

Riparare (senza chirurgia) le gravi forme di atrofia ossea oggi è una realtà

I dogmi in medicina non devono essere un esplicito divieto di pensare. Secondo le classiche modalità terapeutiche chirurgiche si interviene con innesti particolarmente articolati di tessuto osseo fissati con viti da osteosintesi con integrazione successiva e rimozione delle viti dopo 4 mesi prima di procedere ad una riabilitazione peraltro molto complessa, con verifica di innesto a 12 mesi prima di confezionare la protesi definitiva”

Nelle gravi perdite di volume osseo con notevole atrofia di tessuto, secondo le consuete terapie chirurgiche avanzate, i soggetti necessitano di grossi innesti di tessuto osseo autologo che viene prelevato dalla cresta iliaca a livello dell'anca. Da alcuni anni, le atrofie ossee vengono trattate mediante trapianto utilizzando osso umano congelato di donatore (tessuto omologo). Tale materiale viene fornito da una Banca dei Tessuti, prelevato da un donatore selezionato (non affetto da patologie degne di nota) e conservato a -80 gradi centigradi per eliminare i fattori antigenici responsabili del rigetto, pur lasciando inalterati i "fattori di crescita".

I "fattori di crescita" del tessuto osseo fresco omologo restano gli stessi del tessuto autologo e, quindi, hanno lo stesso tempo di integrazione (circa 4 mesi). In tale periodo il tessuto innestato viene sostituito interamente da tessuto osseo del ricevente. La scienza mondiale odontoiatrica auspica che entro i prossimi dieci anni l'uso massivo di auto trapianto possa essere progressivamente abbandona-

nato, poste, fra l'altro, le gravissime difficoltà/impossibilità di esecuzione in età adulta.

«Le gravi forme di atrofia - dice il **dottore Antonino d'Africa, medico chirurgo in Reggio Calabria** - vengono riparate per mezzo di innesti particolarmente articolati (step by step) di tessuto osseo fissati con viti da osteosintesi tra osso basale e osso innestato, con integrazione successiva e rimozione delle viti dopo 4 mesi prima di procedere ad una riabilitazione peraltro molto complessa.

La verifica dell'effettiva osteointegrazione dell'osso innestato va effettuata a 12 mesi di distanza prima di procedere successivamente a confezionare la protesi definitiva. È importante tenere presente che periodi più o meno prolungati di edentulia, comportano un riassorbimento osseo che può esitare facilmente in atrofia. Ogni evento che interferisca negativamente con questo processo molto lento e delicato può portare alla mancata integrazione ossea. Il paziente di cui illustriamo la vicenda clinica - continua il dottore d'Africa - presentava un quadro di atrofia ossea mascellare e mandibolare di grado estremo con interruzione totale dei normali processi di guarigione. Paziente affetto da microcitosi e con bassi livelli ormonali di testosterone, viene invitato dal medico odontoiatra a sottoporsi preventivamente ad accertamenti diagnostici radiografici di panoramica dentaria delle arcate superiore e inferiore per una attenta valutazione; la grave atrofia mascellare e mandibolare riscontrata, induce lo specialista a consigliare al paziente di prendere immediati contatti con un chirurgo operatore per essere sottoposto a intervento di trapianto osseo; preoccupato per la situazione clinica complessiva, giungeva presso il nostro istituto, ove, dopo una ulteriore valutazione dei

controlli radiografici e clinici, gli veniva consigliato di iniziare prontamente una serie di trattamenti terapeutici distrettuali di osteosintesi e adeguata terapia specialistica andrologica; nel contempo al paziente veniva prescritta opportuna terapia ormonale e idoneo apporto sia di calcio (1000 mg/die) sia di vitamina D3 (880 UI/die).

Quando il paziente è giunto alla nostra osservazione (fig.1), valutato il grave quadro clinico complessivo, si è provveduto, previo ottenimento del consenso informato, ad iniziare la terapia con Farmat.e.b. e ranelato».

La metodica Farmat.e.b., ideata dal dottore d'Africa, è una tecnica terapeutica innovativa di somministrazione per via transdermica a "reptation", che consente di trasferire sottocute e a profondità variabili, in relazione alla differenza di potenziale stabilita, sostanze attive, anche ad alto peso molecolare, senza traumi né effetti sistemici. Utilizza correnti pulsate e una componentistica elettronica molto elevata per potenza e affidabilità e una gestione software evoluta per la massima sicurezza durante l'impiego: consiste in un generatore di segnali elettrici che vengono applicati sul derma, in corrispondenza della sede di lesione, tramite un rullo dispenser, una placca o un quanto-elettrodo.

