

Riabilitazione Full Arch a carico immediato con quattro impianti CSR-DAT

Prof. dott. Enrico Gherlone, dott. Raffaele Vinci, dott. Antonio Ligabue



*Professore Ordinario di Malattie Odontostomatologiche
Vicepresidente facoltà di Medicina e Chirurgia Università Vita Salute(Mi)
Primario Servizio di Odontoiatria Ospedale San Raffaele(Mi)
Presidente Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria Ateneo Vita Salute San Raffaele(Mi)
Presidente Corso di Laurea in I.D. Ateneo Vita Salute San Raffaele(Mi)
Presidente nazionale Collegio dei Docenti Universitari di discipline Odontostomatologiche*



*Dott. Antonio Ligabue
Laureato in odontoiatria e protesi dentaria presso l'Università degli Studi di Brescia nel 2008. Dal 2008 al 2012 frequentatore e tutor presso la Clinica Odontoiatrica dell'Università di Brescia.
Dal 2012 frequentatore del Reparto di Chirurgia Orale Avanzata (Resp. prof. R. Vinci) presso il Dip. di Odontoiatria del IRCCS San Raffaele e dal 2016 docente di pratica clinica nel Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi dentaria (Pres. prof. E.F. Gherlone) dell'Università Vita e Salute San Raffaele, Milano.*

*Dott. Raffaele Vinci
Laureato in Medicina e Chirurgia, specialista in Chirurgia Maxillo-facciale; abilitato professore di seconda fascia in Discipline Odontostomatologiche. Titolare per affidamento dell'insegnamento di Chirurgia Speciale Odontostomatologica presso l'Univ. Vita-Salute San Raffaele.
Responsabile dell'Unità Funzionale di Ricerca in Implantoprotesi e Parodontologia e del Rep. di Chirurgia orale avanzata e preimplantare presso il Dipartimento di Odontoiatria (Dir. prof. E.F. Gherlone) IRCCS San Raffaele di Milano.*



L'impianto CSR-DAT e le sue caratteristiche innovative

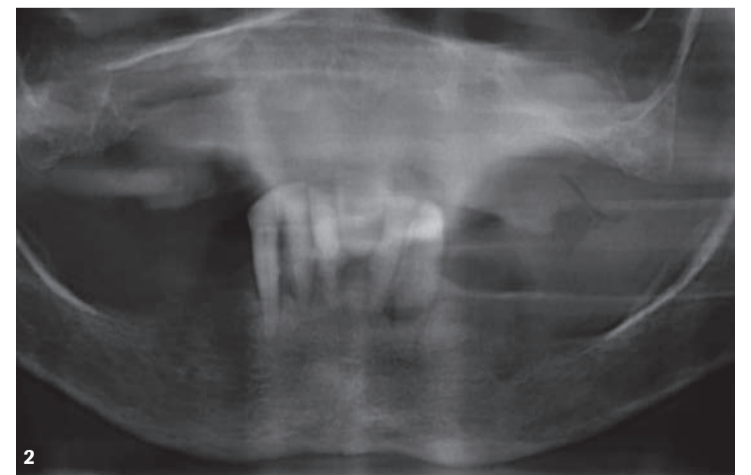
L'impianto è interamente filettato, dall'apice alla regione cervicale, al fine di ottenere la massima stabilità primaria in ogni zona; il passo delle spire permette una aumentata velocità di inserimento implantare.

Inoltre la conicità della regione apicale con l'azione di compressione ossea delle 4 camere di taglio, assieme alla lieve conicità della regione cervicale, garantisce un ottimale ingaggio delle corticali ossee e la possibilità di sottopreparazione del sito, al fine di ottenere la massima stabilità primaria.

La peculiare macromorfologia implantare, nel caso di sottopreparazione del sito, permette un'azione osteotomica e di espansione della cresta ossea. Allo stesso tempo, l'esclusivo trattamento di superficie permette una rapida osteointegrazione, favorendo una guarigione primaria ideale nei casi di carico immediato.



Paziente di anni 64 affetto da edentulia totale del mascellare superiore e subtotale mandibolare. Si noti la grave atrofia dei corpi mandibolari a lama di coltello (classe IV/V di Cawood and Howell)



Il quadro radiografico conferma la diagnosi ed evidenzia la ormai completa compromissione degli elementi dentali residui

