

Carico immediato

Dott. Giovanni Schirripa, dott. Fabio Schirripa



Dott. Giovanni Schirripa

Nato a Genova nel 1956, si dedica per la prima parte della suo percorso lavorativo alla professione odontotecnica, applicandosi, fin dai suoi albori, nel campo della protesi fissa su impianti endossei con particolare riferimento all'estetica e a coloro che ne hanno tracciato le linee guida, come il maestro odontotecnico Willi Geller, del quale segue i corsi. Successivamente diplomatosi prima in igiene dentale, poi laureatosi in odontoiatria e protesi dentaria all'Università di Genova, come naturale evoluzione, quasi un percorso inverso, a partire dall'esperienza tecnica e protesica maturata, si concentra sulla chirurgia implantare che abbraccia e sviluppa in tutti i suoi aspetti, dalla rigenerativa al carico immediato di cui è valente sostenitore. Ha preso parte al Master Universitario di II Livello in "Tecnologie avanzate per la ricostruzione ossea" presso il Nanoworld Institute – Centro Interuniversitario di ricerca su nanoscienze e nanotecnologie organiche e biologiche – di Genova, nonché a corsi di anatomia chirurgica presso le università di Parigi, Nancy e Alicante. Ha frequentato corsi di perfezionamento in tecniche chirurgiche implantologiche presso i centri del dott. Axel Kirsch a Stoccarda e del dott. Eduardo Anitua Aldecoa a Bilbao. Sostenitore e utilizzatore della tecnica chirurgica rigenerativa mediante PRGF, della chirurgia piezoelettrica, è utilizzatore delle tecnologie protesiche CAD-CAM.

Dott. Fabio Schirripa

Nato a Genova nel 1984, si laurea in odontoiatria e protesi dentaria all'Università degli Studi di Genova e alla sua tesi sull'utilizzo della strumentazione in Nichel-Titanio in endodonzia viene attribuito il diritto di pubblicazione. Si dedica con impegno allo sviluppo e all'applicazione delle tecnologie CAD-CAM in ambito conservativo e protesico. Ha conseguito il master di secondo livello in implantologia presso l'università degli studi di Pisa. È attualmente iscritto al corso triennale di perfezionamento in Agopuntura presso il centro Amal a Genova.



Descrizione

Il caso presentato mostra una riabilitazione totale in paziente di 58 anni, fumatore, con grave compromissione endodontico-parodontale presente in entrambe le arcate, in situazione di grave morso profondo non risolta dalla precedente protesizzazione. La parte chirurgica viene eseguita in due sedute.

Nella prima seduta si procede, in arcata superiore, alla rimozione degli elementi dentari compromessi e all'immediata collocazione degli impianti, con contestuale rigenerazione a mezzo particolato osseo sintetico e membrane riassorbibili, aggiungendo ove necessario del PRGF. Tutti gli impianti inseriti in siti postestrattivi immediati, ad eccezione dell'impianto inserito in posizione 14.

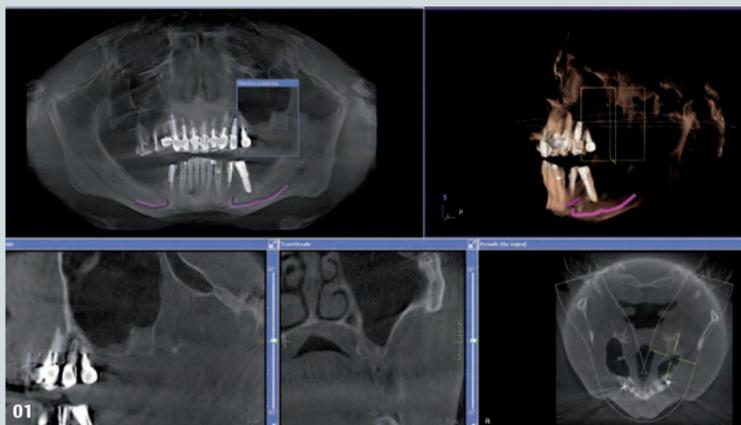
Nella stessa seduta si procede a un carico immediato, eseguito con tecnica avvitata su P.A.D., a seguito di una saldatura intraorale di una barra in titanio sulle canule provvisorie con sincristallizzatrice ad Argon. La protesi provvisoria, che rimarrà in situ per 6 mesi, consente di effettuare un rialzo masticatorio per una prima correzione del morso profondo.

