

Riabilitazione protesica complessa del mascellare superiore

Dott. Luigi Paolo Sandri



*Diplomato in odontotecnica nel '84. Laurea in odontoiatria presso l'Università di Padova nel 1990.
Frequenza O.C. Vicenza reparto maxillo-facciale dal '88 al '93 diretto dal prof. Curioni.
Frequenza studio prof. Ferronato fino al 1995.
Corso di perfezionamento in implantologia orale e maxillo-facciale presso l'Università di Padova nel '97.
Frequenza di numerosi stage presso l'università di Philadelphia (Penn University).
Frequenza ai corsi di Chirurgia implantare e implantoprotesi tenuti dal dott. Giovanni B. Bruschi e dott. Agostino Scipioni.
Organizza e frequenta numerosi corsi chirurgia parodontale e mucogengivale in collaborazione con il prof. Zucchelli. Dal 2013 Tutor al corso di dissezione anatomica e chirurgia implantare su cadavere presso Università di Buffalo (NY) e università di San Pablo Ceu Madrid.
Consigliere provinciale e relatore dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani.
Socio attivo società italiana di chirurgia orale ed implantologia (SICOI). Pratica l'implantologia dal 1992.
Svolge attività di consulente in Chirurgia Orale presso Studi Odontoiatrici occupandosi di chirurgia Implantare e Parodontale. Libero professionista ad Alte di Montecchio Maggiore (VI).*

Introduzione

Gli attuali protocolli finalizzati alla riabilitazione protesica implanto-supportata non possono prescindere dal binomio funzionalità ed estetica. Per il completamento dei piani di trattamento i pazienti vengono sottoposti a molteplici sedute, talvolta impegnative. Mantenendo come obiettivo primo un risultato quanto più eccellente possibile, talvolta è indicato optare per strategie chirurgiche che prevedano tempi ridotti e minori stress per il paziente.

Tecniche d' inserimento e riapertura degli impianti a 3-4 mesi per la mandibola e 4-6 per il mascellare sono oggi ampiamente documentate e diffuse tra la comunità odontoiatrica, permettendo di ottenere un'osteointegrazione ed un condizionamento dei tessuti molli ottimali. Tuttavia, in condizioni alveolari favorevoli l'inserimento degli impianti può essere post-estrattivo immediato, la presenza di deiscenze ossee anche gravi non ne costituisce un limite a condizione di seguire un opportuno protocollo di rigenerazione. In presenza di quadri infettivi locali l'inserimento viene posticipato a guarigione del sito avvenuta. Secondo svariati autori la sopravvivenza e il successo di impianti post estrattivi è totalmente comparabile alla tecnica secondo Brånemark.

Il caso clinico post-estrattivo presentato mostra il carico di una riabilitazione definitiva in 4-6 mesi.

Il posizionamento di impianti post-estrattivi rappresenta una valida alternativa al protocollo operatorio secondo Brånemark e spesso può presentare diversi vantaggi tra cui preservazione di volume osseo, stimolazione del rimodellamento osseo, valorizzazione del contorno gengivale, tempi ridotti. Grazie all'avvento di componenti dedicate alla protesi avvitata disparallela (come la sistematica P.A.D. di Sweden & Martina) anche l'inserimento di impianti angolati ha dimostrato di essere una valida alternativa ai protocolli di rigenerazione ossea, più invasivi per il paziente e dai tempi operatori e di guarigione più lunghi.

Ad oggi risulta sempre maggiore la richiesta da parte dei pazienti dell'esecuzione di piani di trattamento a volte molto complessi in tempi ridotti mantenendo comunque estetica e funzionalità buone.

Garantire al paziente funzionalità mediante una protesi provvisoria fissa è possibile mantenendo strategici elementi naturali residui. Confrontando la riabilitazione definitiva ed il caso iniziale, si mantengono elementi residui in siti nei quali non è previsto l'inserimento di impianti fino alla realizzazione della protesi definitiva. Tali denti non vengono inseriti nel progetto definitivo perché non idonei a garantire sostegno a lungo termine, tuttavia possono stabilizzare la riabilitazione provvisoria, al termine di questa fase si estraggono.

Questo al fine di inserire si gli impianti post-estrattivi ma non utilizzarli a carico immediato soprattutto in arcate superiori.

