

# Impianto Prama RF post-estrattivo in sito 2.4, con carico immediato e corona in resina realizzata precedentemente in laboratorio per conformare i tessuti dopo la chirurgia

Dott. Guillermo Cabanes Gumbau, Odt. Violeta Alapont Asensio, Vila Real, Spagna

**I tre casi clinici a seguire presentano tre diversi approcci per la realizzazione di corone provvisorie B.O.P.T. a carico immediato su premolari.**

Paziente donna di 32 anni, con anamnesi medica priva di precedenti rilevanti. Si pianifica una procedura di avulsione del residuo radicolare dell'elemento 2.4, con inserimento immediato di un impianto post-estrattivo a carico immediato. Nella stessa fase chirurgica viene inserito in posizione 2.6 anche un impianto narrow Outlink<sup>2</sup> Slim.

---

**“L'assenza di una linea di chiusura predeterminata mi ha consentito di stabilire con la massima libertà il margine protesico, fin dal provvisorio. Un semplice accorgimento come la creazione di due alette laterali in appoggio sugli elementi adiacenti consente di trasferire in bocca al paziente la stessa occlusione studiata sul modello in articolatore.”**

(cit. Dott. Guillermo Cabanes Gumbau)

---



1. Immagine clinica e radiografica con evidenza del residuo radicolare dell'elemento 2.4.
2. Sul modello in gesso viene realizzata una corona in resina con alette di appoggio sugli elementi occlusali adiacenti, per guidare il suo posizionamento in bocca. La corona viene forata al momento della chirurgia.



3. Estrazione atraumatica del residuo radicolare con ausilio dell'estrattore di Benex e *debridement* dell'alveolo.
4. Misurazione dello spessore gengivale, mediante sonda con stop di gomma, per stabilire la lunghezza della preparazione.





5. Osteotomia e recupero dei frustoli d'osso autologo grazie alla geometria dei taglienti della fresa.
6. Posizionamento immediato di un impianto Prama RF (4.25x13 mm). Nella stessa fase chirurgica viene inserito in posizione 2.6 anche un impianto narrow Outlink<sup>2</sup> Slim.

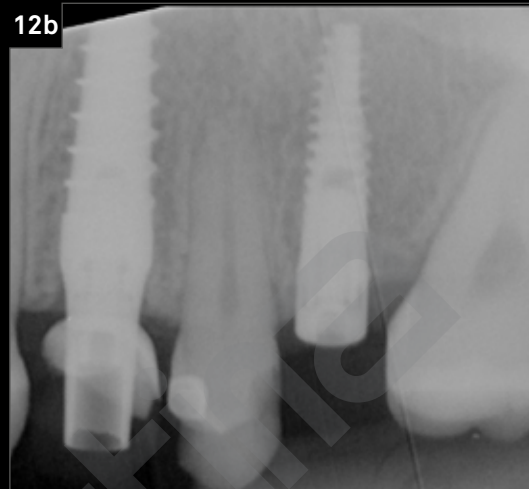


7. Posizionamento del pilastro protesico e perforazione al centro della faccia occlusale della corona in resina. Il gap perimplantare viene momentaneamente protetto con una spugna emostatica per prevenire la possibile contaminazione con resina durante la ribasatura.
8. La corona viene ribasata con resina autopolimerizzante (Reef Crown & Bridges) e viene collocata sul pilastro, lasciando libero il foro vite. Per lasciare libero il foro vite, questo viene riempito con teflon, che verrà eliminato facilmente al termine della polimerizzazione.





9. Si procede con lo svitamento della corona, che ingloba al suo interno il pilastro protesico.
10. Riempimento del gap perimplantare con i frustoli d'osso raccolti durante il fresaggio miscelati a PRF.
11. Si modella la corona con un'adeguata emergenza B.O.P.T., per mezzo di adesivo e composito fluido fotopolimerizzabile. Si semplifica la procedura inserendo un o-ring di silicone nel collo dell'analogo, che funge da stop per il composito fluido al livello desiderato per il limite cervicale della corona. Dopo la solidarizzazione della corona al pilastro, al livello desiderato rispetto agli elementi adiacenti, è possibile eliminare con un disco le estensioni laterali.