Nella seconda seduta si procede all'inserimento nell'arcata inferiore di un impianto in posizione 37 e di 4 impianti nella porzione posteriore dell'emiarcata inferiore destra, dove viene eseguita una procedura di split crest con simultaneo inserimento di impianti di piccolo diametro. Contestualmente vengono protesizzati provvisoriamente gli elementi dentari del gruppo frontale.

Trascorsi sei mesi si procede al rientro sia nell'arcata superiore che in quella inferiore e alla presa delle impronte per il confezionamento delle protesi definitive.

Superiormente, da canino a canino, si rimuovono i P.A.D. e si inseriscono dei monconi personalizzati adatti a supportare corone singole in disilicato di litio (tecnica cementata). Nelle zone posteriori si mantengono i P.A.D. e si realizza una protesi metallo-ceramica avvitata.

Nell'arcata inferiore gli elementi dentari vengono protesizzati con una struttura in zirconio-ceramica, mentre per le zone posteriori, a destra si realizza una struttura in cromo-cobalto ceramizzato avvitata, mentre a sinistra si opta per due corone in disilicato di litio. La cementazione sia per il disilicato che per lo zirconio avviene a mezzo composito.



OPT e TAC 3D del caso iniziale.



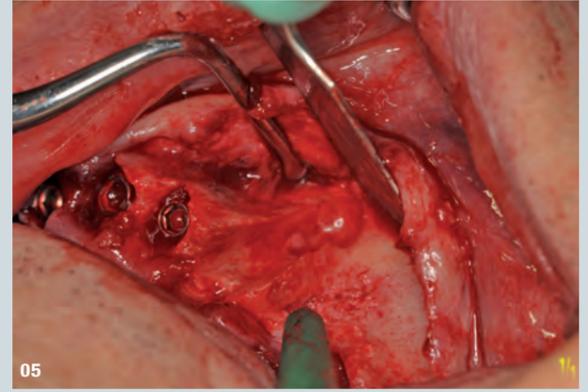
Fotografia preoperatoria: visione vestibolare.



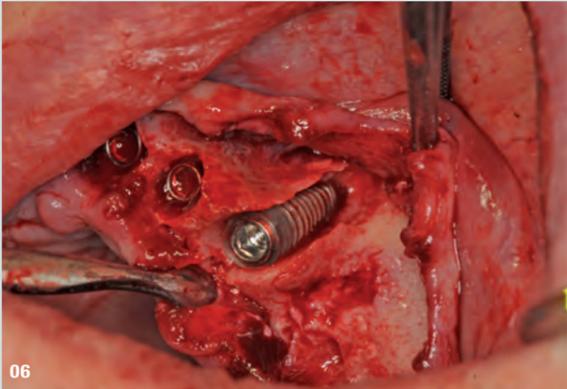
03
Fotografia preoperatoria: visione occlusale dell'arcata superiore. Si noti il grave deficit osseo in 24, esito di una grave perimplantite che ha portato alla perdita di un impianto in zona 23.



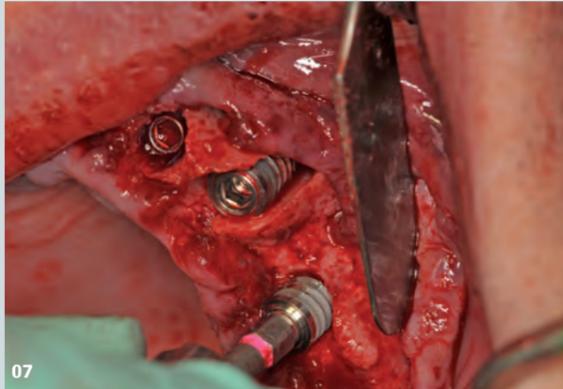
04
Fotografia preoperatoria: visione occlusale dell'arcata inferiore.



