

# INNESTO DI PERICRANIO NELLA RICOSTRUZIONE MASCELLARE E MANDIBOLARE PREIMPLANTARE

AUTELITANO L. ALLEVI F. RIVA F. RABBIOSI D. COLLETTI G. BAZZACCHI R.

Variante tecnica del prelievo di calvaria, l'innesto di pericranio consiste nel posizionamento di uno strato di pericranio, prelevato dalla regione parietale del cranio e successivamente posizionato al di sopra dell'innesto di osso autologo, prevenendone l'esposizione e il riassorbimento in caso di necrosi della mucosa e/o di deiscenza della ferita.

## MATERIALI E METODI

A partire da settembre 2006, 18 pazienti affetti da grave atrofia del mascellare superiore e/o della mandibola, sono stati sottoposti a intervento di innesto d'osso autologo, prelevato da calvaria in 12 casi e da cresta iliaca in 6, e innesto di pericranio.

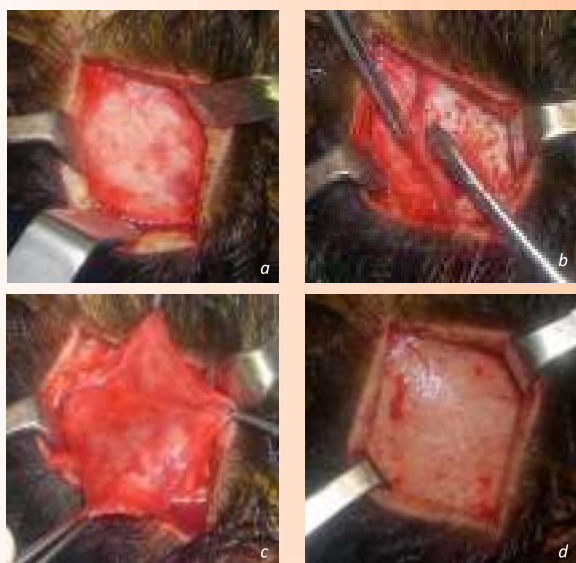


Tale gruppo di pazienti è stato messo a confronto con un campione di casi comprendente 20 soggetti affetti da grave atrofia mascellare e/o mandibolare, sottoposti a innesto d'osso autologo senza impiego di pericranio a partire dal settembre 2006 ad oggi.

Abbiamo valutato l'incidenza di deiscenza della ferita e di riassorbimento osseo nel follow up dei due diversi tipi di intervento.

In tutti i casi è stato applicato lo stesso protocollo riguardo il timing di attesa prima del posizionamento degli impianti, che risulta compreso tra 4 (per la cresta iliaca) e 6 mesi (per la calvaria).

## TECNICA CHIRURGICA



Esposizione (a), scollamento (b) e prelievo (c) di pericranio dalla regione parietale.



Prelievo e innesto di calvaria (e,f).  
Posizionamento di pericranio (g).



## RISULTATI

In tutti i casi si è osservato buona guarigione con attecchimento dell'innesto, mantenimento della sua morfologia e assenza di complicanze a livello del sito di prelievo.

Le dimensioni verticali, sagittali e trasversali dell'osso ricostruito sono risultate ottimali per il corretto posizionamento degli impianti secondo le esigenze protesiche.



Durante la seconda settimana post-operatoria, due pazienti hanno sviluppato un danno vascolare a livello del lembo mucoso con conseguente esposizione del pericranio sottostante, che si presentava già ben vascolarizzato e vitale, permettendo di mantenere isolato l'innesto di osso sottostante. L'area cruenta è poi guarita per riepitelizzazione di seconda intenzione. La presenza del tessuto pericranico ha impedito la contaminazione dell'osso e la conseguente perdita dell'innesto.



Sofferenza della mucosa in decima giornata postoperatoria (a), vitalità dell'innesto a un mese dall'intervento (b)

## DISCUSSIONE

Il tessuto pericranico è stato utilizzato per ricoprire gli innesti ossei con plurime finalità. Innanzitutto quella di sfruttare, in analogia alle membrane rigenerative, le caratteristiche che consentono di ridurre il rischio di decubito e/o di deiscenza della ferita, e quindi di prevenire l'esposizione ossea; inoltre quella di mantenere il volume dell'innesto osseo, grazie alle proprietà osteogeniche del pericranio; da ultimo, il maggiore quantitativo di tessuti molli trasferiti nella fase di innesto consente l'allestimento nella fase implantare di un lembo a medio spessore, così da ottenere mediante guarigione per seconda intenzione una gengiva aderente in sede peri-implantare e un vantaggioso approfondimento del fornice.

L'analisi dei risultati da noi ottenuti con l'innesto di pericranio rispetto ai casi controllo e ai dati della letteratura dimostra una riduzione della percentuale di insuccesso nei casi di deiscenza della ferita, grazie alla protezione dell'innesto stesso. Tale riduzione, in ultima istanza, si riflette in un maggior numero di pazienti che raggiunge la fase implantare.

Nella nostra esperienza, tale vantaggio si è mostrato determinante nei casi di ricostruzione ossea in esiti di trauma, dove la qualità dei tessuti molli del sito ricevente appariva inizialmente scarsa per la presenza di numerosi esiti cicatriziali.

L'innesto di pericranio non sembra influire in maniera significativa sulla qualità e la quantità dell'osso trasferito.

## CONCLUSIONI

Per le sue proprietà protettive nei confronti dell'innesto d'osso e l'assenza di morbidità a livello del sito di prelievo, questa tecnica dovrebbe essere considerata procedura standard nella chirurgia ricostruttiva pre-protesica.