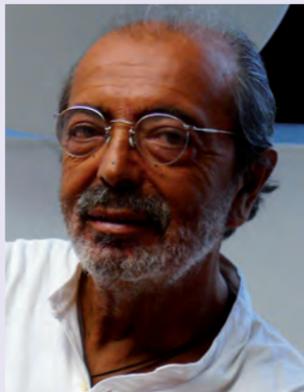


14

Posizionamento implantare e ricostruzione dei tessuti duri e molli: un protocollo semplificato

**Dott. Giuseppe Corrente, Dott. Roberto Abundo, Dott. Marco Greppi,
Dott. Michele Perelli, Odt. Andrea Villa**



*Dott. Giuseppe Corrente
Adjunct Professor – Department of Periodontics, University of Pennsylvania-Philadelphia, U.S.A.
Libero Professionista- SICOR – Torino*



*Dott. Marco Greppi
Libero Professionista- SICOR – Torino*



*Odt. Andrea Villa
Laboratorio Odontotecnico CMV – Torino*



*Dott. Roberto Abundo
Adjunct Professor – Department of Periodontics, University of Pennsylvania-Philadelphia, U.S.A.
Libero Professionista- SICOR – Torino*



*Dott. Michele Perelli
Libero Professionista- SICOR – Torino*

Abstract

Patologie infettive di natura endodontica o parodontale e fratture radicolari spesso determinano gravi difetti ossei, in special modo a carico della parete vestibolare.

I volumi ossei residui post estrattivi risultano pertanto spesso alterati, tanto nelle loro dimensioni apico coronali quanto in quelle vestibolo-palatine, con evidenti deficit e asimmetrie anche a carico dei tessuti mucogengivali.

Oggetto del presente case-report è presentare un protocollo semplificato per il ripristino morfologico dei tessuti duri e molli contestualmente all'inserimento di un impianto in zona estetica.

Introduzione

Il successo clinico della riabilitazione implanto-supportata prevede accanto all'osteointegrazione della fixture, il ripristino anatomico della morfologia dei tessuti circostanti con una valida integrazione nel contesto anatomico in cui l'impianto stesso viene inserito.

Negli ultimi anni sono state sviluppate diverse tecniche chirurgiche mini-invasive, che mediante l'utilizzo di biomateriali e di sostituti dei tessuti permettono di raggiungere con una sola fase chirurgica l'obiettivo prefissato con una buona prognosi a lungo termine e ridotto discomfort per il paziente rispetto all'impiego di materiale autologo.



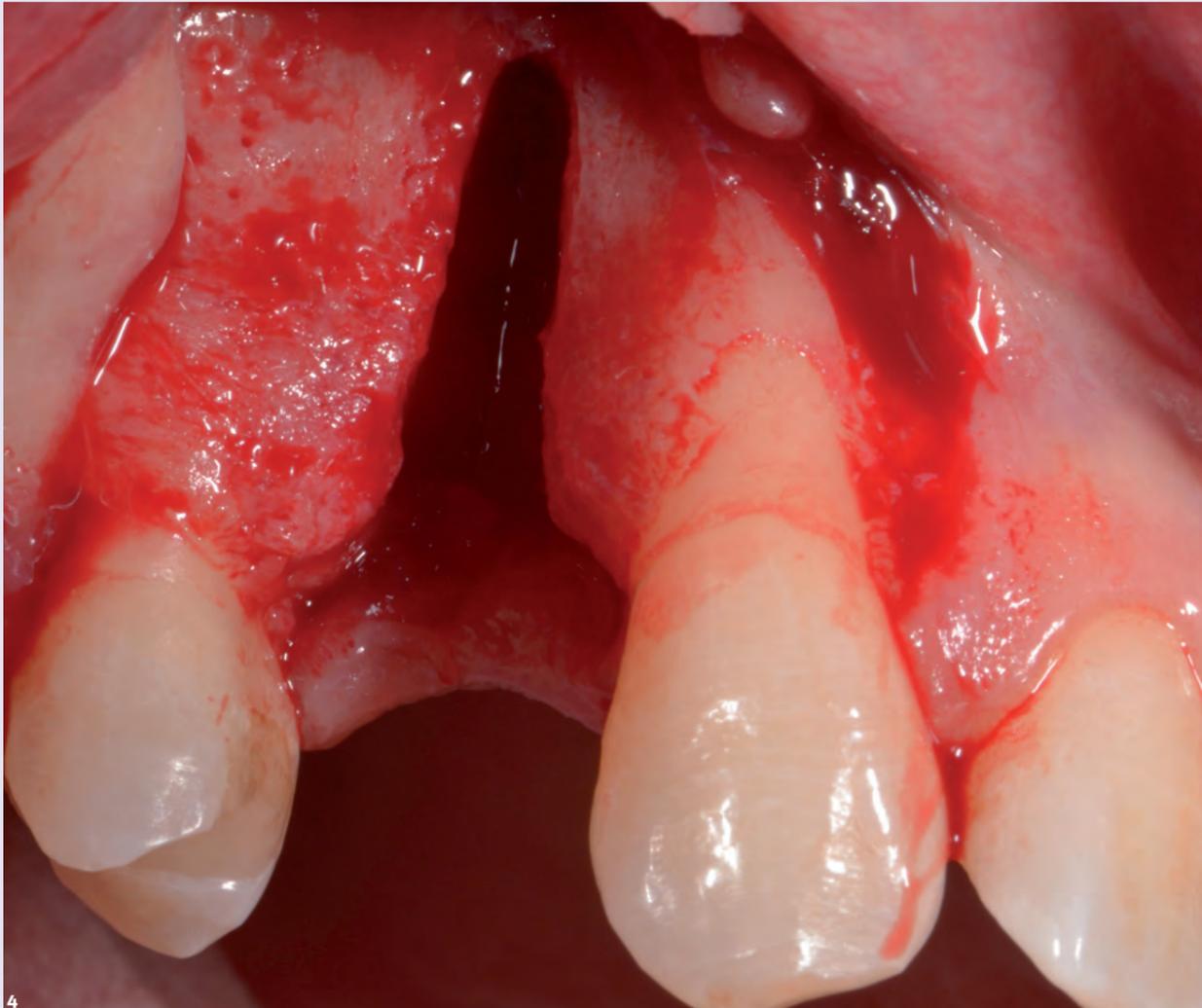
1
Sito edentulo in sede 1.4: si osservi il deficit di spessore di tessuti sul versante vestibolare.



