

Inserimento implantare post-estrattivo differito in posizione 1.1 e 2.1

Dott. Stefano Conti, Laboratorio Furlotti, Parma

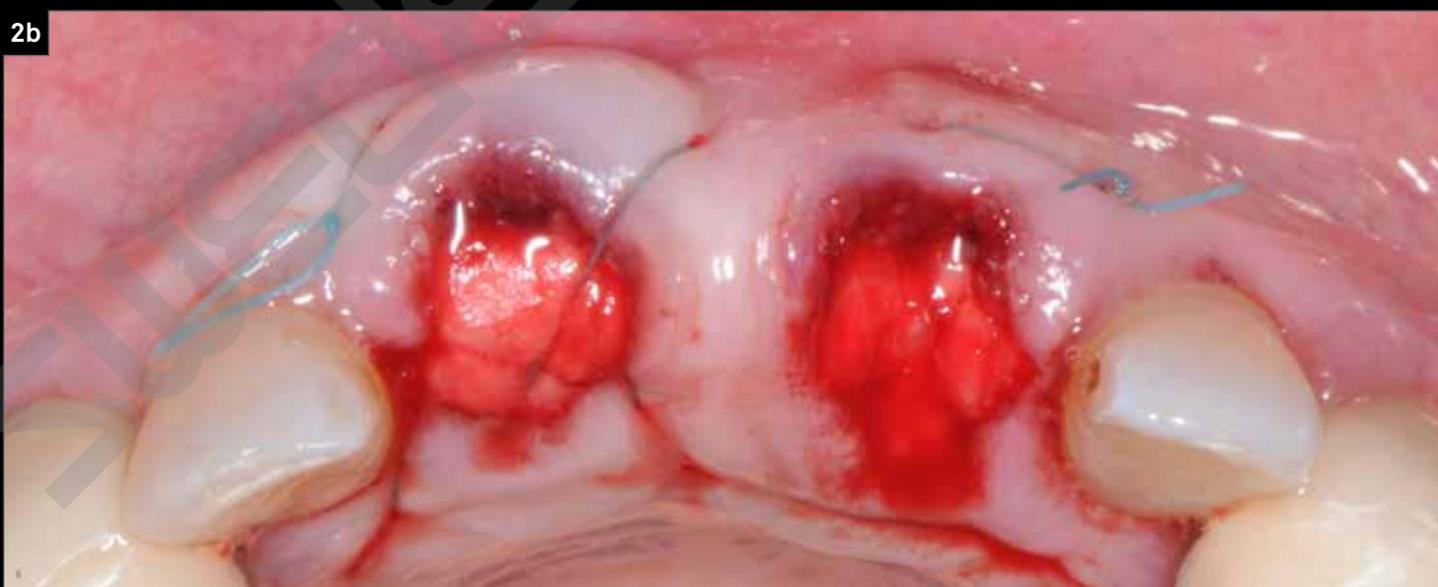
Paziente M.B. di anni 63, con pregressa malattia parodontale con grado di mobilità 2 a carico dei due incisivi centrali. Il piano di trattamento prevede l'estrazione degli elementi compromessi e l'inserimento differito di due impianti Shelta, con corone in metallo-ceramica cementate.

Durante la fase chirurgica, il basso torque di inserimento implantare e la situazione notevolmente compromessa dell'alveolo in posizione 2.1, con una dimensione verticale più riassorbita di 2 mm rispetto all'alveolo 1.1 e con maggiore spazio alveolare privo di osso, ci fanno temere per l'esito favorevole della guarigione del 2.1. Si decide comunque di mantenere l'impianto *in situ* e si aspetta il periodo di guarigione, tenendo monitorata con particolare attenzione la progressione dell'impianto in posizione 2.1.

