

Riabilitazione di incisivo laterale parodontalmente compromesso con esteso difetto osseo vestibolare

Dott. Giuseppe Pellitteri, Bolzano, Odt. Sonia Cattazzo, Trento
Fotografie a cura di Martina Cestarollo

La paziente, fumatrice e con scarsa igiene, si presenta in studio per la mobilità dell'elemento 1.2. L'indagine radiologica e il sondaggio rivelano che la causa della mobilità del dente è dovuta ad uno spazio parodontale molto aumentato causato da trauma occlusale e da malattia parodontale. Per questo motivo nella pianificazione protesica finale si decide di confezionare il manufatto protesico appoggiando il margine incisale sulla cresta mesiale dell'antagonista, libero da svincoli di lateralità e protrusiva.

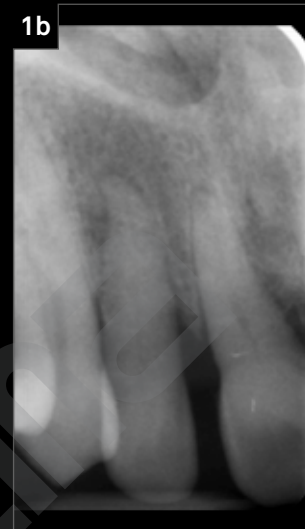
Si decide quindi per l'estrazione dell'elemento compromesso e l'inserimento immediato di un impianto Prama. Per ovviare all'esteso difetto vestibolare rilevato al sondaggio dell'alveolo post-estrattivo si decide di riempire il gap vestibolare in maniera differenziata, ossia tenendo l'osso autologo recuperato dalla fresa a contatto con la superficie dell'impianto e inserendo nello spazio restante del particolato di osso bovino deproteinizzato (DBBM). La possibilità di scegliere la morfologia endossea cilindrica e di approfondire il posizionamento dell'impianto ha consentito da un lato di ottenere una migliore stabilità primaria, dall'altro di adattare la morfologia del collo a quel che resta dell'alveolo ricevente.

Grazie ad una modulazione progressiva dei tessuti molli, ottenuta mediante diversi adattamenti del provvisorio e coadiuvata da una rigenerazione con tessuto connettivale è possibile ottenere una riabilitazione stabile ed estetica, fino al recupero del volume della bozza vestibolare.

Una volta ripristinato l'elemento 1.2 la paziente accetta un innesto di connettivo a livello degli elementi 2.2 e 2.3 per rendere più simmetrico ed armonioso tutto il profilo delle paraboliche.

“In questo caso il posizionamento più profondo dell'impianto consente un miglior adattamento del collo convergente rispetto ai picchi ossei residui.”

(cit. Dott. Giuseppe Pellitteri)

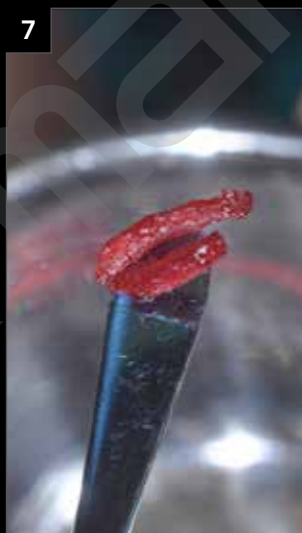
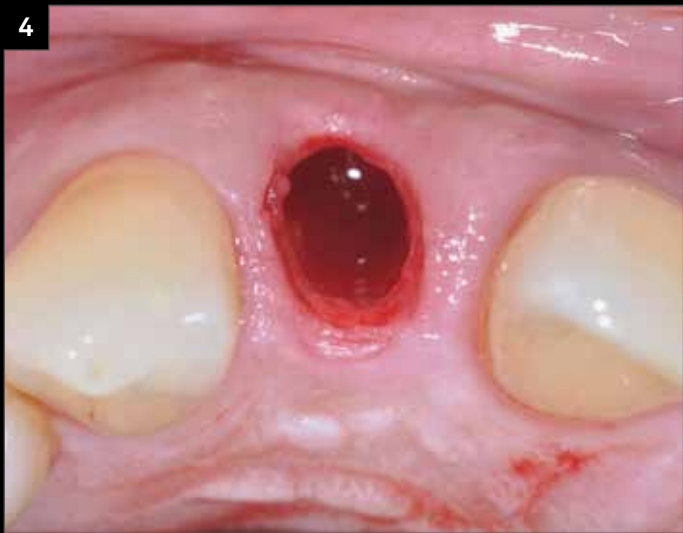


1d

14	13	12	11	21	22
3	3	4	5	6	3
3	3	4	5	6	3
3	3	4	5	6	3
3	3	4	5	6	3
3	3	4	5	6	3
3	3	4	5	6	3



1. Visioni cliniche e radiografiche preoperatorie, in cui si evidenzia la sofferenza parodontale dell'elemento 1.2 . Il sondaggio è rilevato a partire dalla parabola attuale e quindi da un deficit addizionale di 4 mm circa.
2. Dall'immagine clinica si nota una forte compromissione del dente, l'aspetto vestibolare mostra una notevole recessione della parabola dell'elemento 1.2.
3. L'immagine oclusale evidenzia la perdita totale della bozza vestibolare.



