

Trattamento di cisti mandibolare e riabilitazione implanto-protesica con impianti CSR-DAT

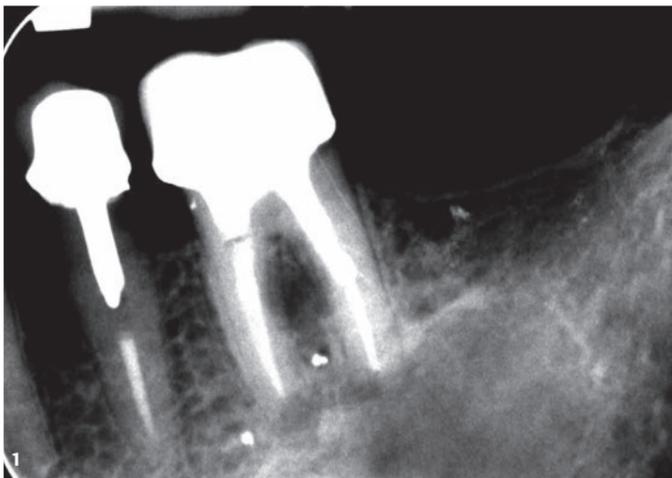
Prof. dott. Giuseppe Pellitteri



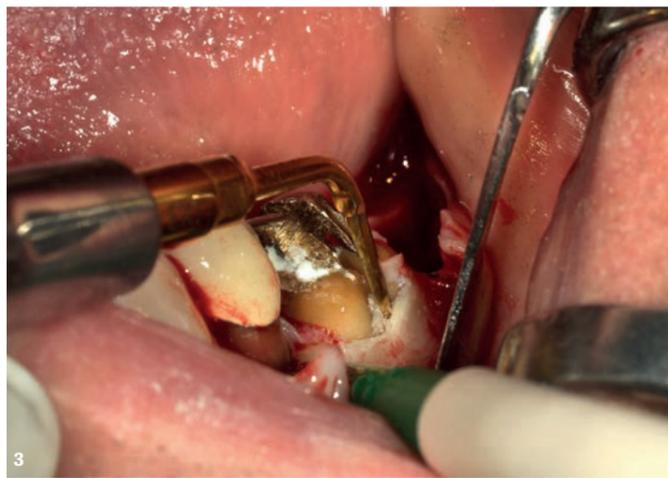
Laureato in medicina e chirurgia presso l'Università di Bologna nel 1988. Dal 1990 al 1994 frequenta i corsi alla New York University conseguendo nel 1994 l' "International Postgraduate Certificate in Oral Surgery and Periodontics". Dal 1994 al 1996 frequenta la clinica del prof. Branemark a Goteborg e i corsi di Chirurgia avanzata ad Umea in Svezia. Nel 1997 frequenta lo studio del prof. P.D. Miller a Memphis (Tennessee) perfezionando la tecnica per la terapia delle recessioni gengivali. Ha frequentato corsi annuali di protesi con il dott. Fradeani e di parodontologi ed estetica mucogengivale con il prof. Giovanni Zucchelli. Dal 2000 ricopre la carica di Clinical Coordinator nell'ambito del New York University Tutor Project in Italy. È responsabile del Surgical Training Center di Bolzano dove tiene corsi di implantologia. È autore di sei pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali e coautore del testo "Estetica e Tecnica dei nuovi materiali". È docente relatore al corso Post-Graduate in implantologia all'Università di Modena e Reggio Emilia dipartimento di Neuroscienze, cattedra di Chirurgia speciale odontostomatologica. Professore A.C. all'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia. Svolge la libera professione presso il suo studio a Bolzano nell'ambito dell'implantologia, della chirurgia mucogengivale e della protesi.

Il paziente maschio di 47 anni, riferito da un collega, si presenta alla nostra osservazione completamente asintomatico, ma all'esame radiografico si evidenzia un'importante lesione cistica di natura endodontica a partire dalla radice distale dell'elemento 36 che si estende fino oltre la zona apicale del 37. Il ritrattamento del 36 non era possibile in quanto il perno fuso indiretto occupava uno spazio eccessivo della radice distale del 36, per lo stesso motivo non si è ritenuto opportuno intervenire con una chirurgia endodontica retrograda. La terapia consiste quindi in una estrazione più conservativa possibile dell'alveolo naturale dell'elemento 36, la rimozione della cisti per via crestale senza intaccare le pareti vestibolare e linguale in maniera da creare un'unica cavità a 4 pareti la cui guarigione è assolutamente predicibile. In seguito la sella edentula del 3° quadrante deve essere riabilitata a guarigione avvenuta con impianti osteointegrati.