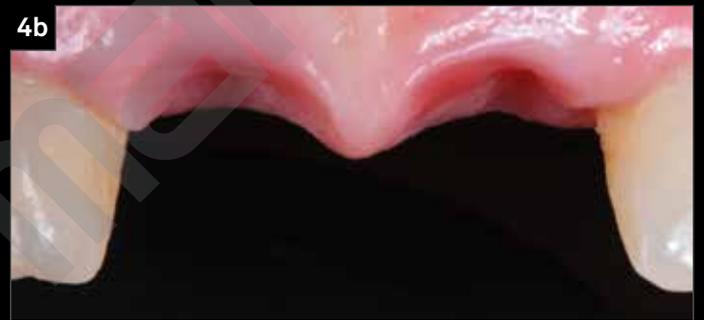
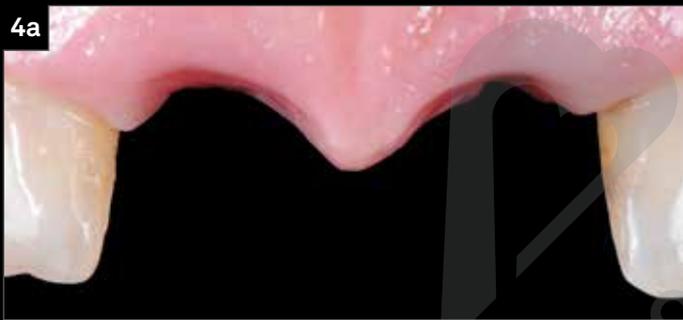
Nonostante la nostra attenzione, come temuto, in fase di presa d'impronta l'impianto in posizione 2.1 presenta mobilità. Si opta quindi per la rimozione dello stesso e si decide di attendere altri 2 mesi per poi procedere all'inserimento di un nuovo impianto. Dato il notevole dislivello nel livello osseo in posizione 1.1 e 2.1, si opta per l'inserimento di un Prama che grazie al suo collo consente una compensazione protesica.

“L'inserimento in una posizione biologicamente e protesicamente corretta dell'impianto Prama è stato possibile grazie alla peculiare morfologia del suo collo convergente, di lunghezza 2.80 mm e con finitura superficiale UTM. L'impiego di un impianto *bone level* tradizionale avrebbe richiesto l'utilizzo di tecniche di rigenerazione per compensare il difetto osseo vestibolare oppure un posizionamento più apicale dell'impianto, con conseguente difficoltà nella gestione estetica e mantenimento nel tempo dei tessuti molli perimplantari.”

