'OPT preoperatoria sconsigliasse l'inserzione implantare, si è proceduto all'inserzione di un impianto in regione 26. L'impianto, vista la ridottissima quantità di osso presente, è penetrato all'interno del seno mascellare; il paziente viene quindi mandato alla mia osservazione.

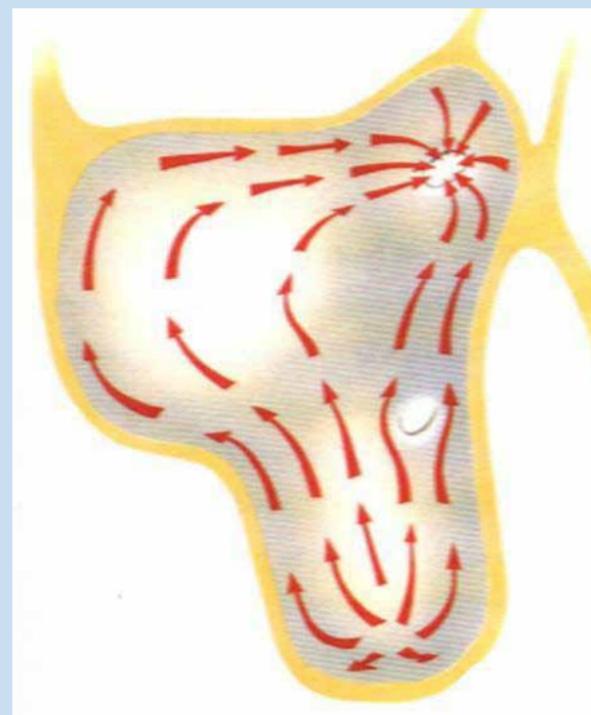


Foto 3: T.C. Coronale (Foto 3a) e Assiale (Foto 3b) che dimostra la migrazione dell'impianto nella porzione alta e mediale del seno mascellare, in presenza di una mucosa sinusale ancora sana. Questa migrazione è molto frequente nel caso di corpi estranei penetrati in seno, ed è causata dalla clearance muco-ciliare del seno mascellare (Foto 3c) che spinge in direzione dell'ostio sinusale, unica via d'uscita del seno mascellare. Ovviamente, però, un impianto è troppo grande per potere essere espulso attraverso l'ostio, e se non viene rimosso tempestivamente c'è il rischio che l'ostio venga ostruito con conseguente anossia e sinusite certa.





Foto 4: In anestesia loco-regionale viene eseguita una incisione muco-periostale a tutto spessore per accedere alla parete laterale del seno mascellare



Foto 6: La botola ossea viene delicatamente rimossa e conservata in soluzione fisiologica sterile



Foto 8: La botola ossea viene riposizionata e rigidamente fissata con due miniplacche e 4 viti da osteosintesi in titanio. Questo passaggio è fondamentale ai fini di una completa restituito ad integum del seno mascellare operato, poiché in assenza di una adeguata ricostruzione della parete ossea esterna si ha una introflessione dei tessuti molli all'interno del seno mascellare con possibili esiti cicatriziali e/o infettivi. Le miniplacche e le viti da osteosintesi (in titanio) non necessitano di rimozione futura.



Foto 5: Mediante una sega oscillante viene disegnata una botola ossea sulla parete laterale del seno mascellare



Foto 7: Utilizzando appositi cucchiai da seno, l'impianto viene individuato e liberato dalle eventuali aderenze mucose o da eventuali tentativi di incapsulamento fibroso



Foto 9: Viene eseguita una sutura per piani, utilizzando un filo da sutura 4.0 riassorbibile per suturare il piano periosteomuscolare profondo ed un filo da sutura 3.0 per il piano mucoso superficiale. Il paziente viene infine dimesso con le prescrizioni (antibioticoterapia per os + aerosolterapia) e le raccomandazioni (non soffiare il naso, starnutire a bocca aperta, sciacquare delicatamente) del caso