Caso clinico

La paziente, 62 anni, lamenta disfunzioni masticatorie ed estetiche. A seguito di uno studio clinico e radiografico del caso le si propone una nuova riabilitazione protesica. La realizzazione di una protesi in zirconio-ceramica caricata su 6 impianti è una soluzione idonea, in grado di soddisfare le esigenze nostre e del paziente.

Il protocollo prevede l'estrazione degli elementi 15, 14, 13, 21, 23, 24 e 25 e l'inserimento di 5 impianti post-estrattivi. Un ascesso periapicale del 15 ci impone 2 mesi d'attesa per la guarigione del sito e l'inserimento del sesto impianto. Vengono mantenuti gli elementi 12, 22 e 27, supporteranno la protesi provvisoria durante la fase di osteointegrazione garantendo stabilità e capacità masticatorie soddisfacenti per il paziente. Per la realizzazione di questo caso sono stati utilizzati 6 impianti Premium.



1
La paziente giunge al nostro studio lamentando dolore in corrispondenza del primo quadrante ed esprimendo insoddisfazione per la riabilitazione del maxillare superiore. All'opt si evidenzia un ascesso periapicale acuto del 15, carie del 13 e 14



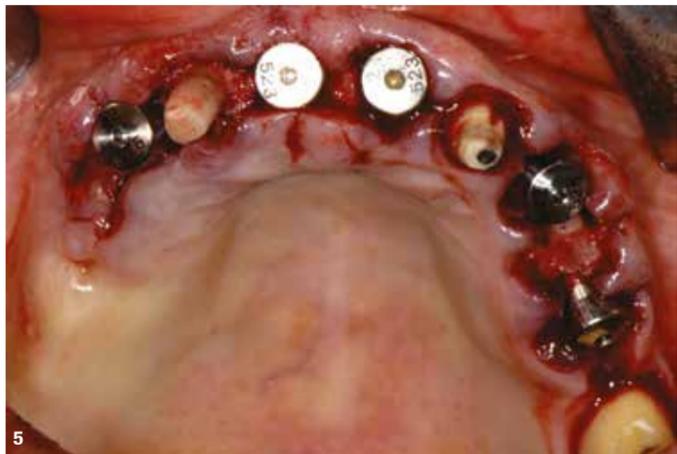
2
Si esegue l'estrazione dei monconi protesici 13, 14 e 15. Evidente carie vestibolare del 23



3
Rimosso il vecchio manufatto ed eseguite le estrazioni si preparano i monconi 12, 22 e 27 a sostenere il primo provvisorio



4
Posizionamento post-estrattivo di 5 impianti Premium diametro 4,25. In attesa della guarigione dell'ascesso periapicale del 15 si inserirà il sesto impianto in una seduta successiva



5
Viti di guarigione in situ



6
Adattamento della protesi provvisoria accuratamente scaricata per evitare forze masticatorie sfavorevoli per l'osteointegrazione



7
Rimozione del provvisorio a 3 mesi dall'inserimento degli impianti. Nel frattempo si è provveduto all'inserimento dell'impianto su 15 inclinato per evitare un grande rialzo di seno mascellare al quale la paziente non era d'accordo. Inseriti i monconi provvisori in titanio su 13 e 23, sui quali si stabilizza il provvisorio, si eseguono le estrazioni degli elementi residui



8
Inserimento di 6 transfer Premium da impronta solidarizzati con filo ortodontico e resina autopolimerizzante

28



9
Precisione e stabilità tra impianti ed abutment definitivi. Gli abutment sono stati progettati senza linee di finitura secondo la tecnica B.O.P.T.



10
Caricamento del secondo provvisorio: eventuali correzioni estetiche e/o funzionali verranno trasferite sul lavoro definitivo



11
Protesi definitiva e caso ultimato: funzionalità ed estetica soddisfanno appieno le aspettative della paziente, tessuti molli maturi e festonatura perfettamente adattata ai margini protesici



12
Si nota il profilo ad ala di gabbiano ottenuto grazie al rimodellamento dei tessuti molli attorno alla protesi eseguita secondo i principi della tecnica B.O.P.T.



13
Dettaglio a 5 anni: si può apprezzare lo stato di rigenerazione dei tessuti molli



14
OPT di controllo a 5 anni



15
Rx di controllo a 5 anni

Caso clinico realizzato
con impianti
PREMIUM



16
Visione frontale e sorriso del paziente, alla visita di controllo a 5 anni



17
La nuova protesi perfettamente integrata nel sorriso della paziente