

14

Riabilitazione implanto-supportata di entrambi i mascellari edentuli con carico immediato

Dott. Luigi Canullo, Dott.ssa Paola Cicchese, Odt. Fabio Marinotti



Laureato con lode in Odontoiatria presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza" nel 1994. Sposta immediatamente la sua attenzione sull'approfondimento delle tecniche chirurgiche in implantologia. Frequenta corsi post laurea in Italia e all'estero (University of California, UCLA). Ottiene il PhD presso l'Università di Bonn. Relatore in Italia e all'estero su temi inerenti l'aspetto chirurgico e protesico in implantologia. Autore di numerosi articoli su riviste internazionali sul tema dell'implantologia. Socio attivo di SIO ed EAO. Svolge la propria attività in Roma, limitata alla chirurgia e alla riabilitazione protesica in implantologia.

Laureata cum laude in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza"; ha poi proseguito gli studi con una specializzazione in Ortognatodonzia presso il medesimo ateneo, anch'essa conclusasi con il massimo dei voti, e con un Master annuale di Protesi Fissa a Pesaro. Da 18 anni svolge la libera professione in Roma, occupandosi di odontoiatria generale e in modo specialistico di ortognatodonzia e di protesi.



Titolare di laboratorio a Roma dal 1988, è coautore con il dott. Luigi Canullo di molte pubblicazioni anche su riviste impattate. È curatore di articoli su riviste specializzate sull'implantoprotesi e sul titanio. Svolge attività di collaborazione su tesi universitarie presso l'Università Cattolica in Roma. È Socio Fondatore del DENTAL EXCELLENCE INTERNATIONAL LABORATORY GROUP. Docente di corsi di implantoprotesi presso l'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria. Ha partecipato con l'incarico di docente a diversi simposi affrontando la tematica del titanio in implantoprotesi nei suoi aspetti sia pratici sia teorici.

Nel maggio 2011, un paziente di anni 69 si è presentato nello studio per un dolore generalizzato alla bocca e per poter valutare la stabilità del lavoro protesico precedentemente effettuato in un altro studio odontoiatrico. L'anamnesi medica generale risultava negativa. Il paziente riferiva di aver subito l'estrazione di alcuni elementi dentari essenzialmente per carie, poi sostituiti con alcuni impianti alcuni anni prima. All'esame obiettivo la situazione igienica orale era molto scadente, non si apprezzavano lesioni alle mucose orali né alterazioni alle principali stazioni linfonodali. Più in dettaglio, a livello intraorale, si poteva osservare una terza classe scheletrica con un morso testa a testa. Era altresì evidente la presenza di malattia parodontale a carico di tutti gli elementi dentari residui con mobilità di grado 2-3 a carico di tutti gli elementi dentari e di alcuni impianti. Prese impronte, cere e arco facciale, in laboratorio i modelli venivano montati in articolatore. Con l'ausilio anche delle fotografie della faccia veniva realizzata la ceratura del caso.



01 *Visione clinica preoperatoria delle arcate*



02



03

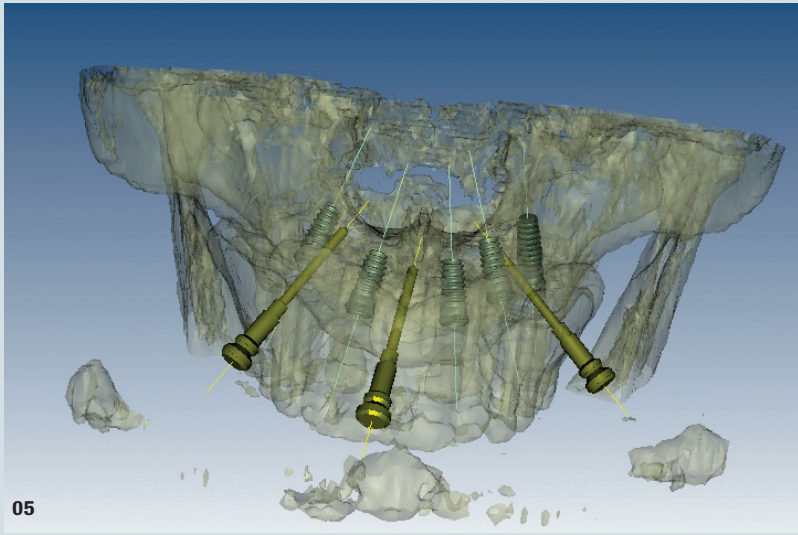
Quindi è stato formulato un piano di trattamento preliminare che aveva l'obiettivo di risolvere il dolore e riabilitare la bocca:

- Estrazione di tutti gli elementi dentari oramai compromessi e rimozione degli impianti senza un adeguato supporto osseo.
- Pulizia degli impianti trattabili (16, 17, 33)
- Posizionamento di protesi mobili superiori ed inferiori per permettere una guarigione dei tessuti mucosi ed ossei in accordo con la ceratura diagnostica.