Per questo caso verranno utilizzati impianti Sweden & Martina CSR-DAT di diametro 3.80 mm.



Rx endorale dell'elemento 36, presenza di trattamento endodontico con perno fuso indiretto nell'elemento dentale. Si evidenzia nella zona apicale del 37 mancante una grossa lesione cistica di origine endodontica



Utilizzo della piezosurgery allo stesso scopo



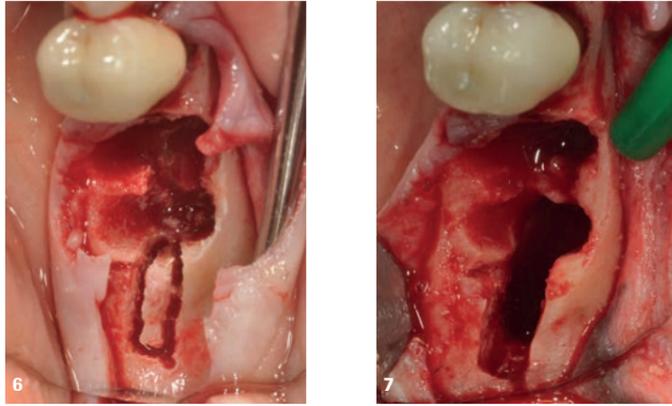
Visione occlusale della separazione di corona, perno fuso e delle radici in senso bucco-linguale al fine di ottenere un'estrazione più conservativa possibile



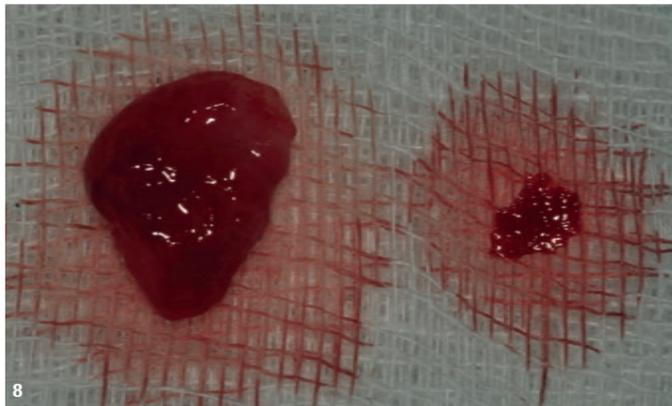
Immagine occlusale dell'alveolo post estrattivo, si notino il perfetto mantenimento dell'anatomia ossea residua del sito post estrattivo e del setto inter-radicolare, e a lato particolare delle radici estratte



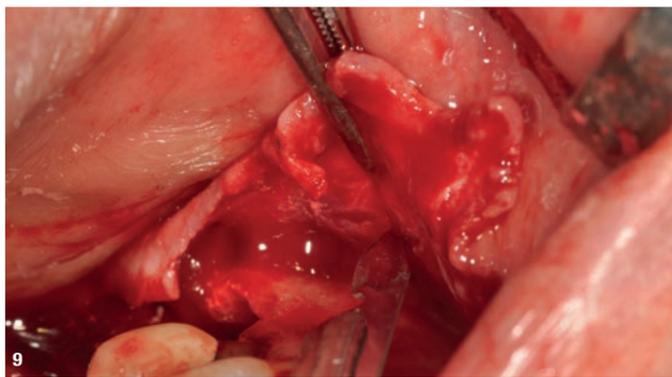
12



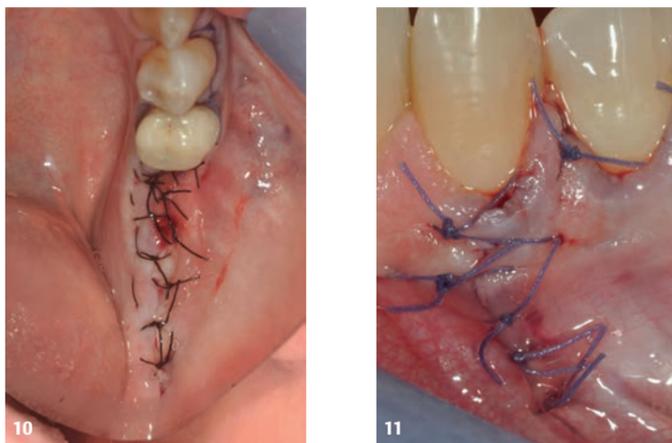
Estensione dell'osteotomia crestale in direzione distale al fine di ottenere un accesso diretto alla zona della lesione cistica, le pareti linguale e bucale sono state mantenute intatte