12. Visione occlusale, laterale e radiologica al momento del carico del provvisorio, dopo la rimozione delle alette, avvitato all'impianto. Non è necessario suturare, dal momento che la corona stessa funge da "tappo alveolare".
13. Situazione intraorale dopo 20 giorni dalla chirurgia.

14a



14b



14. Dopo 3 mesi si rimuove la corona protesica per verificare l'evoluzione della guarigione dei tessuti mucosi e per poter effettuare la presa d'impronta. Si evidenzia un tunnel mucoso guarito ed organizzato, con un profilo di emergenza ben definito.





15. Preparazione del profilo di emergenza B.O.P.T. sul modello in gesso e realizzazione della corona avvitata su Prama in posizione 2.4 con pilastro calcinabile con base in titanio e corona incollata con "vite prigioniera" su Outlink<sup>2</sup> Slim in posizione 2.6.

16a



16b



16. Aspetto clinico e radiografico dopo 6 mesi.

# Impianto Prama post-estrattivo immediato in sito 1.4, con carico immediato e corona in composito realizzata intraoralmente utilizzando una guida preformata in acetato

Dott. Guillermo Cabanes Gumbau, Odt. Violeta Alapont Asensio, Vila Real, Spagna

Paziente donna di 40 anni, senza precedenti medici di rilievo, giunge alla clinica con frattura radicolare dell'elemento 1.4 e l'esigenza di riabilitarlo nella maniera più veloce, naturale ed estetica possibile.

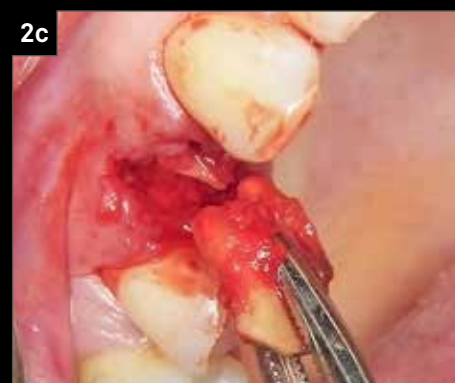
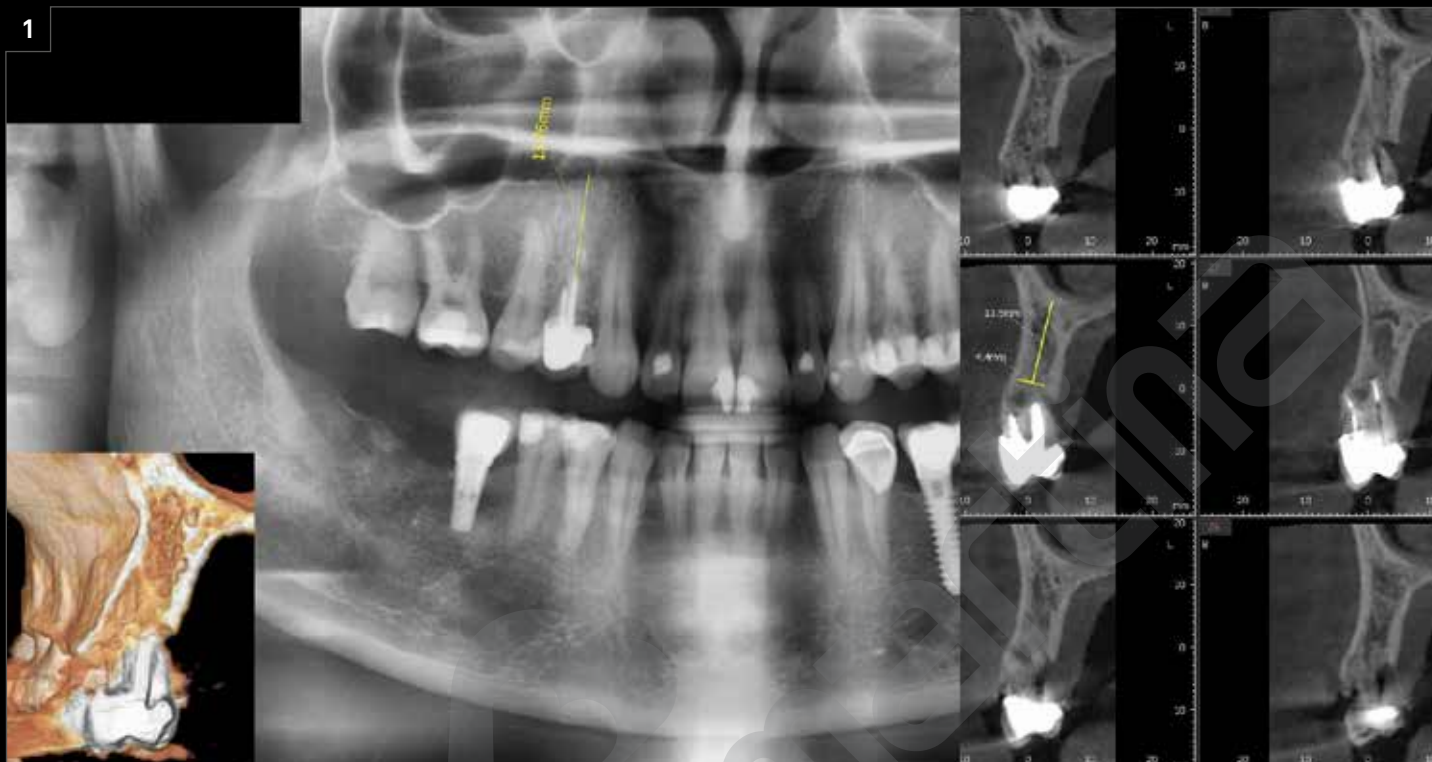
---

