

Alta.Tech BIOTECHNOLOGIES camlog

QUINTESSENZA INTERNAZIONALE

QUINTESSENZA EDIZIONI S.r.l. - Via Ciro Menotti 65 - 20017 Rho (MI) - Sped. in abb. post. D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/04 n. 46) art. 1 comma 1, DCB - Milano

GENNAIO-MARZO 2012

A N N O 2 8



Clinically relevant, scientifically based

NUMERO 1

Franco Di Stefano*, Lidia Agostinelli**, Flavia Agostinelli***, Paolo D'Ulisse****

Impianti BTLock postestrativi immediati. Caso clinico

Gli obiettivi fondamentali nel nostro lavoro oggi sono l'ottimizzazione del risultato funzionale ed estetico della riabilitazione implanto-protetica, minimizzando anche i tempi di attesa da parte del paziente. Il caso clinico proposto illustra una riabilitazione implanto-protetica effettuata mediante impianti postestrativi immediati a livello degli alveoli delle radici di un 1.2, di un 1.3 della radice mesio-vestibolare di un 1.6. La Letteratura ci insegna oggi che le percentuali di successo, con un protocollo standardizzato, a lungo termine della chirurgia implanto-protetica postestrativa sono molto elevate (ben oltre il 90%) e quindi del tutto comparabili a quella della implantologia tradizionale.

Oggi è quindi possibile, ottenere un ottimo risultato funzionale ed estetico nella riabilitazione implanto-protetica, anche con tempi di attesa molto ridotti rispetto al passato.

Parole chiave: Impianti postestrativi, Riabilitazione implanto-protetica immediata.

INTRODUZIONE

Gli obiettivi fondamentali nel nostro lavoro oggi sono l'ottimizzazione del risultato funzionale ed estetico della riabilitazione implanto-protetica, minimizzando anche i tempi di attesa da parte del paziente.

Dopo l'estrazione di un elemento dentario, al fine di usufruire di un osso ben mineralizzato capace di permettere una stabilità immediata dell'impianto appena inserito, bisognava attendere almeno 4-6 mesi.

Oggi questo periodo di attesa rappresenta certamente un disagio per i pazienti, i quali richiedono, sempre con maggiore insistenza, di diminuire i tempi per la riabilitazione.

Molti Autori concordano che già dopo 6 mesi dall'estrazione del dente si inizia a

* Odontoiatra specializzato in chirurgia implanto-protetica.

** Odontoiatra specializzata in odontostomatologia dell'età evolutiva.

*** Igienista dentale.

**** Odontotecnico.

Indirizzo per la corrispondenza:

Studio dentistico dott. Di Stefano Franco
Largo A. del carretto, 29
00118 Morena (RM)
E-mail: lidiaagostinelli1978@gmail.com

osservare un riassorbimento osseo che in media è pari a oltre il 20% circa della cresta residua e che si incrementa nei 2 anni successivi.¹

Per ridurre sia questo riassorbimento osseo che i tempi di trattamento, i clinici hanno utilizzato impianti inseriti precocemente negli alveoli postestrattivi contestualmente all'estrazione del dente.

INDICAZIONI

La primaria indicazione del posizionamento immediato di un impianto è l'estrazione di un elemento dentario con patologia non curabile, legata a una carie radicolare, una frattura corono radicolare, una lesione endodontica periapicale cronica di tipo granulomatoso, una lesione parodontale cronica non trattabile in un paziente in terapia di mantenimento parodontale, o l'estrazione di un elemento dentario incluso o di denti decidui nel caso di agenesie.²

CONTROINDICAZIONI

Un'assoluta controindicazione all'implantologia postestrattiva immediata è la presenza di una lesione infiammatoria endodontica o parodontale in fase acuta e la presenza di grosse fenestrazioni ossee. Le altre controindicazioni sono relative all'impossibilità in fase immediata postestrattiva di raggiungere una stabilità primaria dell'impianto adeguata (inserendo impianti con grandi diametri), che rende necessario rinviare il posizionamento dell'impianto dopo una iniziale guarigione ossea del sito (implantologia postestrattiva ritardata).²

Il postestrattivo immediato, si realizza prevalentemente nei siti delle estrazioni del gruppo anteriore incisivo-canino e per i premolari di entrambi i mascellari, in quanto la presenza di un diametro impiantare superiore al diametro radicolare

permette di raggiungere facilmente una buona stabilità primaria.