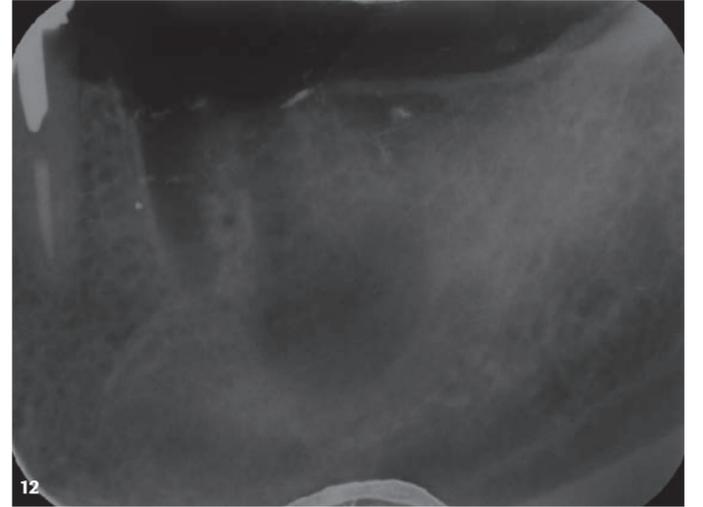
La cisti rimossa, si noti l'integrità della membrana



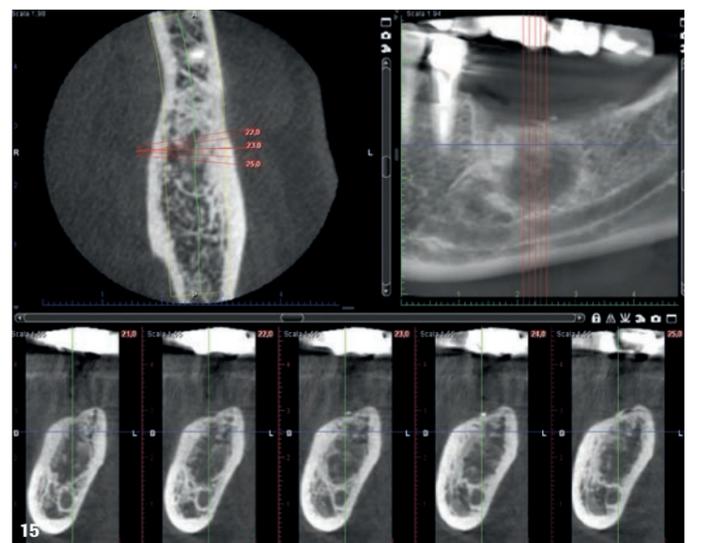
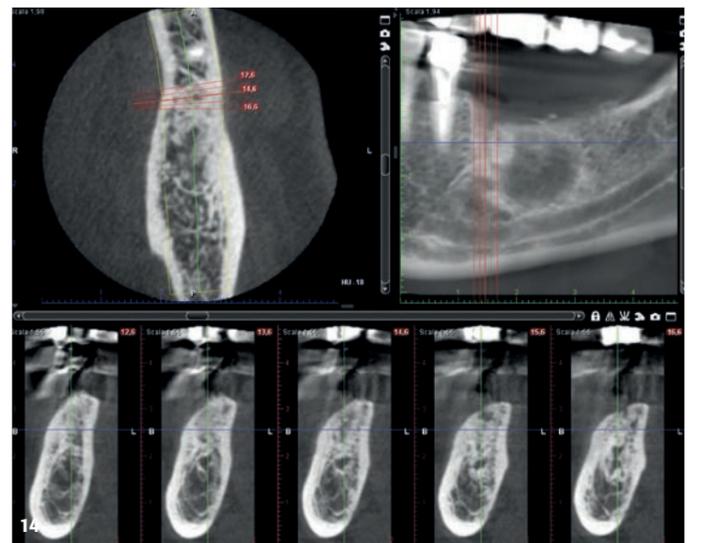
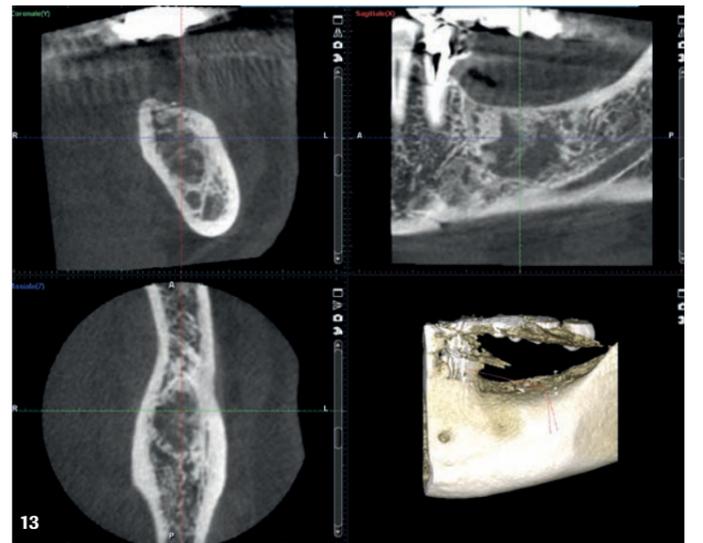
Mobilizzazione del lembo vestibolare mediante incisione periostale per favorire l'adattamento dei due lembi primari prima della sutura. Essendo la lesione residua un difetto a 4 pareti, non necessita né l'utilizzo di materiale riempitivo, né di membrane. La predicibilità della guarigione è garantita da un perfetto avvicinamento dei lembi primari con conseguente guarigione per prima intenzione