**“Osservando l'evoluzione clinica, dal giorno del posizionamento della corona fino alla situazione riscontrata a 3 mesi dalla chirurgia, troviamo conferma della risposta adeguata, attiva e progressiva dei tessuti molli perimplantari ottenuta grazie alla sinergia tra l'impianto Prama, con la sua convergenza coronale, e l'applicazione della tecnica B.O.P.T. Tutto ciò dimostra ancora una volta come i tessuti molli perimplantari si rigenerano seguendo il progetto protesico pianificato dal clinico sfruttando i benefici legati alla convergenza del collo implantare.”**

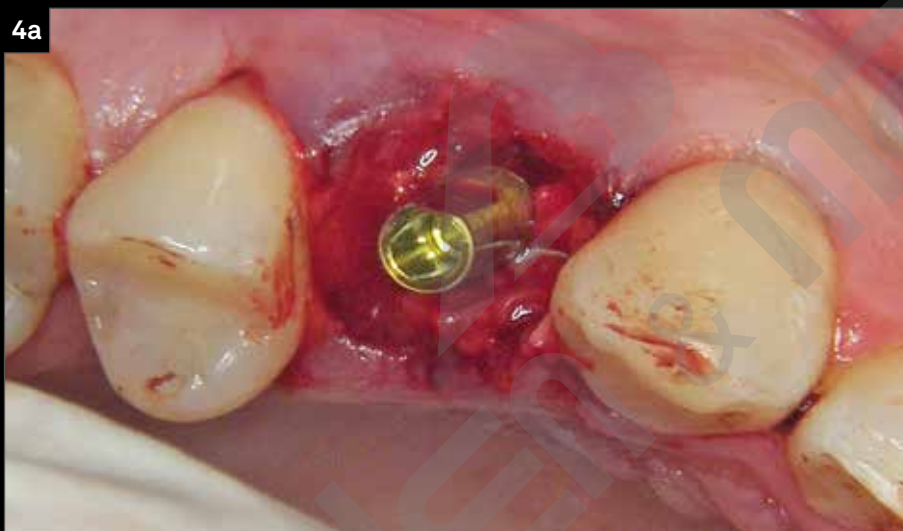
(cit. Dott. Guillermo Cabanes Gumbau)

---





1. Ortopantomografia e TAC preoperatoria nelle quali si evidenzia la frattura radicolare dell'elemento 1.4.
2. Si effettua l'estrazione del residuo radicolare, seguita da disepitelizzazione del margine alveolare con fresa diamantata.



