



---

# GAZZETTA MEDICA ITALIANA

---

*ARCHIVIO PER LE SCIENZE MEDICHE*

VOL.159·N.1

---

FEBBRAIO 2000



EDIZIONI  
MINERVA  
MEDICA

## Agenesia dell'incisivo laterale superiore

### Soluzione implantologica di un caso clinico

L. DAL CARLO

**Agenesis of the upper laterale incisor. Implantation treatment in a clinical case.**

**The qualities of blade shaped implants, that make it possible to implant the thin ridges with no need of GBR are described. The images of a clinical case are consistent with the theoretical treatise on the subject.**

Key words: **Anodontia - Tooth abnormalities - Dental inplants - Incisor abnormalities.**

L'agenesia dell'incisivo laterale superiore causa problemi sia di natura estetica che di natura funzionale.

La terapia di elezione è il mantenimento dello spazio tra l'incisivo centrale ed il canino durante il periodo dello sviluppo, fino al raggiungimento dell'età in cui sia attuabile l'inserzione e la protesizzazione di un impianto endoosseo.

Ben di rado, tuttavia, pervengono alla nostra osservazione pazienti nei quali permanga lo spazio per la realizzazione di protesi fisse esteticamente e funzionalmente valide.

La paziente di cui segue documentazione fotografica e descrizione del caso aveva l'agenesia di ambedue gli incisivi laterali.

La cura ortodontica a cui era stata sotto-

Libero professionista.

Pervenuto il 22 luglio 1999.

Accettato il 10 dicembre 1999.

Indirizzo per la richiesta di estratti: L. Dal Carlo - San Marco 5010 - 30124 Venezia.

posta aveva prodotto il risultato di portare a contatto gli incisivi centrali con il canino di destra, spostando a destra la linea inter-incisiva.

A sinistra rimaneva in larghezza lo spazio utile a realizzare una corona protesica di dimensioni adeguate a sostituire l'elemento mancante.

La cresta non aveva tuttavia dimensioni in senso vestibolo-palatale che consentissero di inserire un impianto di grosse dimensioni.

In questi casi ci si trova di fronte al dovere fare una scelta tra due soluzioni.

1) Aumentare lo spessore vestibolare della cresta con la GBR (rigenerazione ossea guidata) di una quantità dipendente dalle dimensioni dell'impianto di cui si dispone.

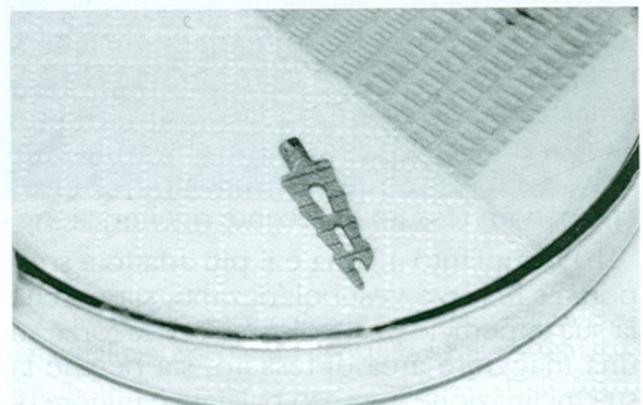


Fig. 1. — Fotografia di un impianto a lama destinato ad essere inserito in zona 1.2. La parte apicale è stata modificata per consentire all'impianto di adattarsi all'anatomia ossea presente in profondità.