VANTAGGI NELL'IMPIANTO POSTESTRATTIVO IMMEDIATO

- Riduzione dello stress psicofisico del paziente grazie all'esecuzione di una sola seduta.
- Conseguente riduzione dei tempi del trattamento restaurativo.
- L'alveolo guida correttamente verso il posizionamento del pilastro impiantare.
- Collocazione ideale dell'impianto ai fini protesici.
- Dal punto di vista istologico il posizionamento di un impianto postestrattivo immediato favorisce il processo di guarigione dell'alveolo, grazie alla riduzione della cavità alveolare e quindi del volume da colmare con tessuto osseo neoformato. Naturalmente con impianti di grande diametro.
- Questa metodica permette di sfruttare al massimo le proprietà riparative dell'osso per la presenza nell'alveolo di una notevole quantità di fattori di crescita che influenzano notevolmente la neovascolarizzazione del sito e la proliferazione di cellule ossee.
- Dal punto di vista della preservazione del sito l'impianto postestrattivo contribuisce a ridurre la contrazione dei tessuti, preservando i piatti corticali e prevenendo il collasso dei tessuti molli. Oggi, l'utilizzo di impianti con superfici rugose, quindi più osteofile, con una morfologia tronco-conica per ridurre gli spazi con le pareti ossee alveolari, l'uso di membrane riassorbibili e di tecniche chirurgiche più sofisticate, hanno incrementato le percentuali di successo dei post-estrattivi ben oltre il 93%.³⁻⁵



PIANIFICAZIONE DEL CASO CLINICO

- OPT iniziale con eventuale TC denta scan.
- Impronta preliminare per lo studio del caso.
- Anamnesi e stato clinico del paziente.
- Valutazione della motivazione e compliance del paziente.

Il caso clinico proposto illustra una riabilitazione implanto-protetica effettuata mediante impianti postestrattivi immediati a livello degli alveoli delle radici di un 1.2, di un 1.3 della radice mesio-vestibolare di un 1.6.

Nella prima fase, chirurgica-estrattiva, sono richieste estrazioni atraumatiche che prevedano l'uso di periotomi e sindesmotomi per lussare le radici, evitando assolutamente l'utilizzo classico delle leve con movimento lussativo apico-coronale, che determina facilmente la frattura delle

corticali vestibolari e dei setti ossei mesiali e distali (Figg. 1, 2).

Nella seconda fase, chirurgica-implantare, il sito è preparato sfruttando la corticale palatale e utilizzando sia le frese di finitura, metodica di natura sottrattiva, sia soprattutto gli osteoespansori per compattare ed espandere il tessuto osseo, evitando di creare fenestrazioni lungo la corticale vestibolare (Fig. 3).

La rettifica dell'alveolo naturale crea un alveolo chirurgico individualizzato sulle dimensioni dell'impianto da posizionare, così da raggiungere una stabilità primaria ideale (Fig. 4).

In maniera sequenziale si inseriscono gli impianti: in sede 1.2 viene inserito un impianto BTLock di diametro 4,50 e lunghezza 13 mm; in sede 1.3 e 1.6 vengono inseriti due impianti BTLock di diametro 5,50 e lunghezza 11,50 (Figg. 5, 6).



Fig. 1 Caso iniziale.

Fig. 2 Residui radicolare estratti.



Fig. 3 Preparazione del sito chirurgico con osteoespansori.

Fig. 4 Inserimento del primo impianto.

Una volta inserite le viti di guarigione per una migliore estetica delle mucose, i gaps intorno agli impianti, seppur di ridotte dimensioni, vengono riempiti con della biostite a base di collagene equino, condroitinsolfato e idrossiapatite (Fig. 7).

Infine si procede con la sutura dei siti per mezzo di suture ethicon 4-0 SH-1 plus (Fig. 8).

Al paziente viene prescritta una terapia antibiotica per 5 giorni a base di amoxicillina e terapia antinfiammatoria a base di nimesulide. Vengono inoltre consigliati sciacqui con collutorio a base di clorexidina 0,20 per 4 settimane.

