

Riabilitazione con impianto post-estrattivo immediato in zona estetica: Case Report

**Dott. Michele M. Figliuzzi, Dott.ssa Rossella De Fazio, Dott.ssa Rosamaria Tiano,
Dott. Francesco Scordamaglia, Dott. Leonzio Fortunato**



Dott. Michele Figliuzzi

Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria con 110 e lode presso la II° Università di Roma Tor Vergata.

Specializzato in Chirurgia Orale presso l'Università La Sapienza di Roma.

Master di Parodontologia con il Prof. Odrich della New York University (USA).

Master di II livello in Parodontologia, Università "La Sapienza" di Roma.

Diploma in Clinical Periodontology nei corsi tenuti in Italia dalla scuola di Goteborg (Prof. J.Linde).

Master Avanzato di Implantologia orale presso l'Università la Sapienza di Roma diretto dal Prof. Palattella.

Master in Parodontologia, presso l'Università la Sapienza di Roma diretto dal Prof. A. Pilloni

Dottore di Ricerca in Malattie Odontostomatologiche presso l'Università degli studi "Magna Graecia" di Catanzaro, facoltà di

Medicina e Chirurgia, Professore a contratto di Parodontologia al corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, presso

l'Università degli studi "Magna Graecia" di Catanzaro, facoltà di Medicina e Chirurgia, Malattie odontostomatologiche.

Docente presso il Master in implantologia Orale, università la Sapienza di Roma, diretto dal Prof. M. Quaranta.

Relatore in numerosi congressi e autore di pubblicazioni su diverse riviste nazionali e internazionali.

Dott.ssa Rossella De Fazio

Laurea nel 2012 in Odontoiatria e Protesi Dentaria con votazione 110/110 lode e menzione di merito e tesi sperimentale:

"Relazione tra emodinamica macrovascolare e microvascolare valutata attraverso spettrofotometria nelle parodontopatie"

in collaborazione con il CNR Canadese e il prof. Kan-Zhi Liu. Dal 2009 frequentatore volontario del Reparto di Malattie

Odontostomatologiche dell'Università degli studi Magna Grecia di Catanzaro diretto dal

prof. Leonzio Fortunato. Dal 2012 in libera professione occupandosi di conservativa, endodonzia e pedodonzia. Collabora con

il prof. M. Figliuzzi nella didattica di Parodontologia II presso la Facoltà di Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università

degli studi Magna Grecia di Catanzaro.

Frequenta corsi post laurea in Italia ed è relatrice in diversi convegni nazionali.

È co-autrice di diverse pubblicazioni. Membro dell'AIOP.



Dott.ssa Rosamaria Tiano

Laurea nel 2007 in Odontoiatria e Protesi Dentaria con votazione 110/110 e Tesi sperimentale, con frequenza di due anni

presso il reparto di Chirurgia Maxillo Facciale del Policlinico universitario di Germaneto, riguardante l'aumento di creste

alveolari atrofiche mediante tecnica split crest con il prof. M. Figliuzzi.

Dal 2005 svolge l'attività di frequentatore volontario del Reparto di Malattie Odontostomatologiche dell'Università degli

studi Magna Grecia di Catanzaro diretto dal prof. Leonzio Fortunato. Dal 2007 svolge la libera professione occupandosi

di odontoiatria generale e in modo specialistico di parodontologia e chirurgia orale. Dal 2008 è cultore della materia di

Parodontologia II presso la Facoltà di Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli studi Magna Grecia di

Catanzaro. Frequenta corsi post laurea in Italia ed è relatrice in diversi convegni nazionali. È co-autrice di diverse pubblicazioni.

Caso clinico

Una donna di 44 anni, non fumatrice, si presenta alla nostra attenzione con una frattura radicolare del 1.2; tale frattura è comunque evidenziata da un RX OPT (fig. 1) ed RX endorale con tecnica parallela per valutare inoltre la possibilità di eseguire un impianto post-estrattivo immediato.

Dall'anamnesi medica non risultano malattie cardiovascolari, diabete, immunodeficienze, diatesi emorragiche e disordini del metabolismo osseo che possano inficiare l'osteointegrazione o essere una controindicazione all'inserimento di un impianto; dall'anamnesi odontoiatrica si evidenzia una storia di processi cariosi. L'esame obiettivo del cavo orale oltre che confermare i sospetti anamnestici ci ha permesso di osservare un livello soddisfacente di banda di gengiva aderente. Alla visita clinica sono stati eseguiti dei sondaggi parodontali, che davano esito negativo.

Viene così effettuata l'estrazione della radice dell'elemento 1.2.

L'anestesia locale era eseguita con infiltrazione plessica di articaina con adrenalina 1:100.000 (Ubistesin, 3M Espe, U.S.A.).

L'estrazione dell'elemento dentario è stata effettuata nel modo più conservativo possibile, facendo particolare attenzione a non ledere le pareti ossee alveolari, in particolare, la corticale vestibolare.

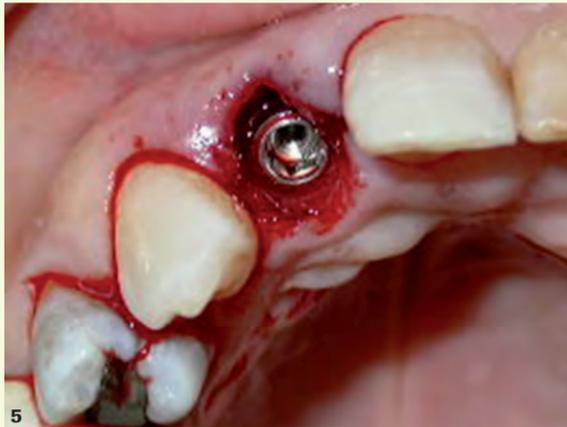
A questo fine si è utilizzato il bisturi Beaver n. 64, come un sindesmotomo, per lussare la radice con l'ausilio di un martelletto chirurgico (fig.2-3). Questo ha garantito l'integrità dell'osso alveolare e le sue capacità riparative.



22

Nella stessa seduta è stato inserito un impianto Premium 4.25 x 11.5, di dimensioni congrue a quelle dell'alveolo post-estrattivo (*fig.4*), con superficie di tipo HRPS (High Roughness Plasma Spray, trattamento apicale degli impianti DES) Sweden & Martina (Italia) non sommerso e con una vite di guarigione lunga (*fig.5*).

L'impianto, grazie alla sua capacità autofilettante, viene inserito nell'alveolo senza effettuare alcun fresaggio e, naturalmente, non viene sommerso. La parte rugosa è stata posizionata infraossea lasciando la parte liscia del colletto fuori, nel rispetto dell'ampiezza biologica, per dare attacco alle fibre connettivali.



Inserito l'impianto, residuava un gap di circa 1,8 mm che veniva colmato con del collagene di tipo Gingistat (Italia). La sutura è stata effettuata mediante punti staccati ad ancoraggio sottoperiosteale (*fig.6*).

L'impianto è stato caricato protesicamente in modo precoce ed il follow-up è avvenuto mediante controlli clinici e radiografici a 15, 30, 90 giorni ed 1 e 2 anni.

Il controllo clinico a 30 gg evidenzia una buona guarigione dei tessuti, con la formazione di un ottimo profilo di emergenza (*fig.7-8*). Il caso viene temporizzato a 30 gg con un provvisorio. Visione clinica ad 1 anno (*fig.9a-b*) e controllo Rx a 2 anni che mostra l'ottimo mantenimento del livello osseo cresteale (*fig.10*).