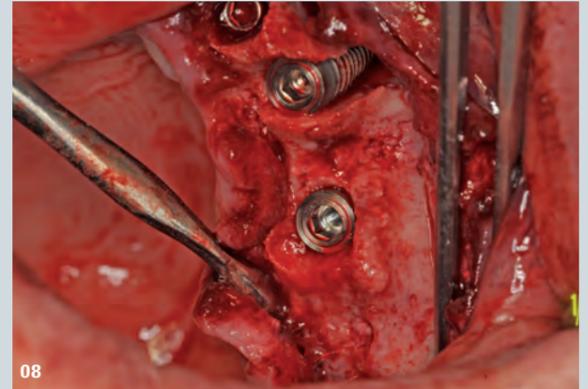
05
All'apertura del lembo si evidenzia la gravità del deficit osseo vestibolare estrattivo dell'elemento 23.



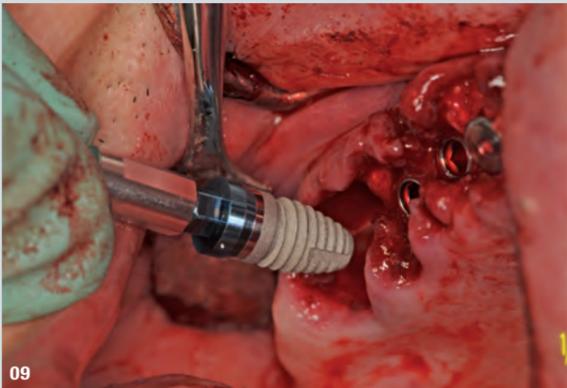
06
Si evidenzia il deficit osseo vestibolare presente nella sede post-estrattiva dell'elemento 23 e il successivo inserimento dell'impianto (Premium diametro 5.00 mm, altezza 13.00 mm).



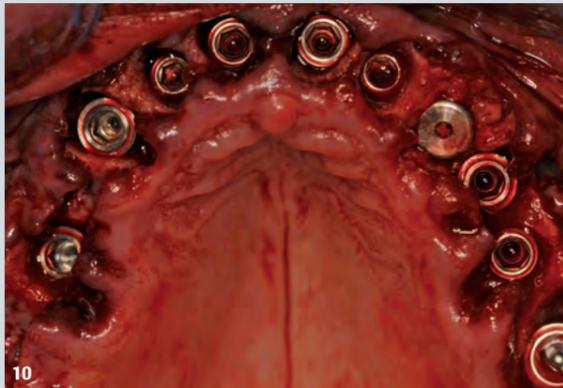
07
Procedura di inserimento di un impianto post-estrattivo (Premium diametro 5.00 mm, altezza 7.00 mm) in posizione 15.



08

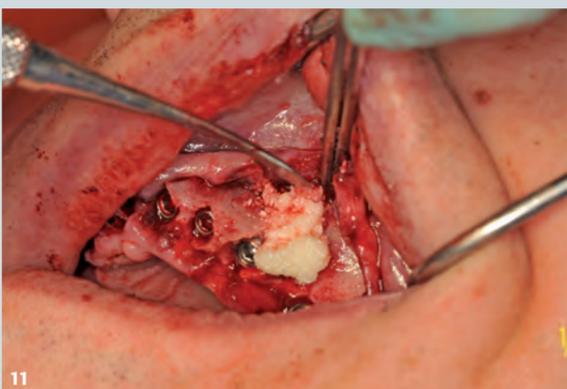


09
Inserimento di un impianto post-estrattivo di grosso diametro (Kohno diametro 6.00 mm, altezza 10.00 mm).



10
Panoramica degli impianti inseriti in arcata superiore.

Immagini da 11 a 16: Procedure rigenerative a carico dei deficit ossei evidenziati. Si noti l'utilizzo di particolato osseo sintetico addizionato a componente autologa derivata da frazionamento di unità ematica a mezzo centrifuga (PRGF).