2
Visione oclusale del sito in figura 1: si osservi anche qui la profonda depressione vestibolare.



3 Radiografia endorale preoperatoria.



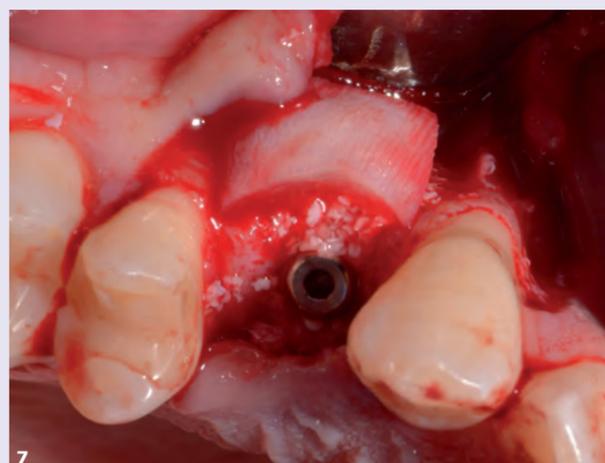
4 Visione intraoperatoria del difetto osseo.



5 Impianto Shelta inserito: si osservi la deiscenza ossea residua.



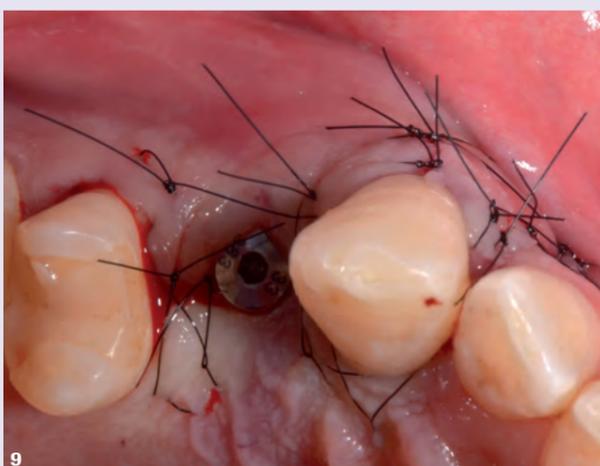
6 Osso bovino deproteinizzato miscelato con colla di fibrina a chiusura del difetto osseo perimplantare.



7 Matrice di collagene sostitutiva del tessuto connettivo utilizzata al di sopra dell'osso particolato per ispessire i tessuti molli vestibolari.



8 Sutura del lembo: visione vestibolare.



9 Sutura del lembo: visione occlusale.



10 Radiografia endorale post-operatoria.



11
Visione clinica vestibolare dopo rimozione delle suture a 7 giorni.



12
Visione clinica occlusale dopo rimozione delle suture a 7 giorni.



13
Visione clinica vestibolare della guarigione a 4 mesi.



14
Visione clinica occlusale della guarigione a 4 mesi.

Materiali e metodi

Un paziente di 38 anni, di sesso maschile, si presenta all'osservazione con un sito 1.4 edentulo, riferendo perdita del dente in questione per frattura avvenuta 6 mesi prima. In seguito all'estrazione residuava una grave perdita volumetrica orizzontale dei tessuti.