4. Visione occlusale dopo l'estrazione più conservativa possibile dell'elemento compromesso.
5. Dal sondaggio e dalla valutazione dell'alveolo naturale residuo si evince che il difetto osseo è molto esteso.
6. Si opta per una morfologia cilindrica dell'impianto per aumentare la superficie di contatto osso-impianto dato che la qualità dell'osso (D3-D4) non garantiva un'ottima stabilità primaria.
7. L'osso raccolto dalla fresa viene utilizzato per riempire l'alveolo naturale nella porzione a contatto con l'impianto, mentre per l'ulteriore gap residuo si utilizza biomateriale a base di osso bovino deproteinizzato.
8. Immagine radiografica del posizionamento dell'impianto.
9. Inserimento del pilastro provvisorio in PEEK con base in titanio, fresato dal laboratorio per ottenere una morfologia a finire.



10. Ribasatura e lucidatura del provvisorio, la cui morfologia contribuisce ad arrestare il sanguinamento e di conseguenza a stabilizzare il coagulo.
11. Rimozione della corona provvisoria a 4 settimane. Il tessuto epitelializzato attorno ai bordi del provvisorio è in fase di maturazione ma già è visibile l'adattamento attorno alla morfologia della corona.
12. Modulazione del provvisorio a 30 giorni dall'intervento per il progressivo adattamento dei tessuti molli: la corona viene accorciata di circa 3 mm.



13. A distanza di un mese, la mucosa si è adagiata sul nuovo profilo sia mesialmente che distalmente e ha quasi raggiunto l'obiettivo prefissato.
14. Ulteriore correzione del provvisorio: si lascia spazio affinché le papille si ispessiscano sia in senso mesio-distale che apico-coronale.
15. Immagine clinica oclusale, che evidenzia un ottimo sviluppo del tunnel mucoso ma anche la permanenza del difetto osseo vestibolare, per correggere il quale si programma una chirurgia muco-gengivale.
16. Disegno dei lembi: due incisioni in tessuto cheratinizzato sulle papille, due incisioni verticali di rilascio. Successivamente si scolla il lembo primario e si effettua un prelievo per l'innesto connettivale.
17. Innesto di tessuto connettivo prelevato, disepitelizzato, pulito e misurato.



18. Sutura dell'innesto legato al lembo primario.

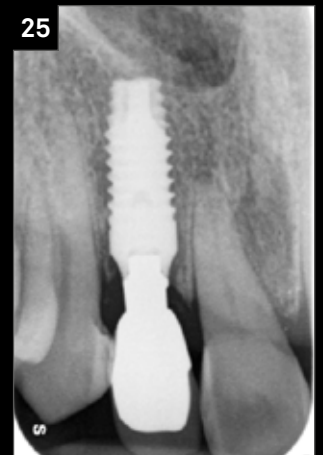
19. Visione occlusale dell'innesto suturato. La sutura ha il compito, in questo momento, di avvicinare i lembi per garantire una guarigione per prima intenzione.

20. Attesi 3 mesi di guarigione dei tessuti, si posiziona un provvisorio ulteriormente accorciato, che permette la maturazione delle mucose e la loro migrazione in senso apico-coronale.



21. Confronto delle immagini cliniche: al momento dell'estrazione del dente (a), dell'inserimento dell'impianto (b), a 3 mesi dall'inserimento (c) e a 8 mesi (d) dopo la chirurgia muco-gengivale.

22. Dettaglio del caso iniziale e finale. Per compensare il diastema, il composito è stato corretto leggermente verso l'elemento 1.1.



23. Innesto di connettivo a livello degli elementi 2.2, 2.3.

24. Confronto tra il caso iniziale e il follow up a 3 anni. Il manufatto protesico è stato confezionato appoggiando il margine incisale sulla cresta mesiale dell'antagonista, come da pianificazione, vista la situazione clinica iniziale.

25. Controllo radiografico a 3 anni.

Richiedi la tua copia gratuita di

PRAGMATICO

a questo [link](#)