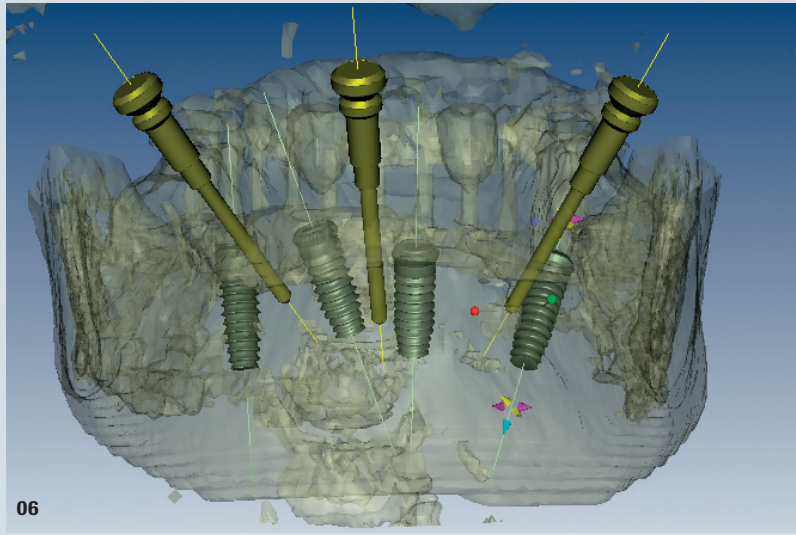


04

04 *Ortopanoramica preoperatoria*



05 *Planning chirurgico superiore ed inferiore (Implant 3D Medialab srl)*

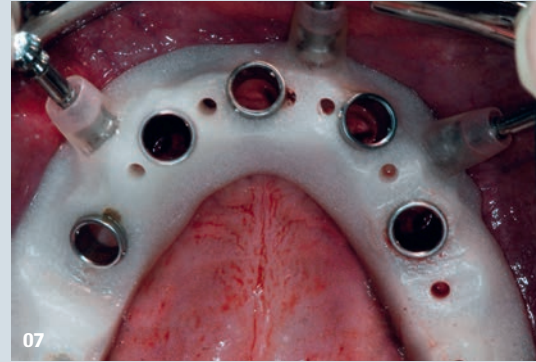


06

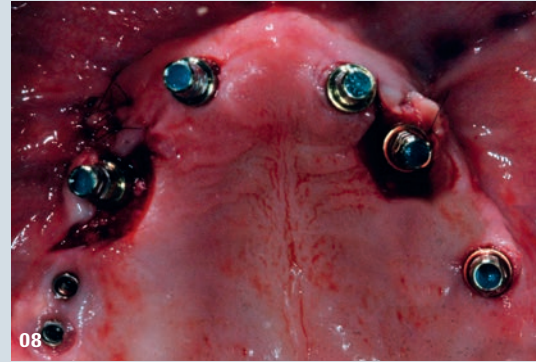
La rivalutazione del caso a tre mesi permetteva di evidenziare una condizione di salute attorno agli impianti rimasti e la guarigione mucosa ed ossea dei siti post-estrattivi.