Si procede dunque con l'intervento di chirurgia implantare, con finalità di ricostruire i tessuti di supporto e correggere il deficit estetico.

Viene effettuato un lembo a spessore misto (spessore totale coronalmente, spessore parziale alla base dello stesso) con incisione verticale di rilascio mesiale a 1.3 e creazione di recessione a carico dell'elemento 1.5 al fine di far avanzare coronalmente il lembo dopo la procedura rigenerativa e ricoprire l'aumento di volume dei tessuti ottenuto con la procedura chirurgica.

Il sito si presenta con assenza della parete ossea vestibolare.

Viene inserito un impianto (Sweden & Martina) Shelta di diametro 4.25 mm e di lunghezza 15 con torque di inserimento di 65 NCm.

La conicità dell'impianto consente di ottenere tale importante stabilità primaria anche in assenza pressoché completa della parete vestibolare.

La deiscenza ossea residua viene colmata con osso bovino deproteinizzato (Bio-Oss, Geistlich) particolato miscelato con colla di fibrina (Tisseel, Baxter).

A copertura dell'area viene applicata una matrice di collagene sostitutiva del tessuto connettivo (Mucograft, Geistlich) per aumentare lo spessore dei tessuti molli.

Il lembo viene suturato con punti staccati in nylon 6.0 (Polinyl, Sweden & Martina) e nell'impianto viene montata una vite transmucosa di 2 mm di altezza, lasciando guarire in situazione semi-sommersa.

La rimozione della sutura viene effettuata dopo 7 giorni ed in tale data è già apprezzabile una buona correzione del deficit osseo e mucoso iniziale.

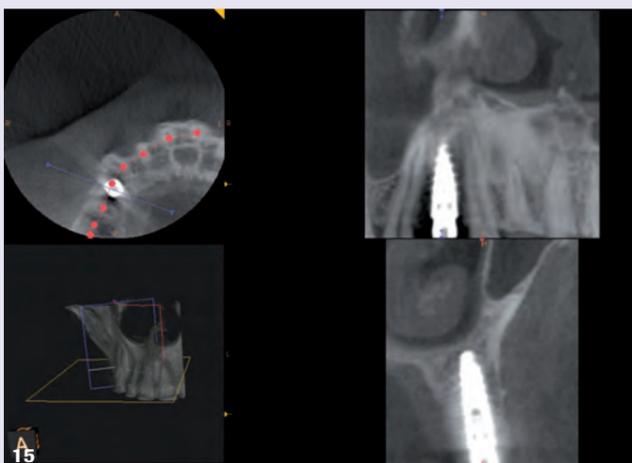
Dopo un periodo di guarigione di 4 mesi, previa plastica del tessuto molle vestibolare con laser a diodi, si rileva l'impronta con silicone con tecnica a strappo e vengono posizionati un perno moncone in titanio fresato con sistema CAD (Sweden & Martina) e una corona provvisoria in resina al fine di condizionare i tessuti molli.

Dopo 4 mesi con carico viene posizionata la corona definitiva (cappetta in zirconia e relativa ceramizzazione) sempre ottenuta con fresaggio industriale secondo la tecnica CAD CAM.

Discussioni e conclusioni

Il caso qui sopra esposto mostra come sia oggi possibile ottenere risultati di eccellenza nella ricostruzione dei tessuti duri e molli anche senza l'utilizzo di prelievi autologhi.

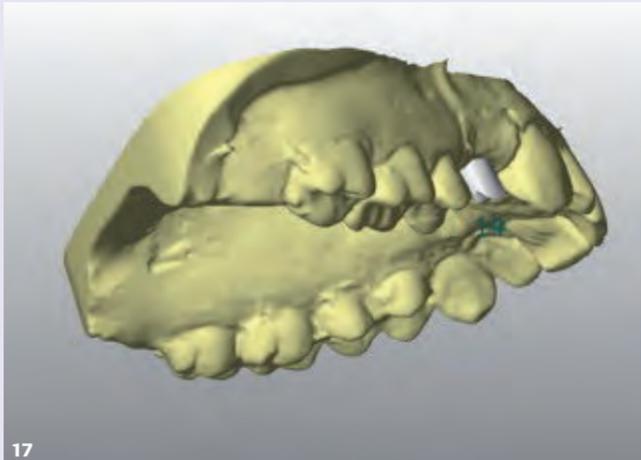
L'approccio semplificato non strettamente operatore dipendente e mini-invasivo illustrato, mediante l'utilizzo di biomateriali sostitutivi del tessuto osseo e del tessuto connettivo, risulta avere una predicibile applicazione nella risoluzione di deficit osteo-mucosi, con bassa percentuale di possibili complicanze associate.