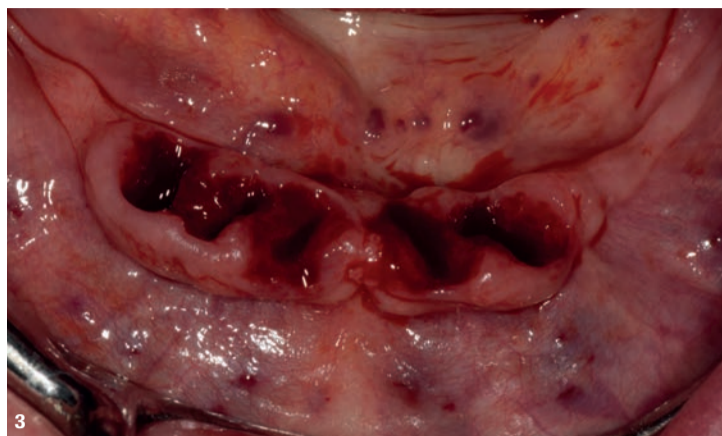
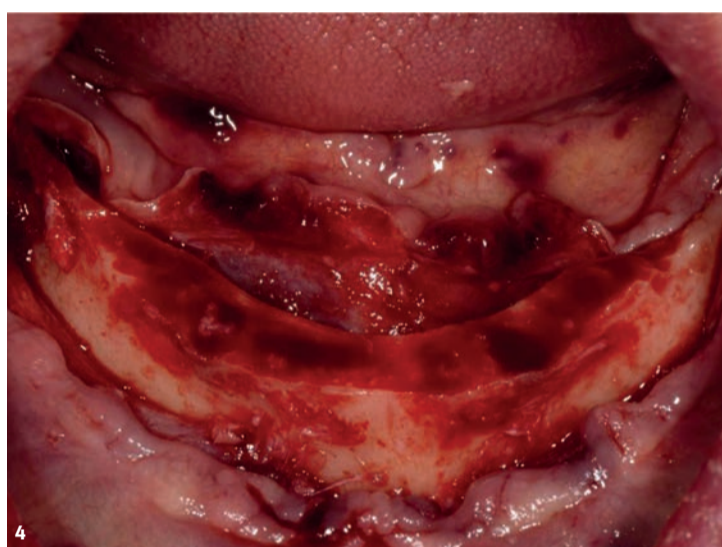
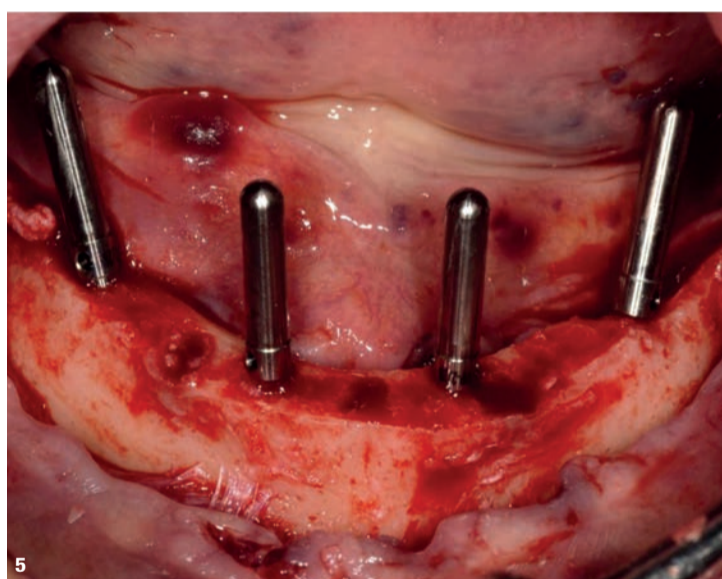


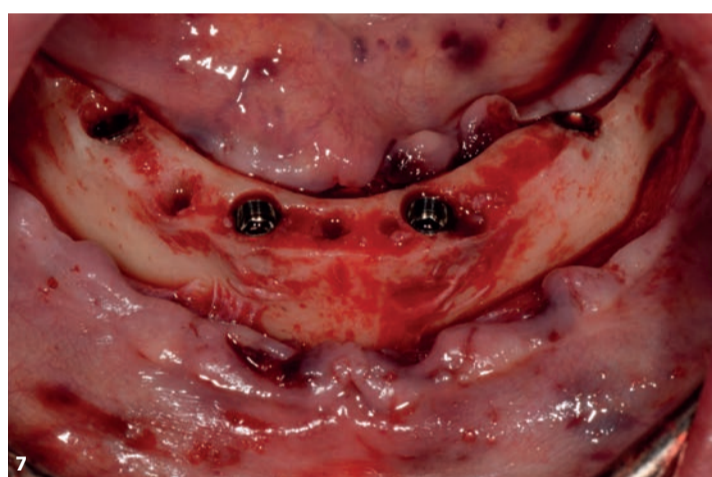
Immagine intraorale dopo l'avulsione degli elementi dentali