Allo stesso tempo, la permanenza delle protesi e la sua stabilità funzionale aveva permesso innanzitutto di dimostrare la fattibilità del progetto tecnico e di discutere con la paziente del piano di trattamento sia in termini funzionali che estetici. Sulla base del progetto protesico, delle valutazioni radiografiche e delle aspettative del paziente che desiderava una protesi inferiore più stabile e l'assenza di palato nella protesi superiore, veniva presentato un piano di trattamento che prevedeva, attraverso la chirurgia guidata di entrambe le arcate, la riabilitazione con protesi avvitate impianto-supportate. Si provvedeva quindi a duplicare le protesi mobili attraverso le quali sono state prodotte le dime radiologiche. Dopo l'analisi radiologica tridimensionale, si effettuava il planning chirurgico (Implant 3D, Media Lab srl), posizionando 5 impianti nell'arcata superiore e altrettanti nell'arcata inferiore (Premium, Sweden & Martina). Si è quindi proceduto prima alla riabilitazione chirurgico protesica dell'arcata superiore, utilizzando quella inferiore come guida. Durante la fase chirurgica, si è provveduto a segnare con una sonda i fori di entrata dello strumentario implantare in modo da provvedere, prima di iniziare la preparazione dei siti, al sollevamento di mini-lambi nelle zone con scarsa gengiva cheratinizzata. Si è quindi provveduto alla preparazione dei siti e all'inserimento degli impianti utilizzando la mascherina chirurgica (Bionova) e il kit chirurgico Echo Plan (Sweden & Martina). Successivamente si è provveduto all'avvitamento dei monconi Simple e alla loro connessione con la protesi mobile adeguatamente scartata. Una volta stabilizzato il complesso monconi/protesi mobile superiore con della resina, si è provveduto alla chirurgia inferiore, dove è stato seguito esattamente lo stesso protocollo precedentemente descritto. Minimi ritocchi occlusali sono stati eseguiti una volta posizionate le protesi fisse. Prima dello svitamento degli abutment per la rifinitura della protesi, si è atteso un tempo minimo di due ore per diminuire le possibili deformazioni dovute alla contrazione della resina. Rifinite le protesi e creati gli spazi di pulizia, il paziente è stato dimesso. Controlli settimanali sono stati eseguiti ogni settimana per il primo mese. Il paziente ha riferito un moderato gonfiore e dolenzia post-operatori scomparsi in terza giornata ed attenuati attraverso l'utilizzo di anti-infiammatori. A tre mesi di distanza dalla chirurgia, il paziente è stato richiamato in studio. Durante l'appuntamento le protesi sono state rimosse e si è provveduto a controllare che tutti gli impianti fossero stabili. Utilizzando le protesi del paziente, il tecnico ha provveduto a creare due modelli definitivi, a montarli in articolatore e a duplicare l'aspetto estetico attraverso mascherine in silicone. Sui modelli in gesso è stata creata la struttura in resina poi prodotta in metallo attraverso la tecnologia CAD CAM ECHO (Sweden & Martina). Particolare attenzione è stata posta nel creare delle ritenzioni meccaniche nelle zone anteriori, dove la sfavorevole classe scheletrica lasciava prevedere potessero accumularsi sovraccarichi importanti. Una volta finalizzate le protesi, sono state reinserite sul paziente ponendo particolare cura a controllare il perfetto fit passivo sia clinicamente sia attraverso ortopantomica. Dopo i vari controlli occlusali ed estetici, il paziente è stato dimesso.

È stato quindi istituito un accurato programma di mantenimento. Ai controlli periodici non sono state evidenziate infiammazioni dei tessuti peri-implantari, deformazioni delle strutture protesiche o svitamento dei monconi.



07 *Dima chirurgica superiore (Dima Bionova)*



08 *Impianti inseriti: è possibile evidenziare due mini-lambi per evitare la distruzione della gengiva cheratinizzata durante l'inserimento implantare*



09 *Struttura prodotta in CAD CAM ECHO (Sweden & Martina): è possibile evidenziare zone di ritenzione meccaniche accessorie*



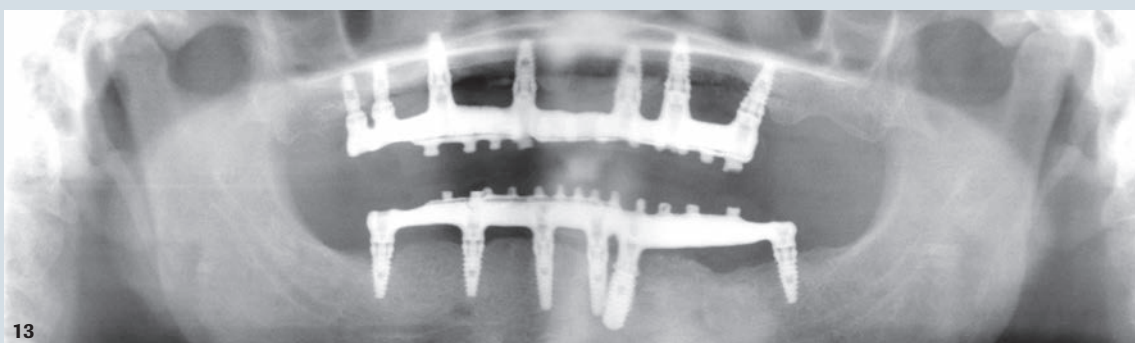
10 *Controllo a 18 mesi dalla protesizzazione definitiva*



11



12



13 *Ortopanoramica di controllo*