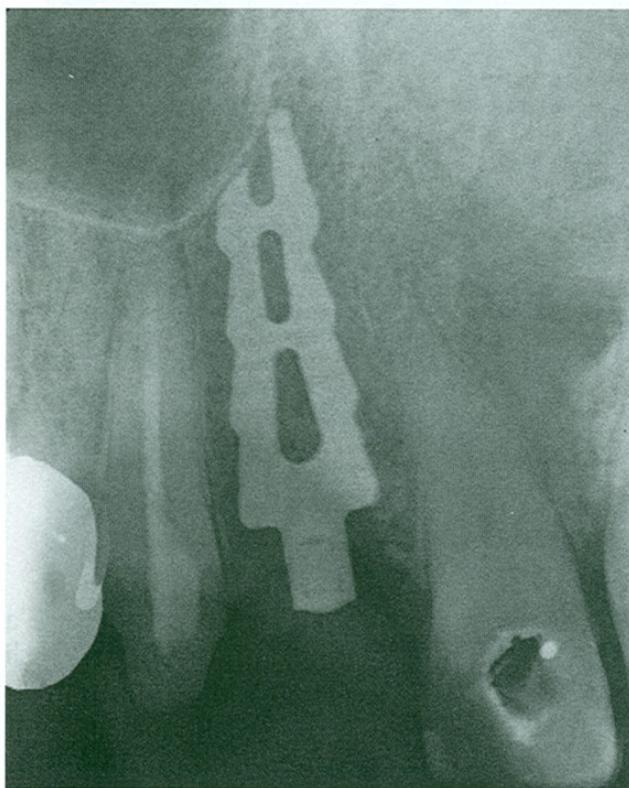


Fig. 2. — L'impianto di figura 1 subito dopo l'inserzione definitiva in zona 1.2. La modificazione apportata alla parte apicale dell'impianto ne ha consentito il corretto adattamento alla corticale profonda.

2) Rispettare l'anatomia della cresta ossea utilizzando un impianto capace di adattarsi.

La mia scelta ha privilegiato la seconda soluzione per una serie di motivazioni:

a) La funzione a cui l'incisivo laterale è sottoposto è tale per cui il dente è sollecitato da forze vestibolarizzanti, sia nel movimento di protrusione della mandibola, sia nell'addentare il cibo. È quindi estremamente importante che il tessuto presente vestibolarmente dia garanzie di sostenere questi carichi senza cedimenti, cosa che è più probabile con un tessuto consolidato da tempo che con un tessuto di recente rigenerazione.

b) L'impianto a lama è il più adatto a sopportare le forze vestibolarizzanti, sia perché la sua superficie piatta distribuisce le forze su una maggiore area di tessuto, sia perché la sua inclinazione in senso palatale è minore di quella di un impianto di spessore maggiore.

c) La GBR prolunga i tempi di attesa da parte del paziente.

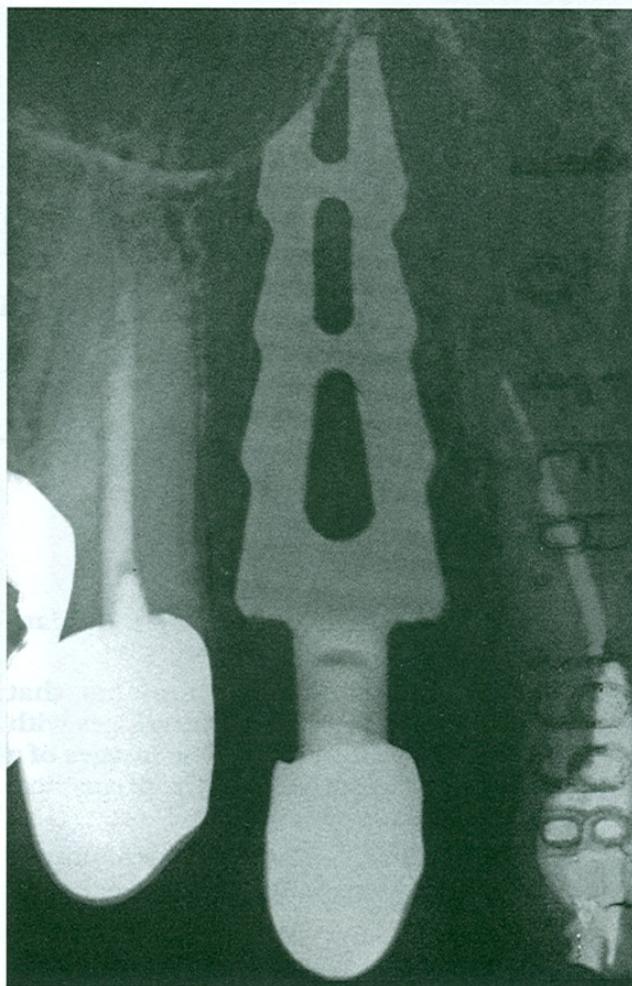


Fig. 3. — Radiografia fatta a 4 anni dalla protesizzazione definitiva dell'impianto a lama sommersa di figura 2.

d) L'intervento e il decorso postoperatorio sono atraumatici.

e) Il risultato estetico è notevole.

Come gli impianti a vite, le lame esistono in tre versioni: emergenti, semi-sommerse e sommerse.

Nel caso in cui si intenda differirne la protesizzazione attendendo l'integrazione ossea dell'impianto, si utilizzano la versione sommersa e quella semi-sommersa.

