

Restauro implantoprotesico in zona estetica con rigenerazione guidata dei tessuti

| Fabio Ziveri
Medico Chirurgo,
specialista in odontostomatologia,
libero professionista.

Corrispondenza
Fabio Ziveri
Via Lemonia, 47
40133 Bologna
studioziv@yahoo.it
www.fabioziveri.com

Un caso di ricostruzione tridimensionale dei tessuti periimplantari mediante rigenerazione ossea guidata (GBR) eseguita contestualmente all'inserimento di un impianto in zona 21, mediante membrana in e-PTFE non riassorbibile rinforzata e osso bovino. Durante la seconda fase chirurgica viene rimossa la membrana e posizionato un innesto connettivale. Dopo una fase di condizionamento dei tessuti mediante varie serie di provvisori il caso viene finalizzato con moncone Cercon® in zirconio e corona in ceramica pressofusa. Il caso viene seguito per i 6 anni seguenti.

PAROLE CHIAVE: Implantologia, Rigenerazione guidata, Condizionamento dei tessuti molli periimplantari, Moncone in zirconio.



INTRODUZIONE

La ricostituzione implanto-protesica in zona estetica di un'unità dento-gengivale che si integri nel contesto biologico e si inserisca armoniosamente tra gli altri elementi presenti, senza tradire la propria natura "artificiale" deve avere la finalità di ricostruire non soltanto l'elemento dentale perso, la cosiddetta estetica bianca, ma anche l'ambito biologico mucoso e osseo in cui esso si inserisce, l'estetica rosa, imprescindibili l'una dall'altra.

PRESENTAZIONE DEL CASO

Il paziente di 24 anni, in buona salute e molto motivato a risolvere il suo problema giunge alla mia osservazione con edentulia del 11 recentemente estratto e accompagnata da un evidente difetto osseo con forte componente orizzontale e verticale (Figg. 1-3).

Il paziente riferisce che all'età di 12 anni subì l'avulsione traumatica dell'elemento che fu rialloggiato nell'alveolo nel giro di poche ore.

La procedura di reimpianto giustificata dalla giovane età del paziente al momento del trauma ha consentito la permanenza dell'elemento in ar-

cata per molti anni ma negli ultimi periodi complicazioni di natura flogistica e infettiva hanno reso inevitabile l'estrazione e hanno purtroppo determinato la formazione del grave difetto osseo.

Dopo aver esaminato e scartato insieme altre tecniche (ponti e Maryland) la scelta terapeutica si è orientata verso l'implantologia.

L'esame obiettivo e l'osservazione degli approfondimenti radiologici (Rx endorale, ortopantomografia e TAC) evidenziano una morfologia anatomica inadeguata al posizionamento di un impianto in posizione protesicamente guidata,

o comunque tale da soddisfare le aspettative estetiche oltreché funzionali del paziente. Risulta quindi evidente che l'inserimento dell'impianto deve essere associato a una procedura atta alla ricostruzione tridimensionale dei tessuti periimplantari nella loro componente ossea e mucosa.

Dopo aver valutato e discusso con il paziente le varie alternative terapeutiche (innesto osseo, espansione della cresta...) da associare all'implantologia al fine di ricreare un'adeguata quota di tessuto osseo si è deciso di utilizzare una procedura di rigenerazione guidata (GBR).



Fig. 1 Situazione clinica iniziale che evidenzia la severa atrofia ossea conseguente al trauma.



Fig. 2 Rx iniziale.



Fig. 3 Visione iniziale oclusale.



Fig. 4 Esposizione del difetto che presenta una componente orizzontale più pronunciata e una verticale.



Fig. 5 Impianto XiVE® 15 x 4.5 posizionato in zona idonea al successivo carico e soprattutto all'ottenimento di una estetica ottimale. Nonostante sei spire appaiano esposte le caratteristiche dell'impianto sono in grado di conferire una sufficiente stabilità primaria.



Fig. 6 Impianto posizionato visione oclusale.

PRIMA FASE CHIRURGICA

Posizionamento di un impianto XIVE® (DENTSPLY Implants) di lunghezza 15 mm e diametro 4.5 e simultaneo alloggiamento di una membrana in e-PTFE rinforzata stabilizzata con chiodini Frios®, al fine di aiutare il mantenimento dello spazio si è utilizzato come biomateriale il Bio-Oss® miscelato con osso del paziente prelevato dal sito implantare (Figg. 4-9).