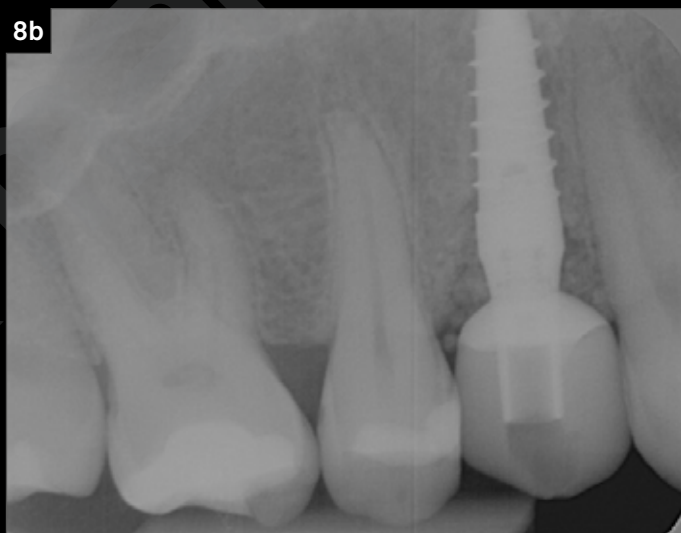
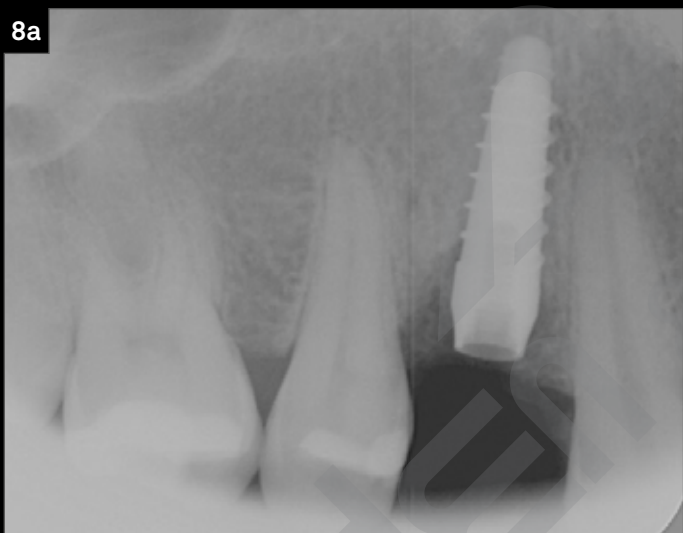
3. Inserimento immediato di un impianto Prama RF 4.25x13 mm, sfruttando la stabilità garantita dal setto interradicolare, posizionamento del pilastro protesico, e riempimento del gap perimplantare con  $\beta$ -Fosfato tricalcico miscelato a PRF.
4. Copertura del biomateriale inserito nel gap con una striscia di teflon sterile e realizzazione intraorale della corona avvitata iniettando del composito fotopolimerizzabile in un preformato in acetato con morfologia di canino per diminuire il volume e il carico sul piatto occlusale durante il periodo di osteointegrazione. In questa fase si punta solo al raggiungimento dell'estetica vestibolare, per cui l'assenza della cusvide palatale aiuta a diminuire i carichi occlusali senza interferire con l'estetica. La scelta di un preformato in acetato è dettata dall'esigenza di posizionare un provvisorio immediato che consenta una buona estetica in tempi rapidi.