Sono impianti in titanio commercialmente puro (CP), come tutti gli impianti accreditati presenti oggi sul mercato.

La tecnica di inserzione prevede la realizzazione di una fessura nella superficie della cresta ossea, realizzata con fresa multilame montata su turbotrapano ad alta velocità.

Raggiunte le dimensioni previste per l'inserzione dell'impianto, lo si prova e si stabi-



Fig. 4. — L'impianto a lama subito dopo l'inserzione definitiva. Il moncone, che verrà poi svitato, ha consentito di portare l'impianto in sede.

lisce se vi sia la necessità di adattarlo, modificandolo, all'anatomia presente (fig. 1).

L'inserzione avviene con delicate percussioni (Press-Fit), fino alla collocazione della spalla circa 2 mm. al di sotto della superficie crestale (fig. 2, 3).

La protesizzazione viene effettuata dopo un periodo di attesa postoperatorio variabile tra i 4 e i 6 mesi, utile alla rigenerazione ossea ed alla formazione di fibre collagene a disposizione orizzontale attorno al collo dell'impianto.

**Caso clinico**

A. N., paziente di sesso femminile, dell'età all'epoca di 27 anni, mi era stata inviata nel 1993 da un collega per risolvere con un impianto la mancanza dell'elemento 2.2, dovuta ad agenesia.

All'esame obiettivo la cresta sembrava avere esigue dimensioni vestibolo-palatali.

Avendo a disposizione diverse forme implantari, decisi di verificare le dimensioni della cresta ossea in sede di intervento, riservandomi di scegliere in quel momento che tipo di impianto utilizzare.

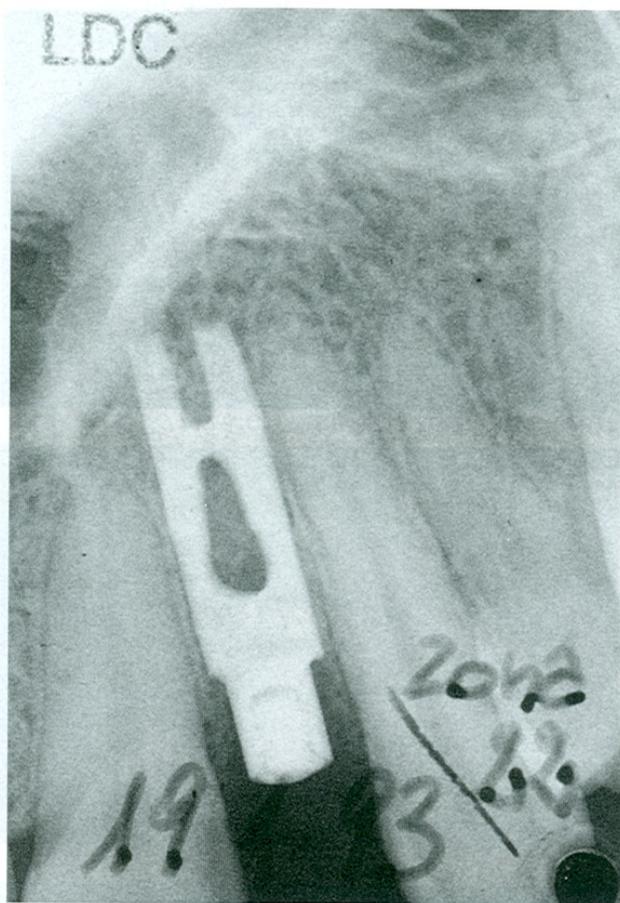


Fig. 5. — La radiografia effettuata dopo lo svitamento del moncone e l'inserimento della vite tappo.



Fig. 6. — Moncone pronto per la presa dell'impronta.

Constatato l'effettivo deficit di spessore della cresta, optai per inserire un impianto a lama sommersa (fig. 4, 5).

Trascorso il tempo utile alla rigenerazione del tessuto osseo attorno alle sue superfici, procedetti a scoprire la vite tappo ed a cementare e preparare il moncone definitivo.