Il lembo primario suturato con filo non assorbibile a punti a materassoio orizzontale alternati da punti staccati. L'incisione verticale di rilascio è stata suturata con filo riassorbibile (meno traumatico sul versante interno della guancia)



Rx endorale post-estrattiva, sono evidenti i limiti radiografici dell'alveolo dell'elemento estratto e dello spazio occupato dalla cisti



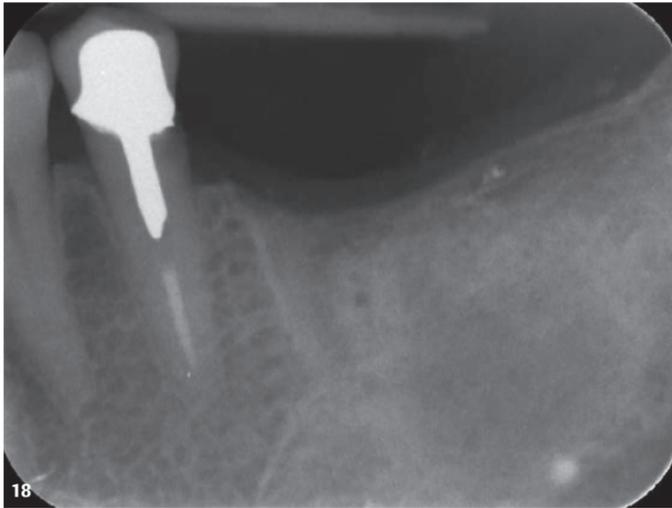
Tomografia a 6 mesi dall'intervento: il difetto osseo residuo dell'elemento dentario è quasi completamente rigenerato. Nella zona della lesione cistica permane una radiotrasparenza che però nell'immagine assiale mostra una netta presenza di neo formazione ossea di aspetto trabecolare