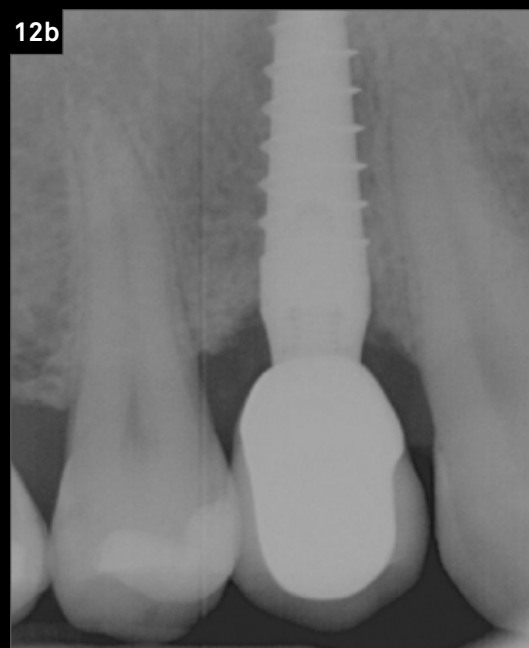


5. Dopo aver svitato la corona in composito, che ingloba già il pilastro protesico, si rimuove la copertura in acetato e si procede a conformare l'emergenza B.O.P.T. del profilo della corona mediante composito fluido fotopolimerizzabile fino al livello delimitato dall'o-ring sull'analogo.
6. Si rifinisce la corona con un'adeguata sagomatura e lucidatura.





7. La corona provvisoria viene avvitata all'implanto, proteggendo in questo modo il coagulo e il materiale inserito nello spazio alveolare perimplantare.
8. L'esame radiografico post-operatorio conferma l'adeguato fit della corona avvitata all'implanto.
9. Confronto clinico intraorale al termine della chirurgia e dopo 4 mesi.



10. Preparazione della corona definitiva in metallo-ceramica. In questo caso si tratta di una corona cementata, realizzata con profilo di emergenza meno ampio rispetto a quello della corona provvisoria e con una festonatura interprossimale più anatomica, lasciando più spazio possibile alla crescita dei tessuti molli perimplantari.
11. Posizionamento della corona cementata definitiva. Si può notare lo spazio inizialmente presente tra la gengiva e il nuovo profilo della corona, e il rapido adattamento alla nuova morfologia protesica, visibile già dopo 10 giorni.
12. Follow up clinico e radiografico a 3 mesi: si evidenzia la buona guarigione dei tessuti perimplantari.

# Impianto Prama RF in sito 1.4 con carico immediato e corona realizzata attraverso il riadattamento della corona metallo-ceramica del dente estratto

Dott. Guillermo Cabanes Gumbau, Odt. Violeta Alapont Asensio, Vila Real, Spagna

Paziente uomo di 60 anni, senza precedenti medici di rilievo, giunge alla clinica con frattura radicolare dell'elemento 1.4 che supportava una corona in metallo-ceramica. Il paziente esprime l'esigenza di una riabilitazione veloce, naturale e più estetica possibile.

