

Rimodellamento dei tessuti perimplantari dopo rigenerazione ossea alveolare e inserimento di un impianto Prama in zona estetica: follow up a 2 anni

Dott. Davide Guglielmi, Dott. Roberto Castellano, Odt. Massimo Marzetta,
Solbiate Olona (VA)

Paziente donna di 48 anni si è presentata in studio lamentando dolore al livello dell'emiarcata superiore destra. L'esame obiettivo ha rivelato la presenza di una fistola localizzata sulla mucosa buccale, a livello dell'elemento 1.5, che presentava mobilità di grado II e una protesizzazione con corona in metallo-ceramica (più di 10 anni, come riferito dalla paziente). L'esame radiografico ha evidenziato, con riferimento al suddetto elemento dentale, un'area di radiotrasparenza ossea in prossimità del terzo medio e del terzo apicale della radice.

La visita si è conclusa con la diagnosi di frattura radicolare verticale. In accordo con la paziente si è deciso per un piano terapeutico che prevedeva l'estrazione dell'elemento fratturato, la rigenerazione ossea alveolare, l'inserimento di una fixture e la successiva finalizzazione protesica.

Il primo step chirurgico ha previsto l'estrazione della radice e il riempimento del difetto osseo risultante con osso bovino particolato deproteinizzato, ricoperto con una membrana riassorbibile in collagene.

Il secondo step chirurgico, a distanza di 7 mesi, ha previsto un'incisione crestale nell'area edentula e l'inserimento di un'impianto Prama nel sito rigenerato.

Successivamente, rispettando i tempi della guarigione biologica, è stata affrontata la riabilitazione implanto-protesica.

Il successo di una terapia implanto-supportata dipende dall'interazione di fattori anatomici, tecnici, chirurgici e protesici. L'inserimento implantare protesicamente guidato permette di ottenere un supporto ottimale dei tessuti molli perimplantari e il profilo d'emergenza ideale della protesi finale.

Come affermato durante la Consensus Conference of the European Association for Osseointegration del 2015 i requisiti del successo di un trattamento implantare sono:

- Buona stabilità primaria;
- Assenza di ulteriori procedure di rigenerazione ossea all'inserimento dell'impianto per la gestione della deiscenza residua o difetti di fenestrazione;
- Sopravvivenza e successo implantare;
- Livelli ossei marginali;
- Indicatori BOP (Bleeding On Probing) e PI (Plaque Index) negativi.

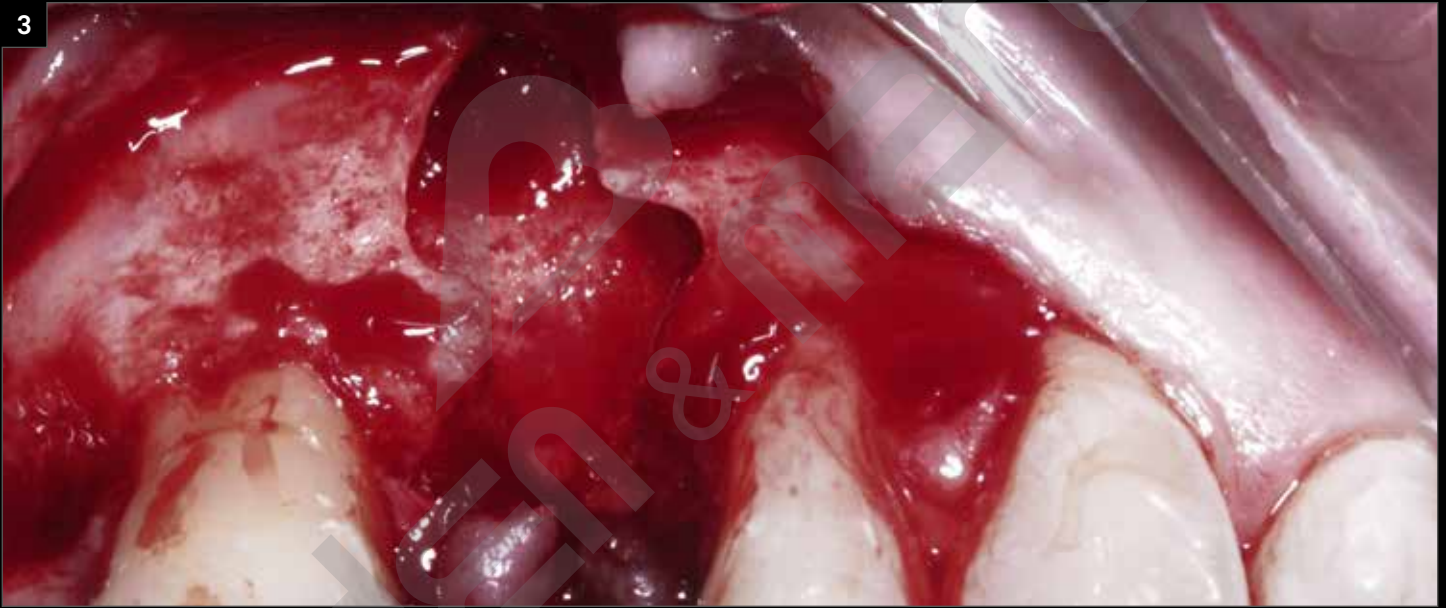
Nel caso clinico riportato gli obiettivi primari e secondari sono stati raggiunti e confermati al follow up di 2 anni.