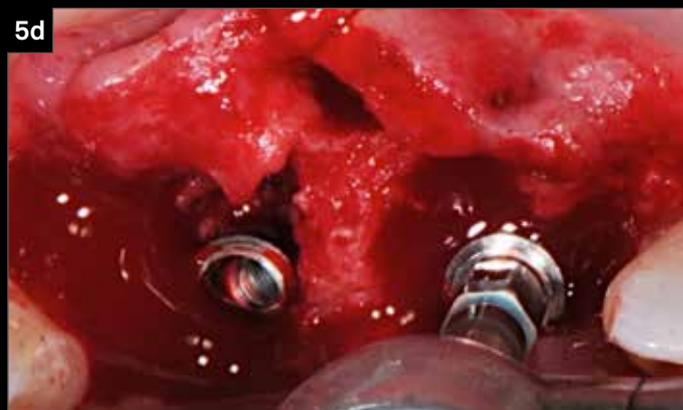
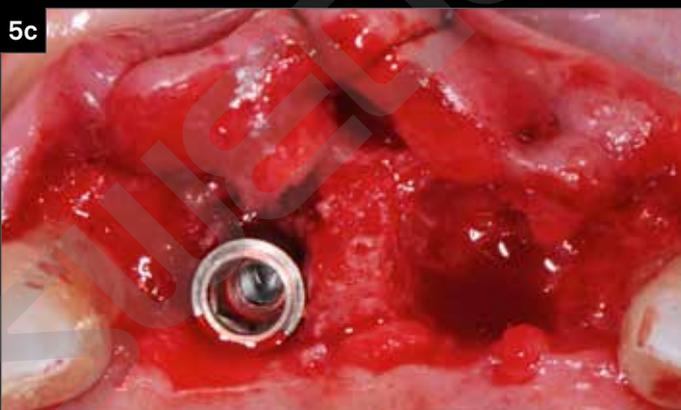
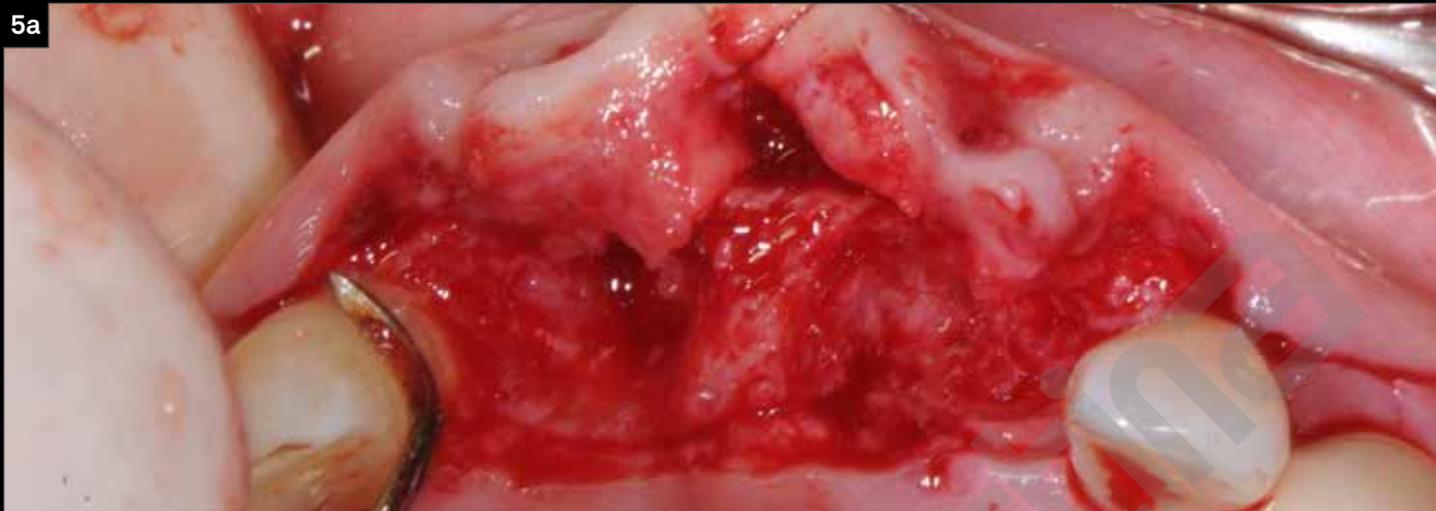
(cit. Dott. Stefano Conti)



1. Situazione clinica iniziale.
2. Si procede all'estrazione degli incisivi e alla preservazione degli alveoli con biomateriali e collagene.



3. Contestualmente alla *socket preservation* viene inserito un provvisorio ovoidale cementato adesivamente ai denti adiacenti, per circa 60 giorni.
4. Immagine clinica dei tessuti molli a 60 giorni dall'estrazione.



5. Inserimento in posizione 1.1 e 2.1 di due impianti Shelta di diametro 3.80 mm e altezza 11.50 mm. Si rileva nel 2.1 un torque di inserimento estremamente basso. Si effettua lembo paramarginale e lembo palatale paramarginale, intrasulculare su 1.2 e 2.2, con incisioni di scarico verticali e preservazione delle papille. Il torque di inserimento basso e la situazione dell'alveolo 2.1 notevolmente compromesso rispetto al controlaterale fanno temere l'esito favorevole della guarigione. Si decide comunque di aspettare il periodo di guarigione.