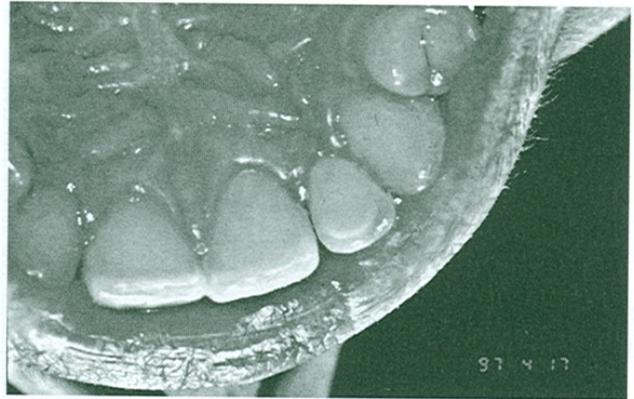


Fig. 10. — Visione palatale a 4 anni dall'intervento.

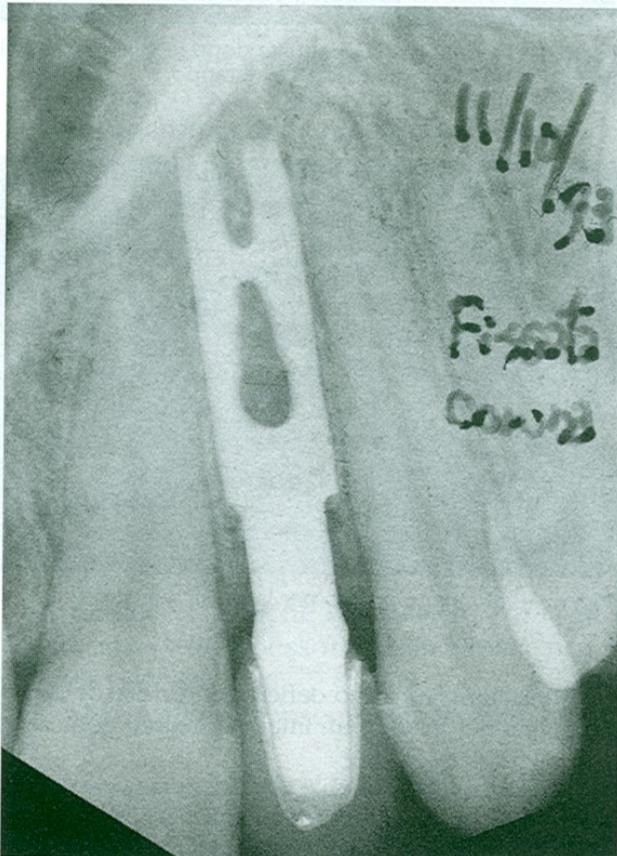


Fig. 7-9. — Risultato estetico e funzionale.

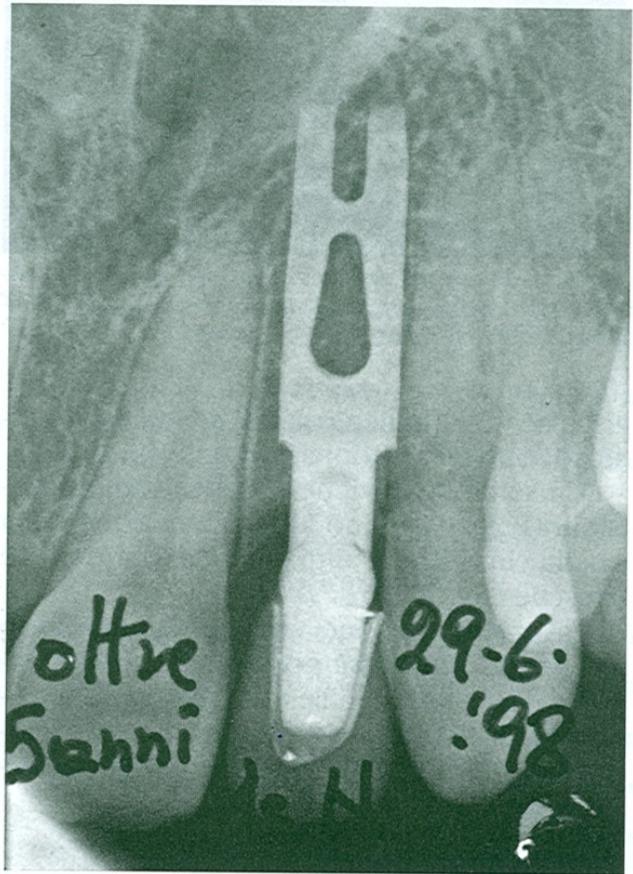


Fig. 11. — Radiografia endorale ad oltre 5 anni dall'intervento.

Nella seduta successiva il moncone era pronto per la presa dell'impronta (fig. 6).

Procedetti poi con i passaggi utili alla realizzazione di una corona in porcellana, che cementai definitivamente l'11 ottobre 1993.