“Non avevamo mai trovato un impianto che, per le sue caratteristiche uniche, coniugasse un risultato protesico ad alta valenza estetica con il massimo rispetto per la salute dei tessuti perimplantari.”

(cit. Dott. Davide Guglielmi, Dott. Roberto Castellano)



1. Foto cliniche e radiografia iniziale della corona sull'elemento 1.5. La radiografia periapicale evidenzia la lesione radiotrasparente intorno ai terzi medio e apicale della radice.



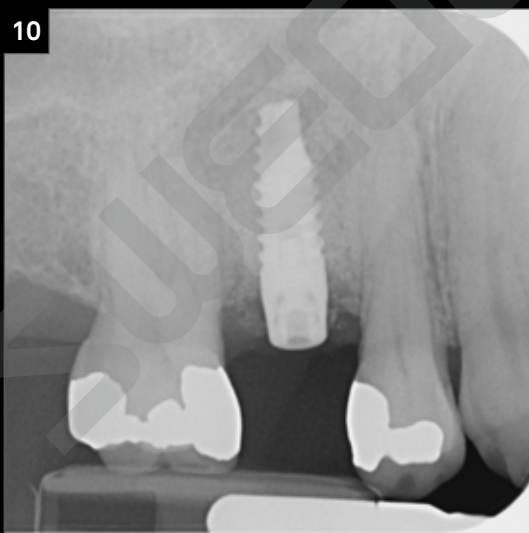
2. Prima fase chirurgica: il sito viene inciso, la vecchia corona rimossa e la frattura esposta.
3. Alla rimozione della radice fratturata si evidenzia il difetto osseo.
4. Rigenerazione ossea: l'alveolo viene riempito con osso bovino particolato deproteinizzato successivamente coperto con una membrana riassorbibile in collagene.



5. Chiusura della ferita per seconda intenzione senza tensione con suture PTFE. La rimozione delle suture avviene dopo 2 settimane.
6. Vista vestibolare e oclusale del sito post chirurgico a 1 mese dall'inserimento di materiale da rigenerazione: si apprezzano la fase iniziale di guarigione dei tessuti molli e il progressivo recupero dei volumi.



7. Radiografia e foto clinica a 7 mesi dalla rigenerazione alveolare: all'esame radiografico i volumi ossei risultano soddisfacenti, i tessuti molli appaiono completamente guariti. Si decide quindi di procedere alla seconda fase chirurgica.
8. Seconda fase chirurgica: all'apertura del lembo si apprezzano i volumi ossei rigenerati. Un pin di parallelismo viene inserito dopo la preparazione del sito chirurgico per verificare l'asse d'inserimento dell'impianto.



9. Impianto Prama *in situ* e inserimento di una vite chirurgica di chiusura. Il sito chirurgico viene chiuso per seconda intenzione senza tensioni con suture in PTFE. La rimozione delle suture avviene dopo 2 settimane.
10. Radiografia post chirurgia per verificare il corretto inserimento dell'impianto Prama.
11. A 4 mesi dalla chirurgia i volumi sono ripristinati e i tessuti molli risultano clinicamente sani.