Il controllo clinico a 3 mesi evidenzia un'ottima risposta dei tessuti molli e del tessuto osseo, e si decide di procedere con la protesizzazione (Fig. 9).

Sugli impianti vengono montati gli opportuni transfert e viene presa un'impronta

con l'ausilio di un portaimpronte individuale (Fig. 10, 11).

Viene presa l'impronta con materiali in poliuretano, per poter trasferire gli impianti sul modello master (Fig. 12, 13). L'impronta riproduce la corretta copia dei tessuti molli e ci permette di sviluppare un modello per parallelizzare i monconi protesici (Fig. 14, 15), di seguito avviene la creazione del margine gengivale con pasta al silicone (Fig. 16, 17), lo sviluppo del modello Zaiser (Fig. 18, 19) e in fine, il posizionamento dei monconi standard prima del fresaggio (Fig. 20-26).

CONCLUSIONI

La Letteratura ci insegna oggi che le percentuali di successo, con un protocol-



Fig. 5 Inserimento del secondo impianto.



Fig. 6 Inserimento del terzo impianto.



Fig. 7 Inserimento delle viti di guarigione.



Fig. 8 Sutura del sito chirurgico.



Fig. 9 Controllo clinico a 3 mesi.



Fig. 10 Realizzazione del porta impronte individuale.



Fig. 11 Montaggio degli opportuni transfert.



Fig. 12 Portaimpronte individuale.



Fig. 13 Materiale da impronta in polietere.

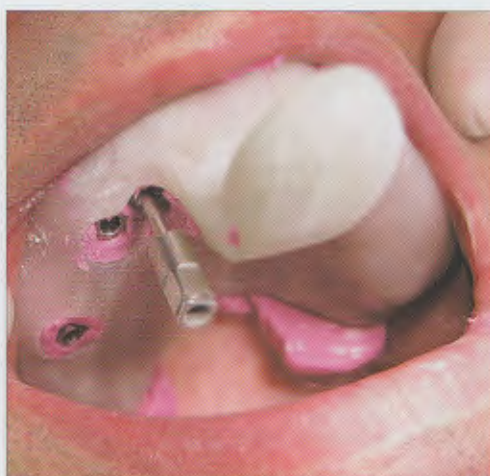


Fig. 14 Presa dell'impronta.

lo standardizzato, a lungo termine della chirurgia implanto-protetica postestrattiva sono molto elevate (ben oltre il 90%) e quindi del tutto comparabili a quella della implantologia tradizionale.

Anche nella nostra esperienza clinica quotidiana, in 5 anni di collaborazione, abbiamo riscontrato oltre il 90% di successi, dipendenti oltre che dalla corretta pianifi-

cazione preliminare del lavoro, ovviamente anche dalla compliance del paziente, dalla motivazione da parte dell'igenista e dai controlli periodici a distanza.

Oggi è quindi possibile, ottenere un ottimo risultato funzionale ed estetico nella riabilitazione implanto protetica, anche con tempi di attesa molto ridotti rispetto al passato (Fig. 27).



Fig. 15,16 Impronte.

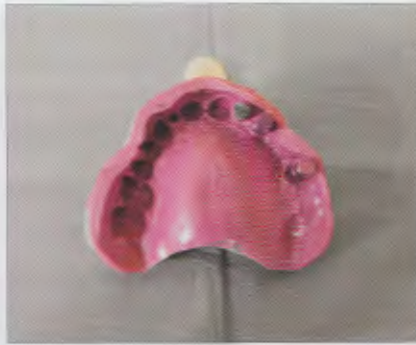


Fig. 16

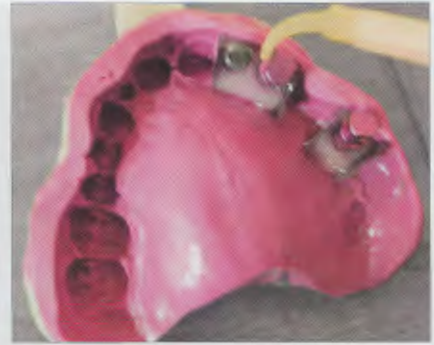


Fig. 17 Creazione del margine gengivale con pasta al silicone.