I risultati estetico e funzionale erano validi (fig. 7, 8, 9).

Congedai la paziente raccomandandole di sottoporsi a visite di controllo semestrali, utili a verificare

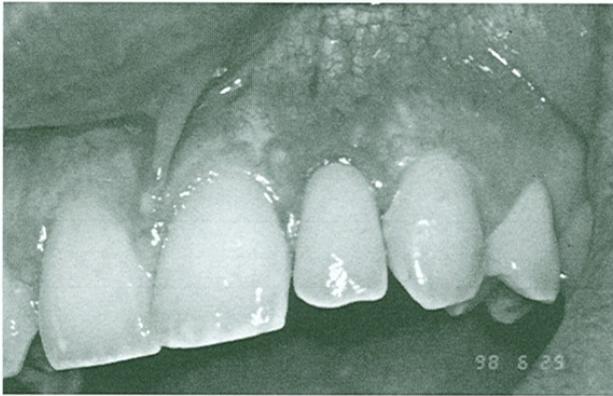


Fig. 12. — Fotografia ad oltre 5 anni dall'intervento.

che l'impiantoprotesi non venisse ad essere sottoposta a traumi per modificazioni dell'equilibrio oclusale.

La paziente non mancò mai di presentarsi alle visite di controllo, consentendomi di verificare e di documentare l'eccellente mantenimento dello stato di salute dell'impiantoprotesi nel corso dei cinque anni successivi all'inserzione dell'impianto (fig. 10, 11, 12).

### Discussione

L'opinione largamente diffusa che il risultato protesico di qualità sia ottenibile solamente con un certo tipo di impianti ha indotto lo sviluppo di tecniche utili a cercare di adattare l'anatomia della cresta ossea alle loro dimensioni.

L'impianto a lama è una soluzione meno impegnativa per il paziente, estremamente affidabile e capace di rendere al paziente un risultato funzionale ed estetico eccellente.

Nella sua versione sommersa i passaggi utili alla realizzazione della protesi definitiva sono gli stessi che si attuano con gli impianti a vite sommersa.

L'aver a disposizione un impianto capace di rendere facilmente accessibili all'impiantologia creste ossee sottili consente al professionista di avere la certezza di ottenere il successo anche nel caso in cui la misurazione dello spessore della cresta non sia stata precisa.

Minimizza di conseguenza il coefficiente di

imprevedibilità nella programmazione degli interventi e rende superflue gran parte delle complesse indagini diagnostiche oggi di routine, aumentando altresì la sicurezza per il paziente.

### Conclusioni

La versatilità di impiego, l'affidabilità nel tempo e la qualità dei risultati estetici e funzionali che si ottengono con gli impianti a lama fanno sì che essi possano essere considerati una soluzione di eccellente qualità e sicurezza.

Nel settore frontale, qualora siano stati fatti seguendo i dettami che condizionano il successo delle protesi fisse, sfidano senza timore il giudizio del tempo.

### Riassunto

L'Autore descrive le caratteristiche degli impianti a lama che consentono l'impianto di ponti sottili senza la necessità di rigenerazione ossea guidata (GBR).

Le immagini del caso clinico sono conformi al trattamento teorico dell'argomento.

Parole chiave: Agenesia dentaria - Incisivo laterale - Impianti dentari.

### Bibliografia

1. Bartolucci EG. Atlante di chirurgia periimplantare. Roma: RC Edizioni Scientifiche, 1997:148.
2. Bellavia C. Atlante di implantologia. Milano: Masson, 1988:66.
3. Calandriello M, Carnevale G, Ricci G. Parodontologia. Milano: Cides Odonto Editrice, 1986:410.
4. Kinoshita S. Atlante a colori di parodontologia. Padova: Piccin Editore, 1987:277.
5. Lindhe J. Parodontologia. Milano: Edi Ermes, 1984:46.
6. Lautrou A. Anatomia dentaria. Milano: Masson Italia Editori, 1982:53-4.
7. Pasqualini U. Le patologie oclusali. Masson, 1993.
8. Ramfjord SP, Ash MM. L'Oclusione. Padova: Piccin Editore, 1969:85-115.
9. Schillingburg HT, Hobo S, Whitsett LD. Basi fondamentali di protesi fissa. Milano: Scienza e Tecnica Dentistica Edizioni Internazionali s.n.c. 1997.
10. Spiekermann H. Implantologia. Milano: Masson, 1995:298.