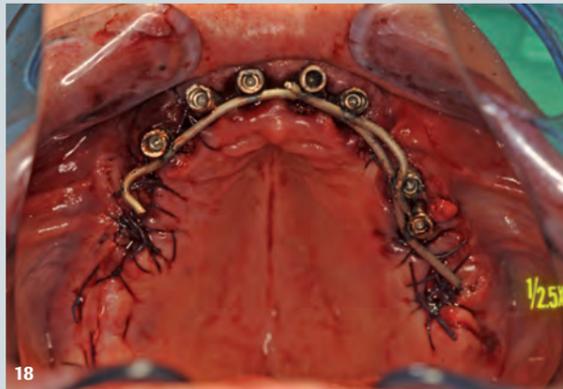
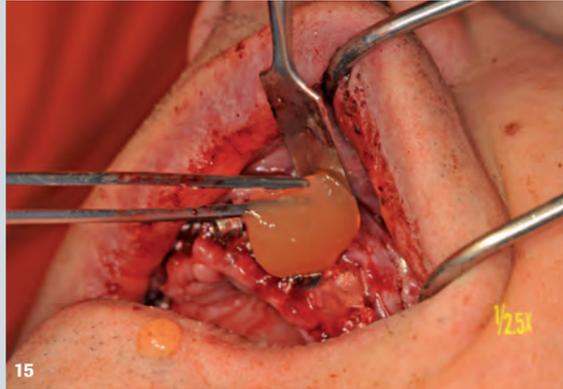
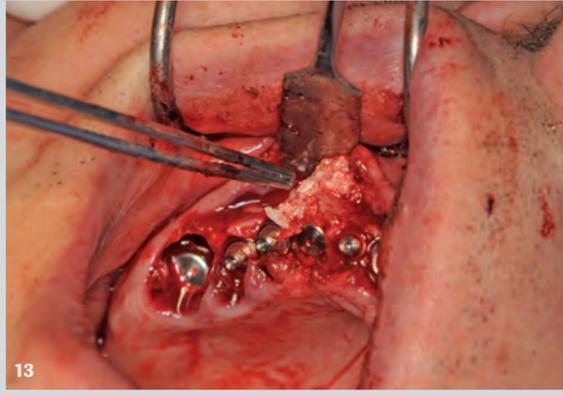


11



12

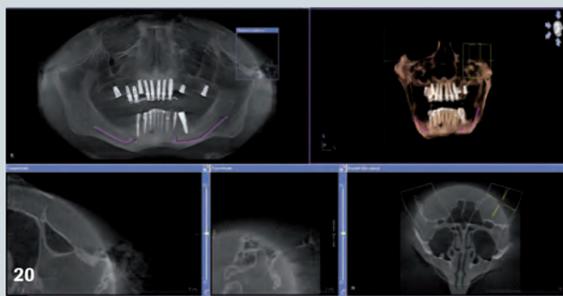
24



In posizione 24 viene utilizzata una membrana riassorbibile di origine suina, a cui fa seguito il posizionamento di un'ulteriore membrana autologa che oltre a facilitare il collocamento e il mantenimento in situ del materiale da rigenerazione favorisce la guarigione dei tessuti molli.

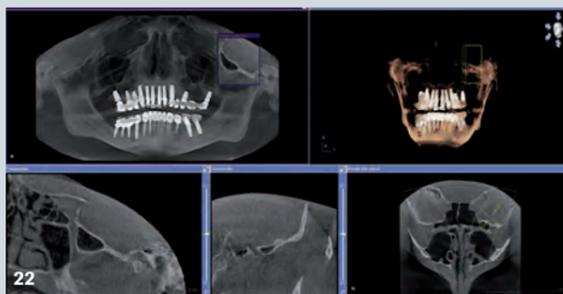
Barra di titanio saldata alle cannule provvisorie. Successivamente il provvisorio verrà ribasato direttamente sulla struttura.

Provvisorio superiore ultimato e avvitato a termine intervento.



OPT e TAC 3D al momento del posizionamento del provvisorio.

Inserimento della protesi definitiva.



OPT e TAC 3D al momento del posizionamento della protesi definitiva.

Visione con la linea del sorriso. Si noti la particolare naturalezza degli elementi superiori da canino a canino.