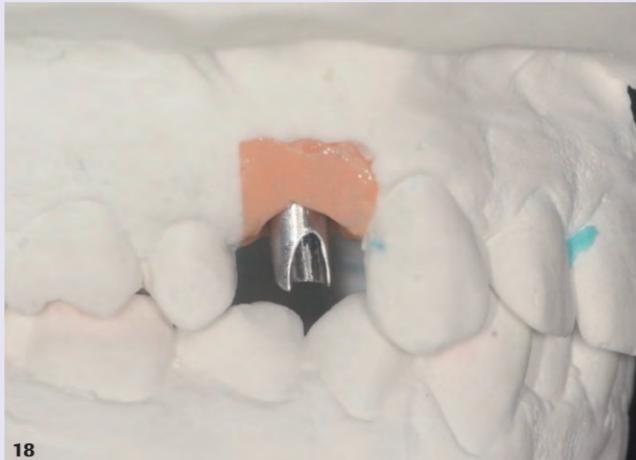
15
Immagine radiografica Cone Beam a 4 mesi : si osservi lo spessore della parete ossea vestibolare nella sede oggetto di trattamento rigenerativo.



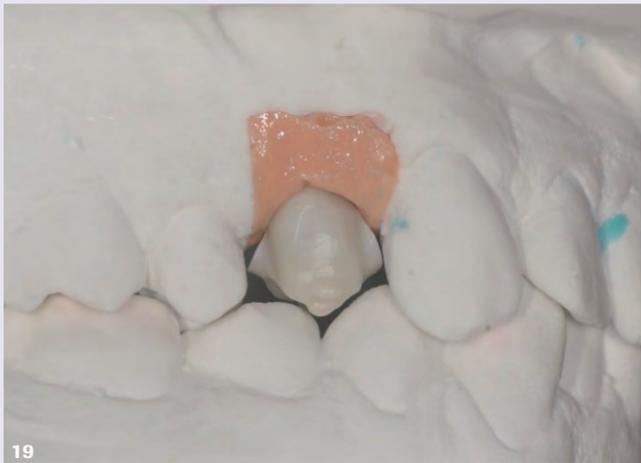
16
Plastica gengivale vestibolare con laser a diodi per accedere alla vite di guarigione sull'impianto.



17
Progettazione digitale del manufatto protesico.



18
Abutment in titanio fresato con sistema CAD, posizionato sul modello in gesso.



19
Struttura in zirconia fresata con sistema CAD, posizionata sul modello in gesso.



20
Visione clinica dell' abutment avvitato sull' impianto.



21
Corona provvisoria in resina appena cementata sull' abutment.



22
Corona definitiva in ceramica su zirconia: visione vestibolare.



23
Corona definitiva in ceramica su zirconia: visione occlusale. Si osservi l'ottimo profilo orizzontale ottenuto con la ricostruzione dei tessuti duri e molli.



24
Radiografia endorale di controllo dopo la protesizzazione definitiva.

Bibliografia

- Corrente G., Abundo R., Cardaropoli G., Martuscelli G., Trisi P.; *Supracrestal bone regeneration around dental implants using a calcium carbonate and a fibrin-fibronectin sealing system: clinical and histologic evidence.* Int J Periodontics Restorative Dent. 1997; 17: 170-181.
- Corrente G., Abundo R., Cardaropoli D., Cardaropoli G., Martuscelli G.; *Long-term evaluation of osseointegrated implants in regenerated and nonregenerated bone.* Int J Periodontics Restorative Dent. 2000; 20: 390-397
- Prasad R., Al-Kheraif A.A.; *Three-dimensional accuracy of CAD/CAM titanium and ceramic superstructures for implant abutments using spiral scan microtomography.* Int J Prosthodont. 2013; 26: 451-457
- Sanz M., Lorenzo R., Aranda J.J., Martin C., Orsini M.; *Clinical evaluation of a new collagen matrix (Mucograft prototype) to enhance the width of keratinized tissue in patients with fixed prosthetic restorations: a randomized prospective clinical trial.* J Clin Periodontol. 2009; 36: 868-876
- Simion M., Rocchietta I., Fontana F., Dellavia C.; *Evaluation of a resorbable collagen matrix infused with rhPDGF-BB in peri-implant soft tissue augmentation: a preliminary report with 3.5 years of observation.* Int J Periodontics Restorative Dent. 2012; 32: 273-282.
- Takeichi T., Katsoulis J., Blatz M.B.; *Clinical outcome of single porcelain-fused-to-zirconium dioxide crowns: A systematic review.* J Prosthet Dent. 2013 Oct; 26. doi:p11: S0022-3913(13)00216-3. 10.1016/j.prosdent.2013.09.015. [Epub ahead of print]