6a



6b



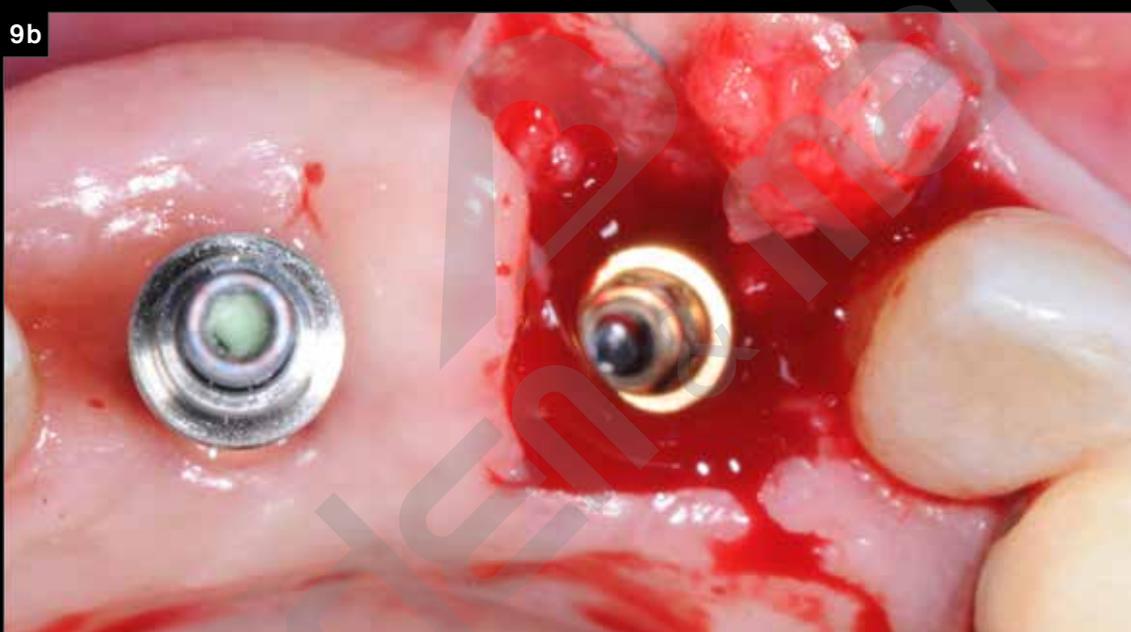
7



6. Inserimento dei biomateriali e riempimento della *jumping distance* e dei difetti ossei alveolari presenti, chiusura del lembo e tempo di attesa per la seconda chirurgia di circa 3 mesi.
7. Scopertura degli impianti dopo 3 mesi dalla prima chirurgia.



8. Carico degli impianti con provvisori avvitati a 3 mesi dall'inserimento e successiva presa dell'impronta con tecnica pick-up. Durante la presa dell'impronta, l'impianto in posizione 2.1 presenta mobilità. Si decide di attendere 2 mesi per l'inserimento di un nuovo impianto nella stessa posizione.



9. A 2 mesi dalla rimozione del precedente impianto in posizione 2.1, con un alveolo implantare ancora in fase di guarigione e con un difetto verticale dei tessuti duri vestibolari di circa 2 mm, si decide di inserire un impianto Prama RF, di diametro 3.80 mm, lunghezza 11.50 mm, con carico differito a 3 mesi. La particolare morfologia del collo dell'impianto permette di compensare il dislivello osseo e ottimizzare la successiva gestione protesica.