«La terapia - continua lo specialista reggino - è stata eseguita secondo il seguente protocollo: programma libero a intensificazione progressiva (fino a potenza 12) con somministrazione transdermica di ranelato di stronzio a giorni alterni. Il ciclo dei 20 (venti) trattamenti ha avuto una durata di 40 giorni circa; la durata delle sedute è stata costantemente di 30 minuti; la somministrazione della terapia medica osteogenetica con inter-

venti mirati alla ricostruzione con ripristino delle condizioni ottimali del tessuto osseo atrofico del mascellare superiore e della mandibola in senso verticale e trasversale (cioè in altezza e spessore), nonché della componente gengivale, è avvenuta mediante l'utilizzo del summenzionato rullo dispenser posizionato sul viso con veicolazione impostata alla profondità di mm.10, in corrispondenza della proiezione delle ossa mascellare e mandibolare sede di osteopenia grave.

Dopo circa dieci trattamenti, il paziente, è stato invitato a sottoporsi ad esame radiografico di controllo per valutare l'efficacia terapeutica della metodica, con esito significativo e indicativo circa la durata del ciclo di ulteriori dieci trattamenti.

Dopo quaranta giorni circa, al termine del ciclo dei trattamenti terapeutici il paziente è stato invitato a recarsi dal medico odontoiatra per la rivalutazione del caso trattato. Al paziente viene prescritto esame Dentscan senza ulteriori indicazioni.

Al controllo clinico ambulatoriale per la valutazione complessiva del paziente in possesso dell'esame TAC delle arcate dentarie (Dentscan) richiesto è già in grado di articolare bene la bocca senza dolore. L'ossificazione riscontrata è sicuramente ascrivibile al protocollo terapeutico eseguito e appare decisamente significativa.

La descrizione dell'intervento - conclude il dottore d'Africa - evidenzia gli indiscussi vantaggi dell'uso della metodica, senza alcun trauma, senza effetti collaterali e senza interruzione dell'alimentazione abituale e delle normali attività di vita quotidiana. Si apre così uno spazio ulteriore di ricerca in odontoiatria, già al centro di approfondite osservazioni in caso di ascesso, di nevralgia del trigemino e di artrosi temporo mandibolare».

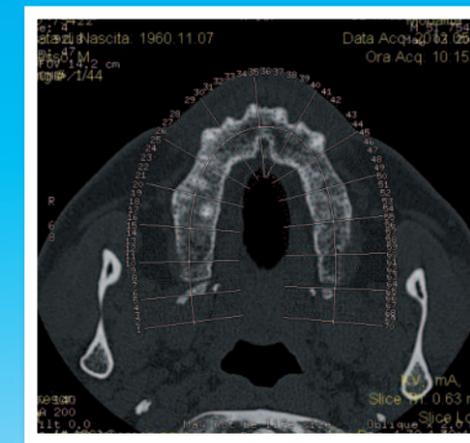
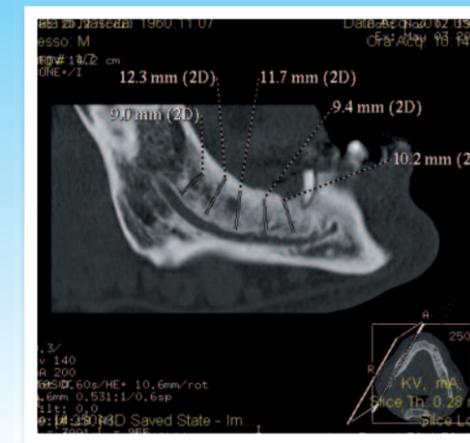


FIG. 1. Quando il paziente è giunto alla nostra osservazione, valutato il grave quadro clinico complessivo (estesa rarefazione massa ossea da inibizione di deposizione e stimolazione di riassorbimento), si è provveduto, previo ottenimento del consenso informato, ad iniziare la terapia con Farmat.e.b. e ranelato.
FIG.2. fase di riparazione osteoplastica con incremento del tessuto osseo del mascellare e della mandibola in senso verticale e trasversale
FIG. 3-4. TC arcata dentarie (Dentscan) con misurazioni per valutazione specialistica



Servizio di
Raffaele Ioffrida
In collaborazione con



Dott. **Antonino d'Africa**
Medico Chirurgo
Reggio Calabria