Fig. 18,19 Sviluppo del modello Zaiser.

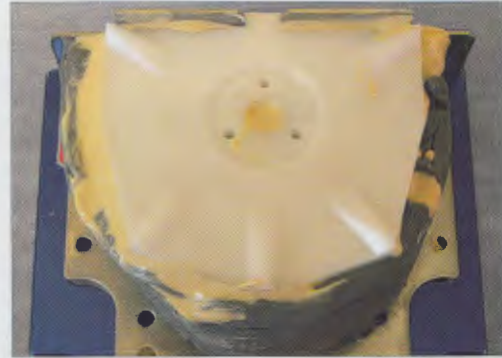
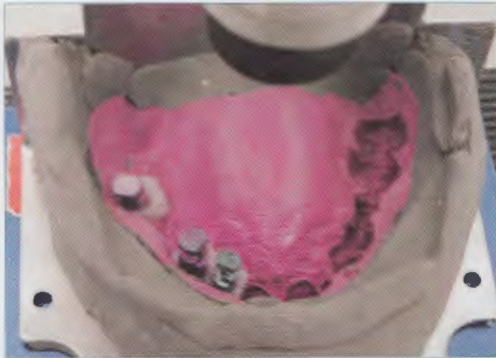
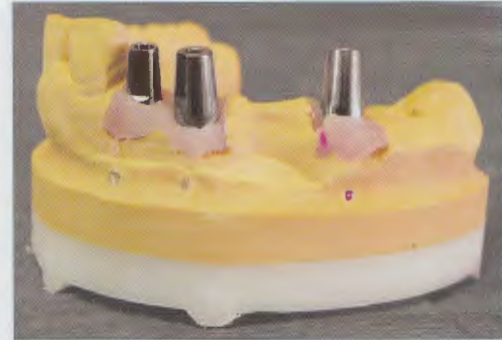


Fig. 20 Posizionamento dei monconi standard sul modello.



Fig. 21 Posizionamento dei modelli standard sul modello.



BIBLIOGRAFIA

1. Carlsson G, Persson G. Morphologic changes of mandible after extraction and wearing of venture. *Odontol Rev* 1967;18:27-54.
2. Pozzi A, Barlattani A. Implantologia, mini-invasività, precisione ed estetica nella riabilitazione implantoprotesica. Masson.
3. Chen ST, Wilson TG Jr, Hammerle CH. Immediate or early placement of implants following tooth extraction: review of biologic basis, clinical procedures, and outcomes. *Int J Oral Maxillofac Implants.* 2004;19 Suppl:12-25. Review.

4. Buser D, Bornstein MM, Weber HP, Grutter L, Schmid B, Belser UC. Early implant placement with simultaneous guided bone regeneration following single-tooth extraction in the esthetic zone: a cross-sectional, retrospective study in 45 subjects with a 2-to 4- years follow-up. *J Periodontol.* 2008Sep;79(9):1773-81.
5. Blus C, Szmukler-Moncler S, Atraumatictooth extraction and immediate implant placement with Piezosurgery: evaluation of 40 sites after at least 1 year of loading. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2010Aug;30(4):355-63.

Fig. 22 Rimozione dei tappi di guarigione dopo 3 mesi.



Figg. 23-25 Montaggio in bocca dei monconi.

Fig. 24



Fig. 25



Fig. 26 Fase protesica terminale, prova struttura.

Fig. 27 Caso ultimato.

The key objectives in our work today are the optimization of the functional and aesthetic result of the implant-prosthetic rehabilitation, including minimizing the waiting time by the patient. The case illustrates a clinical implant-prosthetic rehabilitation carried out through the immediate post-extraction implants in the alveoli of the roots of 1.2, 1.3 of a mesio-buccal root of 1.6. The literature teaches us that the success rate, with a standardized protocol, of long-term implant-prosthetic post-extractive surgery are very high (well over 90%) and therefore completely comparable to conventional implantology. It is now possible to obtain a good result in functional and aesthetic rehabilitation prosthetic implant, even with very short waiting times than in the past.

Key Words: Post-extraction implants, Immediate implant-prosthetic rehabilitation.