

QUINTESSENZA INTERNAZIONALE

QUINTESSENZA EDIZIONI S.r.l. - Via Ciro Menotti 65 - 20017 Rho (Mi) - Sped. in abb. post. D.L. 555/2005 (conv. in L. 27/02/04 n. 46) art. 1 comma 1, DCB - Milano

M A G G I O - G I U G N O 2 0 0 7 A N N O 2 3

NanoTite™:
La rivoluzionaria
superficie nanotecnologica

NUMERO 3 BIS

Publication Supported by:
BIOMET 3i



Clinically relevant, scientifically based

Impianto post-estrattivo a carico precoce in un settore ad alta valenza estetica

Tiziano Testori MD, DDS, FIDC*, Luca Fumagalli, DDS**, Andrea Parenti, DDS***

Fig. 1 Radiografia endorale del caso iniziale.



Fig. 2 Visione clinica obiettiva del caso iniziale.



Fig. 3 Avulsione effettuata con tecnica atraumatica.



Fig. 4 Sito implantare approntato nello spazio interadicolare.



PRESENTAZIONE DEL PAZIENTE

La paziente, donna di 34 anni, si presenta all'osservazione a seguito della frattura di un elemento dentale nel secondo quadrante.

Il primo premolare trattato endodonticamente appare totalmente decoronato, mentre il secondo premolare risulta anch'esso trattato endodonticamente e riabilitato con una corona provvisoria in resina. Gli elementi adiacenti invece risultano sani e vitali (Figg. 1, 2).

VALUTAZIONE GENERALE DEL PAZIENTE E VALUTAZIONE DENTALE

- Paziente ASA 1, in buono stato di salute;
- frattura coronale di 14;
- adeguata igiene del paziente;
- profilo dei tessuti molli adeguato in spessore e volume.

* IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano; Responsabile Reparto di implantologia e riabilitazione orale, Clinica Odontoiatrica (Dir. prof. R.L. Weinstein), Università di Milano, Studio privato a Como.

** IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano; Tutor Reparto di implantologia e riabilitazione orale, Clinica Odontoiatrica (Dir. prof. R.L. Weinstein), Università di Milano, Studio privato a Milano.

*** IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi, Milano; Tutor Reparto di implantologia e riabilitazione orale, Clinica Odontoiatrica (Dir. prof. R.L. Weinstein), Università di Milano, Studio privato a Piacenza.

Indirizzo per la corrispondenza: Tiziano Testori,
Via Rubini 22, 22100 Como, Italia, Tel.: +390-31241652,
Fax: +390-31243027; e-mail: tiziano.testori@tin.it.

PIANO DI TRATTAMENTO E ALTERNATIVE TERAPEUTICHE

Alla paziente vengono proposti i seguenti piani di trattamento:

1. ritrattamento endodontico di 14, allungamento di corona clinica, ricostruzione con perno e corona in ceramica;
2. estrazione ortodontica di 14 e recupero dell'elemento dentale;
3. estrazione di 14 e trattamento convenzionale con ponte tra 13 e 15 previo ritrattamento endodontico di 15;
4. estrazione di 14 e protesi fissa su 15 con estensione mesiale su 14, previo ritrattamento endodontico di 15;
5. estrazione di 14 e costruzione di una protesi parziale rimovibile;
6. estrazione di 14 e posizionamento di un impianto post-estrattivo.

Il primo piano di trattamento viene escluso. L'opzione di allungamento di corona clinica viene scartata poiché l'osteoplastica rimuoverebbe tessuto osseo sano sugli elementi adiacenti alterando il profilo dei tessuti molli e quindi l'estetica, il piano di trattamento che prevede l'estensione su elementi trattati endodonticamente ha un alto indice di frattura ed è quindi sconsigliata. I due piani di trattamento che prevedono una fase ortodontica o una protesi parziale rimovibile non vengono accettati dalla paziente a causa degli inevitabili disagi arrecati dalla terapia. Si opta quindi per l'avulsione della radice del primo premolare e il posizionamento di un impianto post-estrattivo a carico precoce.

FASE OPERATIVE

L'elemento fratturato viene rimosso con manovre atraumatiche cercando di preservare l'integrità delle corticali ossee, specialmente quella vestibolare. Al fine di ridurre il riassorbimento osseo della manovra chirurgica, l'intero intervento viene eseguito con una modalità flapless.