Al termine di questo primo intervento viene posizionato un provvisorio adesivo che, senza limare i denti limitrofi, consentirà di minimizzare i disagi al paziente e di arrivare alla seconda fase del trattamento dopo 10-12 mesi, tempo necessario per una sufficiente maturazione dell'osso neoformato senza particolari problemi.

SECONDA FASE CHIRURGICA

Questa fase comprende la rimozione della membrana, l'esposizione dell'impianto e soprattutto un intervento di management dei tessuti molli con tecniche di chirurgia muco-gengivale (Figg. 10-14).

In particolare si effettua un innesto di tessuto connettivo prelevato dal palato del paziente allo scopo di aumentare ulteriormente il volume dei tessuti molli periimplantari creando un'architettura che sia in grado di conferire al futuro elemento protesico un'emergenza più naturale possibile in armonia vale con i denti adiacenti.

La seduta termina con il posizionamento di un provvisorio in acrilico volutamente più corto (non funzionalizzato) (Figg. 15,16).



Fig. 7 Riempimento del difetto con biomateriale e osso autologo in percentuale di 3 a 1.



Fig. 8 Membrana Gore posizionata e stabilizzata con chiodini Frios®.



Fig. 9 Guarigione dei tessuti: visione frontale.



Fig. 10 Guarigione dei tessuti: visione occlusale (si noti aumento di volume).

FINALIZZAZIONE PROTETICA

Vengono posizionati vari provvisori per condizionare mediante una tecnica di compressione progressiva i tessuti molli (Fig. 17) e, una volta ottenuto un risultato soddisfacente, si può procedere alla finalizzazione del trattamento utiliz-

zando in questo caso un moncone in zirconio Cercon® personalizzato dall'odontotecnico e una corona in ceramica pressofusa (Figg. 18-24).

I controlli periodici clinici e radiologici nel corso dei 6 anni che hanno seguito la finalizzazione del caso, mostrano una sempre maggiore stabilità dei tessuti molli e duri e, in presenza di



Fig. 11 Guarigione dei tessuti: visione radiografica.



Fig. 12 Esposizione della membrana che si presenta estremamente adesa all'osso neoformato e priva di tessuto infiammatorio.



Fig. 13a Rimozione membrana (impianto completamente coperto da tessuto osseo).



Fig. 13b Confronto situazione prima e dopo rigenerazione.



Fig. 14 Ostetomia con un punch per esporre la vite di chiusura.

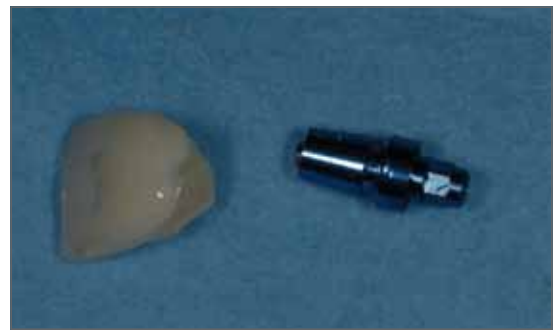


Fig. 15 Particolare del TempBase e del provvisorio preparato.



Fig. 16 Innesto connettivale, suture e provvisorio immediato avvitato, ribasato sul TempBase rigorosamente escluso da ogni carico e funzione.



Fig. 17 Guarigione e condizionamento dei tessuti molli periimplantari.



Fig. 18 Canale mucoso e testa dell'impianto al momento dell'impronta.



Fig. 19 Corona in ceramica pressofusa e moncone Cercon® in zirconio.



Fig. 20 Moncone in zirconio Cercon® in posizione.



Fig. 21 Elemento definitivo in posizione.



Fig. 22 Particolare visione clinica frontale.



Fig. 23 Rx alla baseline.



Fig. 24 Confronto situazione iniziale e finale.



Fig. 25 RX di controllo a 6 anni.



Figg. 26a,b Controllo clinico a 6 anni.



una buona igiene orale ambulatoriale e domiciliare, un ottimo controllo dell'indice di placca e di sanguinamento (Figg. 25, 26).

CONCLUSIONI

L'impiego combinato di tecniche di rigenerazione ossea guidata (GBR) e di incremento e condizionamento del tessuto mucoso ha consentito la ricostruzione tridimensionale dei tessuti periimplantari e, nel tempo, ha mantenuto un'estrema stabilità conferendo alla riabilitazione implantoprotesica funzione ed estetica.