12a



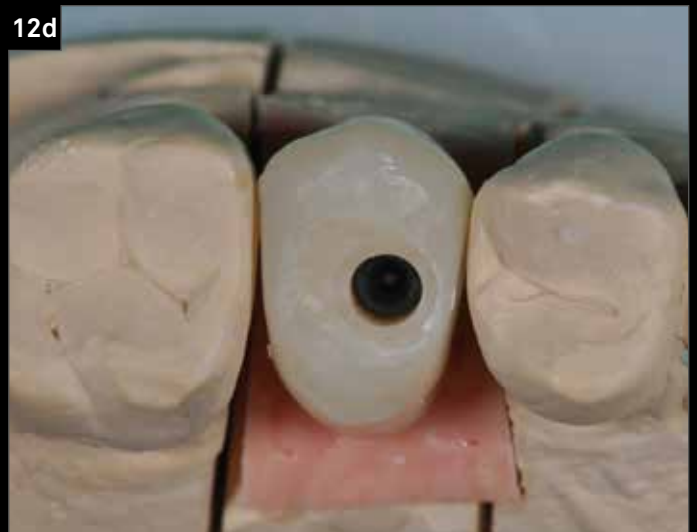
12b



12c



12d



12. Impronta e realizzazione della corona provvisoria.

13



14



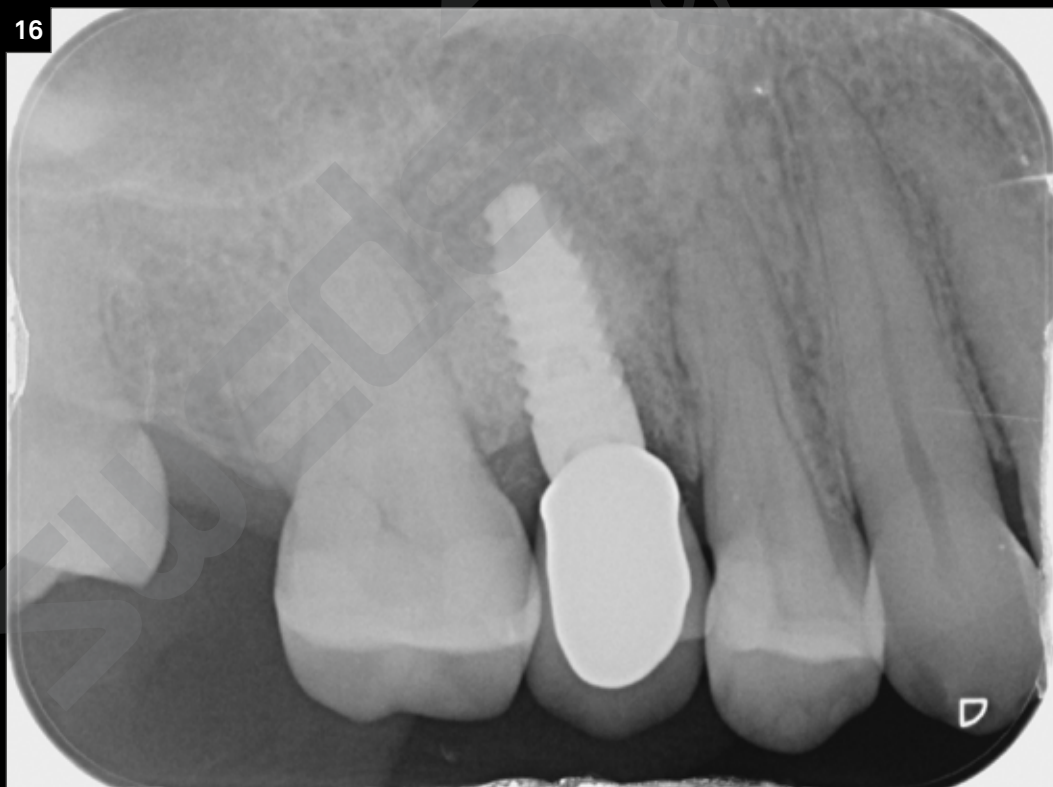
13. Corona provvisoria *in situ*: da notare l'ischemia dei tessuti molli per il condizionamento tissutale mediante la manipolazione del provvisorio.

14. A 4 mesi dalla chirurgia il sito viene riaperto per prendere l'impronta definitiva: si apprezza l'ottima guarigione dei tessuti molli perimplantari.

15



16



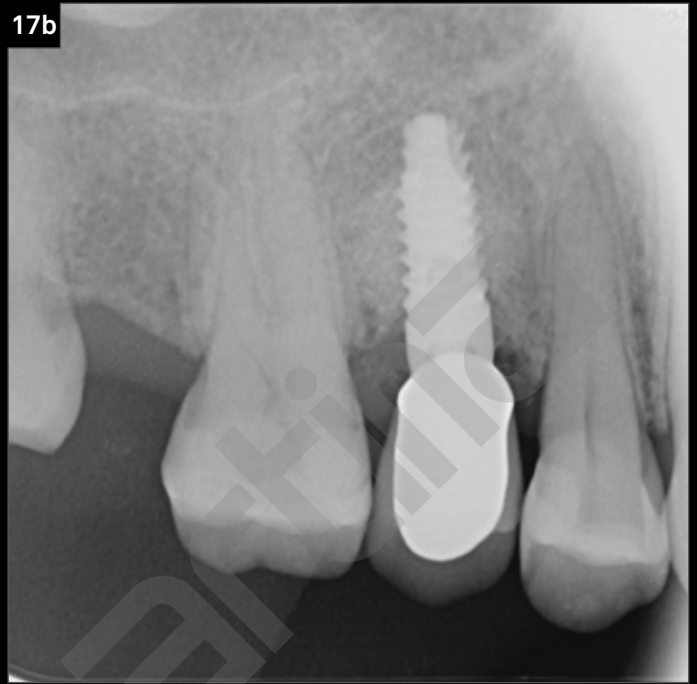
15. A 4 mesi dalla chirurgia viene consegnata la corona definitiva.

16. Radiografia di controllo a un anno dall'estrazione: i volumi ossei perimplantari appaiono stabili.

17a



17b



17c



17. Follow up a 2 anni. Si possono apprezzare una corretta maturazione dei tessuti perimplantari e un conseguente risultato estetico ottimale. La radiografia conferma il mantenimento dei livelli ossei. Si rilevano sondaggi fisiologici e indici di sanguinamento negativi: sicuramente merito di un'ottima densità connettivale perimplantare intorno al collo convergente UTM dell'impianto Prama.

Richiedi la tua copia gratuita di

PRAGMATICO

a questo [link](#)