L'alveolo viene quindi sondato per valutare la posizione della cresta ossea residua e l'e-

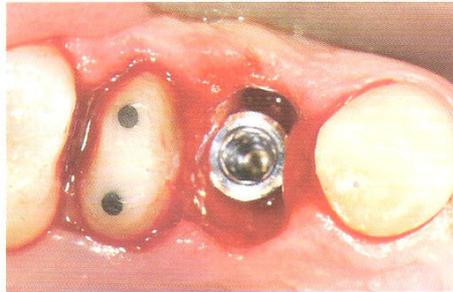


Fig. 5 La piattaforma implantare posizionata sottocrestale mantenendo l'inclinazione vestibolare.

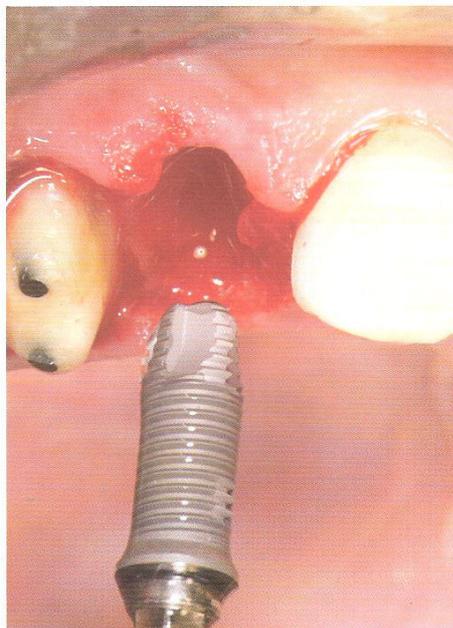


Fig. 6 L'impianto NanoTite Previa pronto per l'inserimento.



Fig. 7 Pilastro definitivo in zirconio ZI-Real posizionato dopo 8 settimane.

T. Testori, L. Fumagalli, A. Parenti

Fig. 8 La buona integrazione della protesi definitiva



Fig. 9 Radiografia finale che evidenzia un riassorbimento osseo contenuto grazie all'utilizzo di metodiche platform-switching.



Fig. 10 Il caso ultimato.



ventuale presenza di fenestrazione lungo il tavolo osseo vestibolare che in questo caso sono assenti (Fig. 3). Il sito implantare viene preparato nello spazio interadicolare, l'asse implantare viene direzionato verso il versante vestibolare, per ridurre il gap tra impianto e corticale esterna. L'asse mesio-distale viene tenuto parallelo agli elementi adiacenti.

La preparazione del sito implantare avviene dinamicamente in relazione alla qualità ossea per ottenere una buona stabilità primaria (50 Ncm). La piattaforma implantare viene posizionata a livello sottocrestale (Figg. 4, 5). L'impianto scelto ha la superficie di nuova concezione, NanoTite, che favorisce la risposta ossea e

aumenta la percentuale di contatto osso impianto a parità di tempo di guarigione (Fig. 6).

Il gap tra impianto e corticale ossea, se inferiore a 1-1,5 mm, può essere lasciato vuoto poiché guarisce senza il ricorso a innesti. Tuttavia, per mantenere il volume dei tessuti a livello vestibolare viene posizionato un innesto eterologo di osso bovino deproteizzato nell'alveolo e successivamente viene rilevata l'impronta con un materiale sterile radiopaco, biocompatibile appositamente realizzato per le procedure di carico immediato. Un pilastro di guarigione di diametro standard (4 mm) viene posizionato e il paziente congedato. Dopo 8 settimane viene posizionata una corona provvisoria in resina su un pilastro definitivo ZiReal in zirconio. La protesi provvisoria non presenta contatti durante i movimenti di lateralità (Fig. 7).

A 6 mesi dall'intervento dopo la cementazione del manufatto definitivo su 14 e 15 (trattato endodonticamente), l'integrazione estetica del manufatto è buona e il riassorbimento del profilo vestibolare è contenuto (Fig. 8). Il riassorbimento osseo periimplantare appare ridotto in relazione alla metodiche di platform-switching che è stata adottata posizionando un pilastro di 4 mm sulla piattaforma implantare da 5 mm (Fig. 9).

CONCLUSIONI

Nella stesura del piano di trattamento deve essere attentamente valutata l'indicazione alle procedure cliniche, soprattutto analizzando le eventuali alternative terapeutiche sia in funzione della situazione clinica degli elementi adiacenti sia delle aspettative del paziente che in relazione alla sua età.

La scelta di mantenere l'elemento dentale compromesso attraverso un allungamento di corona clinica, sebbene attuabile, avrebbe alterato il profilo dei tessuti molli anche negli elementi contigui.

In pazienti giovani ed in zone estetiche l'utilizzo di impianti post-estrattivi con nuove superfici NanoTite osteoconduttive, può facilitare le tempistiche di carico ottenendo risultati estetici molto soddisfacenti (Fig. 10).