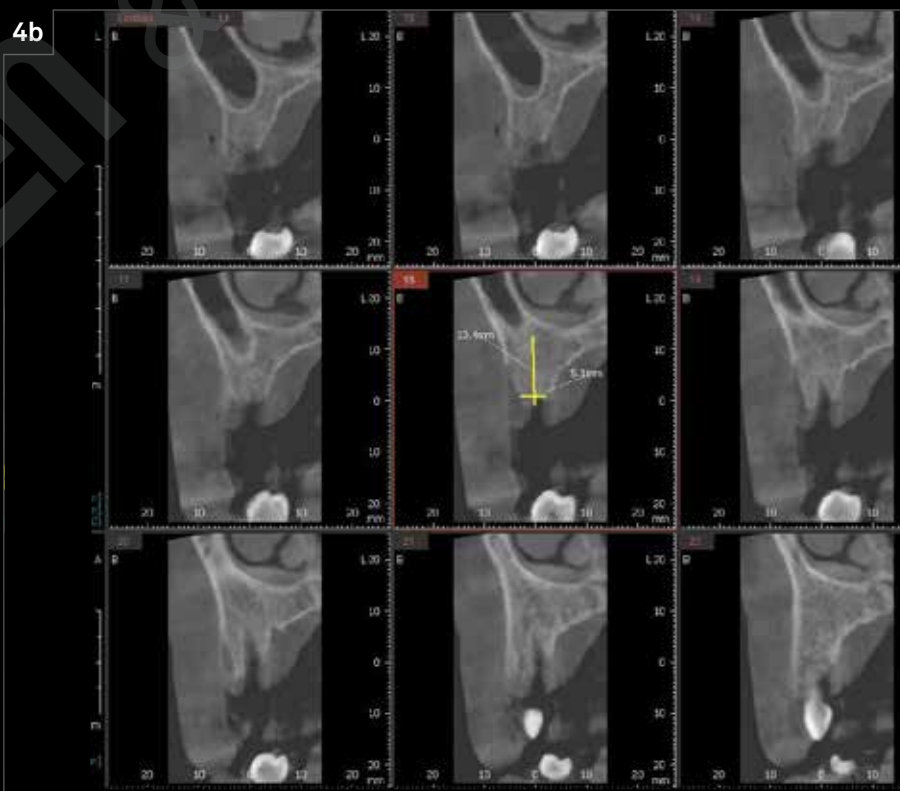
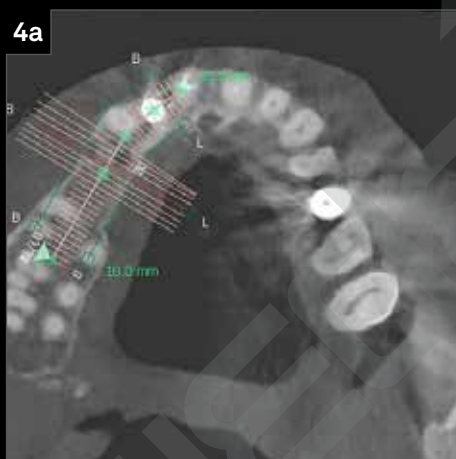
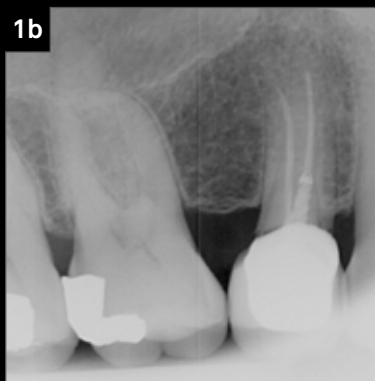
---

**“La versatilità che mi offre l'impianto Prama RF, permettendomi di gestire la protesi sulla sua ampia porzione coronale convergente di 2.8 mm e senza la restrizione di dover limitare la chiusura su margini predefiniti, mi facilita notevolmente la procedura clinica di definizione dell'emergenza protesica, con morfologia e profondità studiate *ad hoc* per ogni caso clinico in funzione della profondità di inserimento dell'impianto e della situazione dei tessuti mucosi al momento della riabilitazione.”**

(cit. Dott. Guillermo Cabanes Gumbau)

---





1. Situazione clinica e radiografica iniziale.
2. Estrazione dell'elemento radicolare e recupero della corona in metallo-ceramica che sarà utilizzata come corona provvisoria.
3. Riempimento dell'alveolo con PRF e guarigione a 40 giorni.
4. TAC preoperatoria.



