

Prama RF e riabilitazione flapless di elemento premolare

Dott. Andrea D. Di Domenico, Odt. Maurizio Apicella, Odt. Alessandro Diletto,
Cava De' Tirreni (SA)

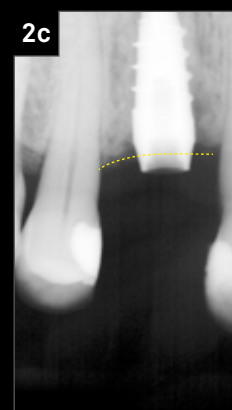
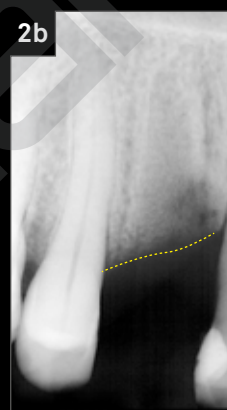
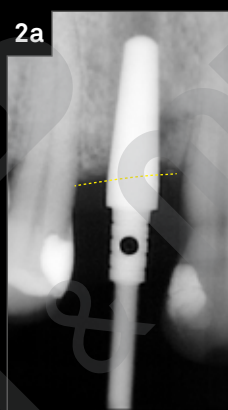
La paziente si presenta all'osservazione clinica con la richiesta di ripristinare l'elemento 1.4 e migliorare l'aspetto dei tessuti atrofici vestibolari. È straniera e resterà in Italia per un breve periodo, per cui chiede un intervento che abbia un approccio non invasivo e che si risolva nel minor numero di sedute possibile.

Preso visione dell'esame CBCT ed eseguito il sondaggio, si decide di procedere con l'inserimento dell'impianto intramucoso Prama con tecnica flapless, al fine di gestire i dislivelli ossei crestali con il collo implantare, utilizzando una membrana Ossix® Volumax come mantentore di spazio per l'incremento vestibolare dei tessuti molli.

Viene realizzato un provvisorio chairside a carico immediato con lo scopo di condizionare già nelle prime fasi della guarigione dei tessuti. La volumetria della bozza vestibolare viene modellata inserendo una membrana in collagene crosslinkato in una incisione a busta, in modo da ottenere un'estetica naturale.

“La possibilità di eseguire una chirurgia flapless minimamente invasiva, ripristinando i livelli ossei crestali grazie alla conformazione convergente del collo, è un'opzione che solo con Prama avrei potuto approcciare.”

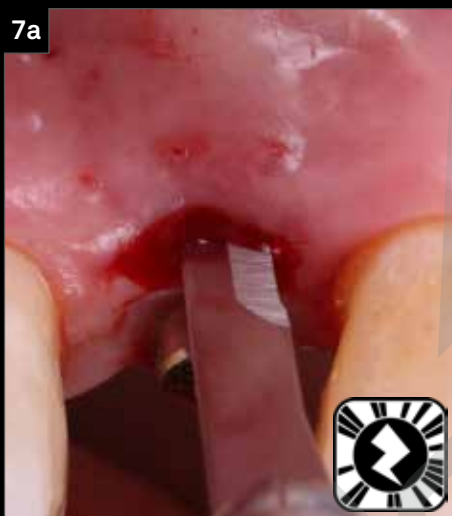
(cit. Dott. Andrea D. Di Domenico)



1. Visione frontale, laterale e oclusale della zona atrofica.
2. Controlli radiografici in fase di inserimento implantare, al fine di gestire l'andamento irregolare della cresta ossea con il collo da 2.8 mm del Prama RF.
3. Visione clinica del posizionamento del collo del Prama RF. La piattaforma implantare viene posizionata 1 mm circa al di sotto del livello gengivale.



4. Posizionamento di un pilastro provvisorio non rotante in titanio e successiva riduzione in altezza congruente con il piano occlusale.
5. Adattamento e ribasatura del provvisorio con resina Reef sul pilastro ridotto in altezza, mantenendo libero il foro vite.



6. Rifinitura e lucidatura del provvisorio che chiude sul pilastro, al fine di lasciare spazio ai tessuti perché possano guarire ispessendosi.
7. Incisione vestibolare ed inserimento della membrana Ossix® Volumax.
8. Posizionamento del provvisorio rifinito a sostegno dei tessuti.



9. Incremento vestibolare tissutale a 10 giorni: è ancora presente tessuto di granulazione.

10. Guarigione a 3 mesi. I tessuti sono guariti, ma ancora non completamente maturi. In trasparenza si intravede ancora la membrana non del tutto riassorbita.

11b



11c



11. Guarigione ad 8 mesi. I tessuti, completamente guariti, sono stabili e maturi. Si può apprezzare la formazione di papille spesse e la neovascolarizzazione che parte dal collo intramucoso del Prima RF.



12. Presa dell'impronta e sviluppo del modello, su cui viene posizionato un pilastro preformato dritto.
13. Visione laterale della struttura modellata in cera che rispetta e riproduce i parametri di chiusura sul pilastro definiti clinicamente con il provvisorio. Si può apprezzare come il profilo del collo implantare si continui in quello del pilastro protesico. La porzione di pilastro non occupata dalla corona verrà circondata dai tessuti molli.
14. La struttura in metallo e la modellazione in ceramica riproducono la forma del provvisorio, al fine di sostenere equamente i tessuti. Questa tecnica di chiusura consente di lucidare la linea di finitura e di passaggio tra metallo e ceramica con estrema facilità, e di gestire il profilo di emergenza dell'elemento secondo i principi della procedura B.O.P.T.



- 15. Adattamento mimetico dell'elemento finalizzato a sostegno dei tessuti rosa ottenuti.
- 16. Aspetto clinico dopo 13 mesi.
- 17. Radiografia di controllo a 13 mesi.

Richiedi la tua copia gratuita di

PRAGMATICO

a questo [link](#)