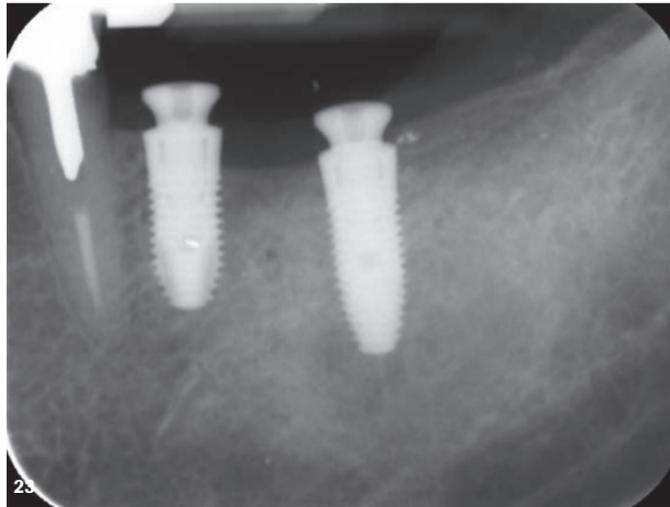
16 17
Integrità dei tessuti molli completamente ristabilita



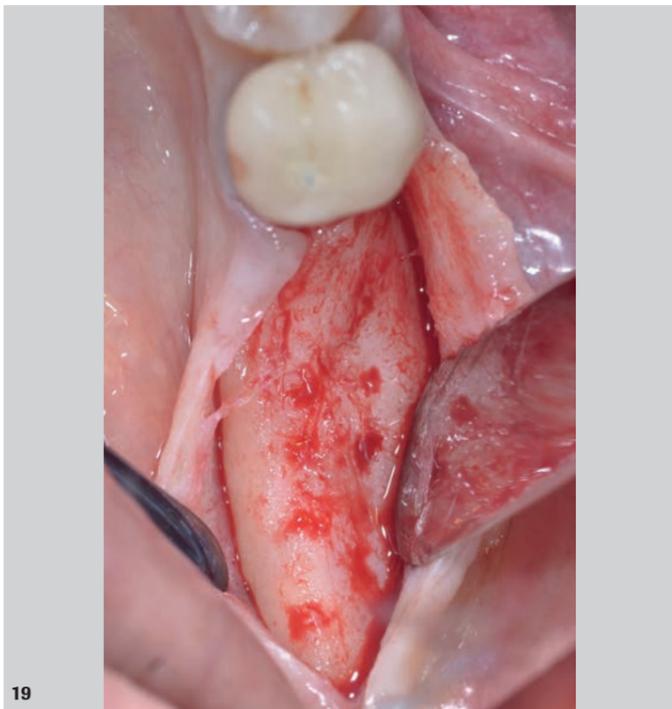
21 22
Visione occlusale e buccale degli impianti inseriti; con la tecnica one-stage vengono applicate in prima seduta le viti transmucose di guarigione per ottenere un immediato modellamento dei tessuti molli e per confort del paziente al quale viene evitato un rientro chirurgico. L'incisione è stata suturata con filo riassorbibile 4.0



18
Rx endorale a 12 mesi



23
RX endorale di controllo post operatorio. Sono stati inseriti 2 impianti (in posizione 35 impianto CRS-DAT lunghezza 10 mm, diametro 3.8 mm, in posizione 36 lunghezza 11.5 mm e diametro 3.8. Il drillaggio chirurgico del sito impiantare ha evidenziato una buona ed omogenea compattezza dell'osso in tutto il suo spessore



19
Rientro chirurgico con incisione periostale a tutto spessore per l'esposizione della zona di inserimento degli impianti. La cresta ossea si presenta integra, di aspetto omogeneo e non sono presenti segni residui di estrazioni e di osteotomia. L'incisione è stata eseguita 1,5 millimetri lingualmente rispetto alla linea centrale della cresta per conservare un bordo di tessuto cheratinizzato, che garantirà una protezione vestibolare del pilastro impiantare



24 25
A 2 mesi dall'inserimento i tessuti perimplantari mostrano assenza completa di infiammazione e i pilastri individualizzati sono ben protetti in tutta la loro circonferenza da tessuto cheratinizzato