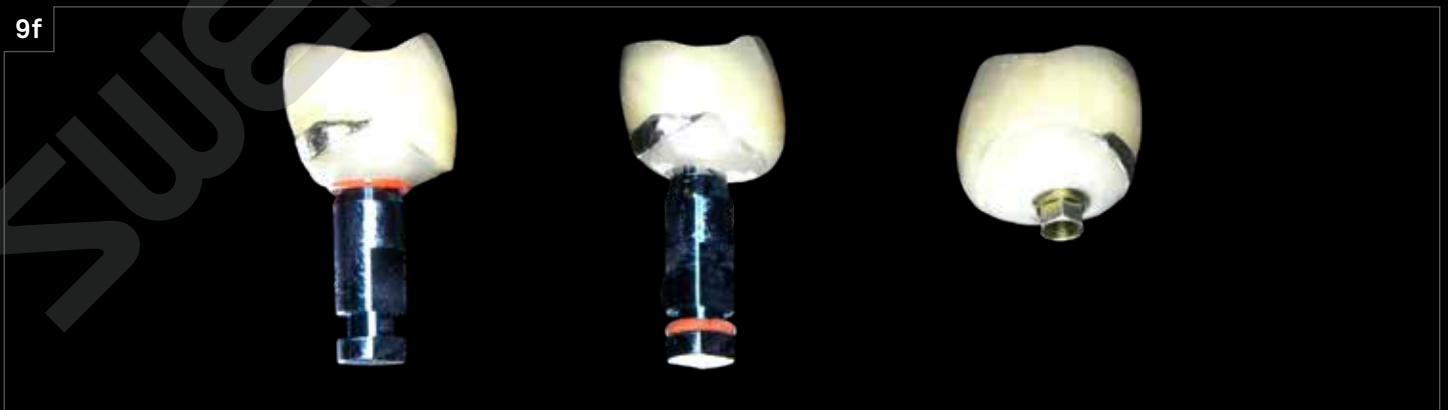
5. Fasi chirurgiche flapless per l'inserimento differito di un impianto Prama RF 4.25x13 mm con controllo di stabilità primaria adeguata per poter procedere con carico immediato.



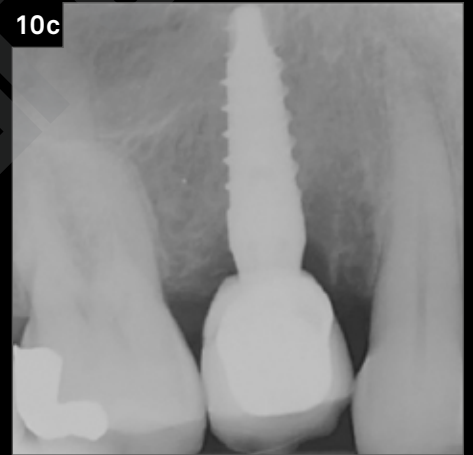
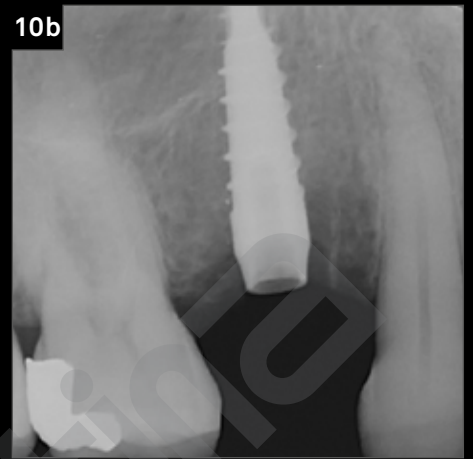


6. Inserimento dell'impianto con l'ausilio del driver Easy Insert, che garantisce la preservazione della connessione implantare.
7. Posizionamento di un pilastro protesico con tacche ritentive e perforazione occlusale della vecchia corona metallo-ceramica per accesso alla vite protesica.





8. La corona viene riempita con resina autopolimerizzante con applicazione di un sottile strato di cianocrilato per migliorare la sua adesione al metallo interno della corona e collocata sopra al pilastro con l'accesso alla vite protetto per mezzo di teflon compattato.
9. Si procede con lo svitamento della corona (a), che incorpora al suo interno il pilastro, e con la ribasatura con emergenza B.O.P.T. per mezzo di composito Flow fotopolimerizzabile limitato apicalmente da un o-ring come già descritto nei casi precedenti (b, c).



10. La corona provvisoria, terminata e lucidata, viene avvitata, verificando radiograficamente il corretto fit con l'impianto e l'adeguato profilo di emergenza.
11. Aspetto intraorale della corona provvisoria avvitata dopo 50 giorni dalla chirurgia.
12. Corona cementata definitiva a 2 mesi.

Richiedi la tua copia gratuita di

**PRAGMATICO**

a questo [link](#)