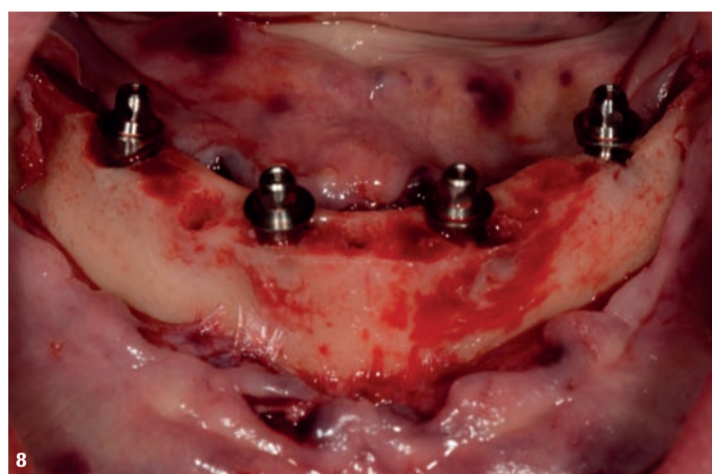
La scheletrizzazione della regione interforaminale dopo esecuzione della marginotomia superiore al fine di ottimizzare le emergenze implantari (ben evidenti in zona paracrestale le due emergenze dei nervi mentonieri)



Iniziale creazione dei siti implantari. I 4 pin presenti all'interno del kit chirurgico CSR-DAT permettono agevolmente di visionare l'asse di inserzione implantare e quindi controllare l'inclinazione degli impianti



Controllo al termine della fase implantare. Si evidenzia il posizionamento 0,5 mm sottocrestale a compensazione dell'eventuale contrazione ossea post-finalizzazione e la presenza di spazi osteotomici che circondano le emergenze implantari al fine di garantire il corretto posizionamento dei P.A.D.

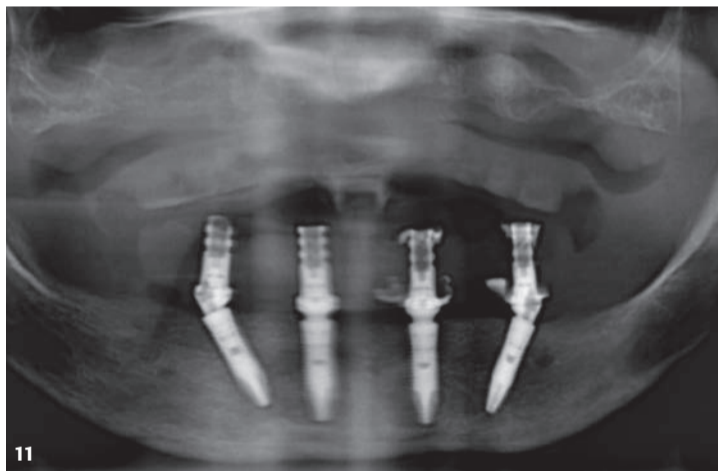


Posizionamento dei P.A.D. I due anteriori sono dritti, mentre i due distali presentano un'angolazione di 30° al fine di garantire il parallelismo delle torrette protesiche di emergenza. L'innovativa connessione DAT (Double Action Tight) è una connessione interna caratterizzata da un doppio principio conico. Gli angoli e le profondità di lavoro nell'interazione tra impianto, pilastro e vite contribuiscono ad ottimizzare le caratteristiche di resistenza meccanica e minimizzano i processi di infiltrazione batterica grazie al doppio sigillo che si ottiene con l'interazione delle due superfici di accoppiamento coniche. Come dimostrato da recenti studi (Gherlone et al, 2015) questa connessione permette di ottenere un sigillo completamente impermeabile ai batteri del cavo orale

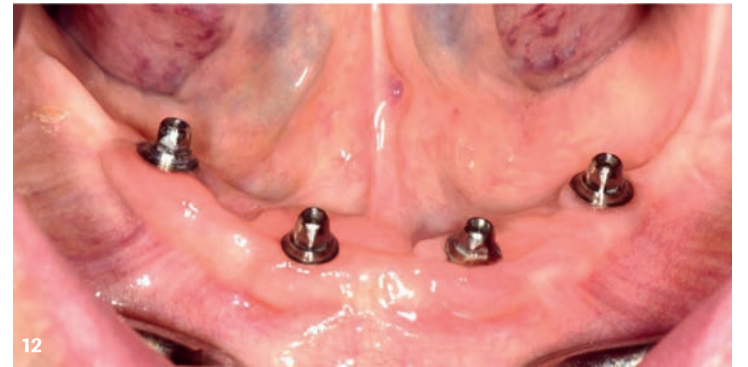
10



La riabilitazione protesica provvisoria ultimata e consegnata ad alcune ore dal termine dell'intervento. Si notino le emergenze implantari che permettono un ottimale A-P spread con riduzione dei cantilever distali



Radiografia di controllo. Si noti l'inclinazione degli impianti distali ed al contempo il parallelismo delle torrette protesiche di emergenza



Controllo a 4 mesi dall'intervento chirurgico immediatamente dopo la rimozione della protesi provvisoria. Si noti la buona guarigione dei tessuti molli e la corretta emergenza degli elementi protesici secondari di connessione



Messa in posa del manufatto definitivo



Controllo dell'occlusione: si noti il buon risultato estetico ottenuto



Controllo a 1 anno dall'intervento: si noti il buon adattamento dei tessuti molli al manufatto protesico e la buona igiene delle emergenze implantari garantita dalla morfologia della componentistica protesica CSR-DAT