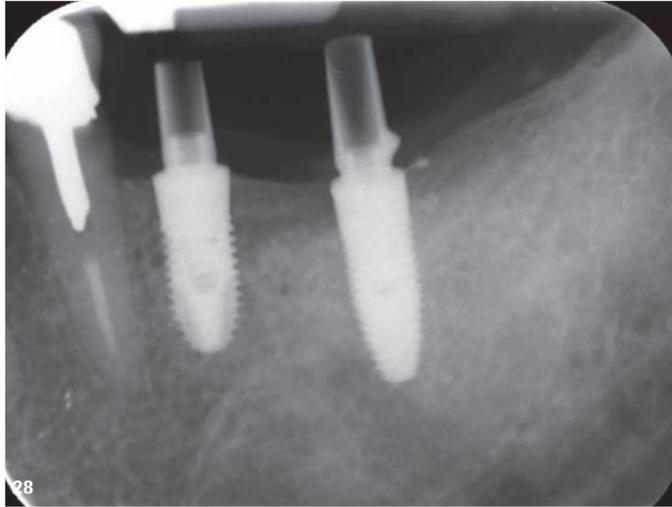


20
Per riabilitare la sella si utilizzano i nuovi impianti CSR-DAT



26 27
Inserimento dei pilastri individualizzati

14



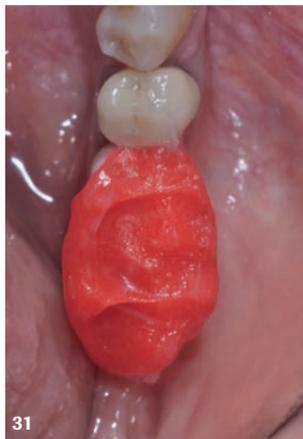
RX endorale all'inserimento dei pilastri individualizzati



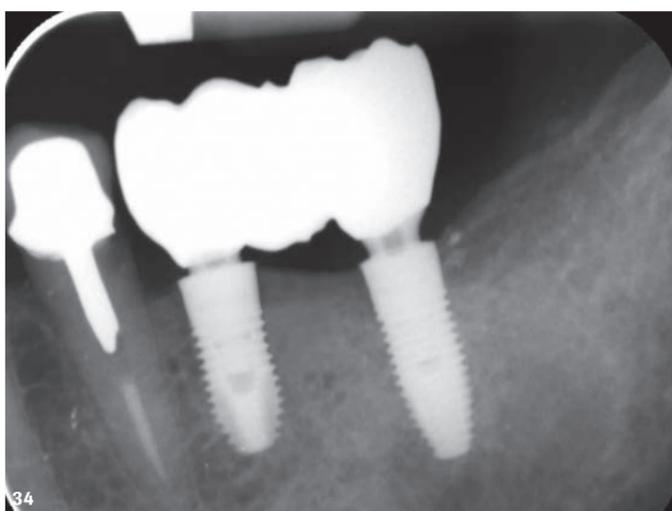
Prova protesica della struttura in zirconia



Caso clinico realizzato
con impianti
CSR-DAT



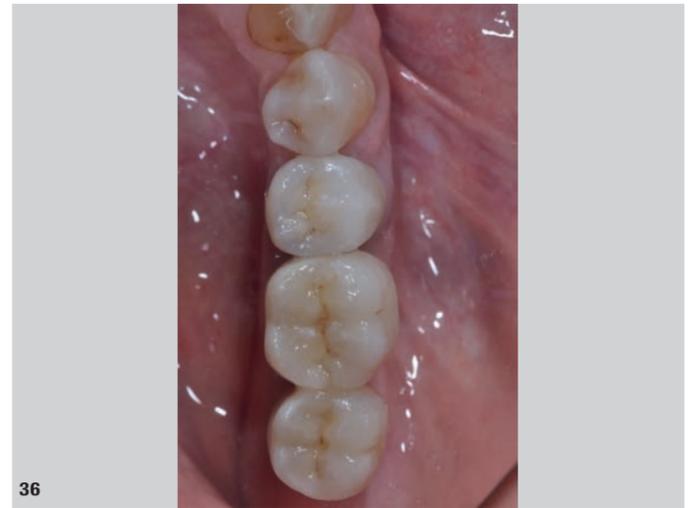
Verifica e controllo della registrazione in massima intercuspiazione con l'utilizzo di resina autopolimerizzante



Rx endorale del manufatto protesico ultimato in sede



Su richiesta del paziente viene riabilitato per motivi estetici anche l'elemento 34, per il quale si adotta la tecnica B.O.P.T. In questa immagine si apprezza la preparazione a finire del moncone.



36



Immagini vestibolari occlusali e in massima intercuspiazione del manufatto protesico in zirconia ceramizzata ultimato; se ne apprezzano i perfetti rapporti con l'arcata antagonista e l'aspetto mimetico in rapporto agli elementi naturali



Riabilitazione protesica eseguita dal Laboratorio Odontotecnico Pellitteri Martini (BZ)