10

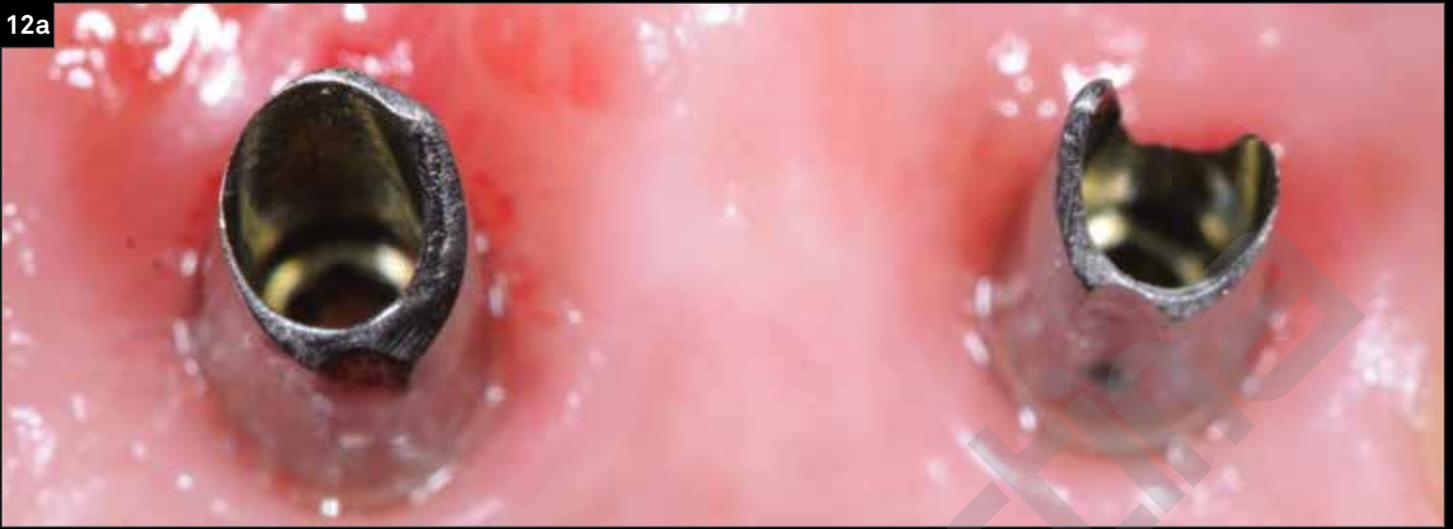


11



10. A 3 mesi dal carico degli impianti Shelta in posizione 1.1 e Prama in posizione 2.1, si noti come i tessuti molli perimplantari siano sani e stabili. Il posizionamento apico-coronale della connessione implantare è ideale per entrambi gli impianti. Inoltre, grazie al collo dell'impianto Prama, alto 2.80 mm, è stato possibile portare la connessione implantare allo stesso livello di quella dell'impianto adiacente, senza la necessità di utilizzare tecniche rigenerative.
11. Radiografia all'inserimento dell'impianto accanto alla foto a 3 mesi di carico con il provvisorio. I tessuti molli perimplantari che avvolgono apicalmente e in più punti il collo implantare del Prama creano un'ulteriore barriera naturale proprio nella zona sub-critica dell'impianto.

12a



12b



12c



12. Per la finalizzazione della corona protesica si utilizzano monconi in titanio con tecnica di preparazione verticale e approccio protesico B.O.P.T. con corone cementate in metallo-ceramica.

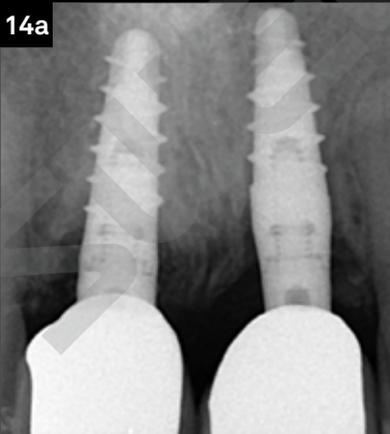
13a



13b



14a



13. Confronto tra il caso clinico iniziale e il follow up a 2 anni.

14. Controllo radiografico a 2 anni: si evidenzia il buon mantenimento dei tessuti perimplantari.

Richiedi la tua copia gratuita di

PRAGMATICO

a questo [link](#)