

CASO CLINICO

Utilizzo di impianti stretti in un caso di atrofia ossea orizzontale



► Cesare Berti
Specialista in Chirurgia Orale
Tutor al master di Chirurgia implantare e
ossea ricostruttiva dell'Università di Bologna

Si ringrazia il laboratorio Ma.c. di Bologna per la parte odontotecnica

La signora Franca, 73 anni, con anamnesi medica negativa, si è presentata alla nostra attenzione chiedendo di riabilitare una sella edentula distale presente da diversi anni in mandibola posteriore (III quadrante, da 3.3 a 3.6) mediante una soluzione fissa implanto-protesica. Da una prima analisi (esame obiettivo e ortopantomografia) si è potuto osservare come gli spazi protesici fossero idonei alla nostra idea di riabilitazione, nonostante gli anni gli elementi del II quadrante non sono estrusi e quelli adiacenti alla lacuna distale non si sono disto-inclinati, che la presenza di tessuto cheratinizzato fosse adeguata e che non ci fossero problematiche di natura parodontale, o simili, che potessero inficiare una riabilitazione implantare. Si è pertanto deciso di procedere con lo studio della Cbct, al fine di pianificare il corretto posizionamento implantare in virtù dei volumi ossei ed eventuali strutture anatomiche nobili da preservare.

Da questa indagine è emersa una condizione di atrofia ossea orizzontale (fig.1), che limita il corretto posizionamento di impianti di dimensioni standard in osso nativo. Visto il rifiuto da parte della paziente di affrontare una chirurgia ricostruttiva (per invasività, tempistiche e costi), si decide di procedere con una riabilitazione mediante il posizionamento di impianti stretti in osso nativo, con contestuale posizionamento di biomateriale e membrana riassorbibile, qualora ce ne fosse la necessità. Per contenere rischi e complicanze, e anche per aumentare la precisione nella posizione dei nostri impianti, si decide di effettuare l'intervento in chirurgia guidata. La paziente è stata inizialmente sottoposta a una scansione intraorale (Trios 3, 3Sha-

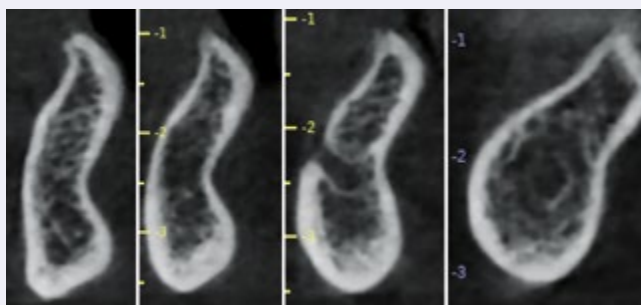
pe) grazie alla quale siamo riusciti a effettuare una ceratura diagnostica digitale. Una volta eseguito ciò, i file stl della nostra scansione sono stati accoppiati alla tac; questi passaggi hanno consentito di progettare il corretto posizionamento implantare in funzione della futura protesi, dei volumi ossei e delle strutture anatomiche nobili da preservare.

Decidiamo quindi di posizionare due impianti Dentaurem tioLogic TwinFit: un impianto in sede 3.4 (diametro 3.3 mm, lunghezza 11 mm) e un impianto tiltato (a causa del forame mentoniero) con uscita protesica in sede 3.6 (diametro 3.3 mm, lunghezza 11 mm) al fine di realizzare un ponte da 3.3 a 3.6 (fig. 2). In profilassi antibiotica viene eseguito un lembo mucoperiosteale con svincolo mesiale all'elemento 3.2 e svincolo distale posteriormente alla zona in cui si è pianificato l'impianto più distale (fig. 3), sia linguale che vestibolare, in modo da avere una visione completa dell'osso in cui si andranno a posizionare gli impianti. La dima è stata progettata per essere utilizzata con l'osteotomo e con la fresa pilota, in modo da guidare la posizione e l'inclinazione degli impianti e poi essere abbandonata in modo da avere un contatto visivo diretto del forame mentoniero e dei volumi ossei, nonché per avere un maggiore controllo delle frese e dell'impianto in fase di inserimento, visto il grado di atrofia. In secondo luogo, la scelta di abbandonare la chirurgia guidata dopo una prima fase, costringendoci a scolpire un lembo e a denudare l'osso, ci ha mantenuto la possibilità di incrementare i tessuti duri qualora ce ne fosse bisogno, e di conservare il tessuto cheratinizzato grazie al non utilizzo del mucotomo che, in questo

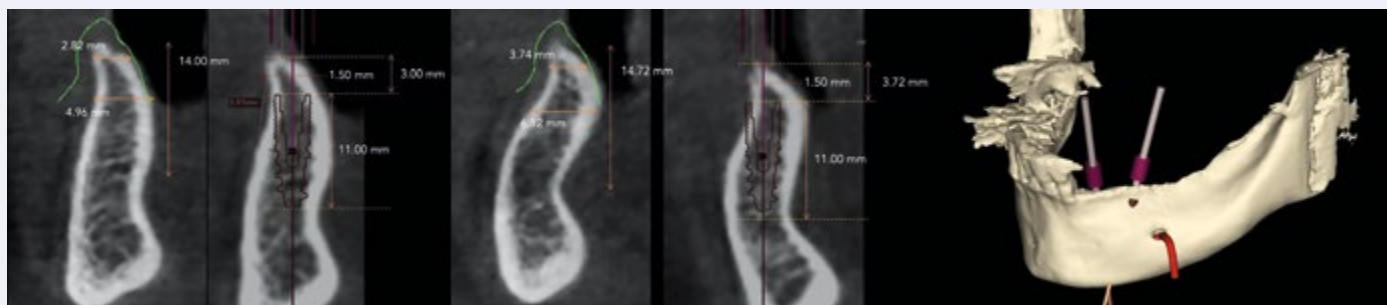
tipo di cresta, ne avrebbe portato via una quantità importante. È stata quindi posizionata la dima chirurgica (ad appoggio dentale) e abbiamo livellato la porzione di osso crestale che, essendo a lama, avrebbe potuto compromettere lo stabile utilizzo delle frese da preparazione del sito implantare (fig. 4).

Fatto ciò, si è passati all'utilizzo della fresa pilota, sempre con l'ausilio della dima chirurgica, per poi proseguire con le ultime due frese da preparazione a mano libera e con gli stop. Sono stati infine posizionati due impianti nelle sedi preparate, con valori di inserimento di circa 50 N/cm per entrambi gli impianti (fig. 5). I valori rilevati di ISQ (Ostell) rispettivamente sono stati di 72-75 per l'impianto in sede 3.3 e 71-72 per l'impianto in sede 3.5.

Come ipotizzato in fase di progettazione, essendosi create due fenestrazioni, specialmente intorno all'impianto distale, si è applicato biomateriale vestibolarmente (50% eterologo e 50% autologo, con prelievo di osso dalla branca montante omolaterale) e si è suturata una membrana riassorbibile al lembo. La chiusura del lembo è stata eseguita per prima intenzione con suture non riassorbibili 5-0 (fig. 6), che sono state poi rimosse dopo dieci giorni. A quattro mesi dal posizionamento implantare è stata eseguita la scopertura degli impianti (fig. 7) e a due settimane da questa è stata rilevata un'impronta (fig. 8) per la realizzazione del manufatto protesico, eseguito mediante l'utilizzo di multi-unit abutments per correggere l'inclinazione dell'impianto tiltato, nonché la sua consegna (fig. 9). Terminiamo il caso con una radiografia a un anno dal carico protesico (fig. 10).



► Fig. 1: atrofia ossea orizzontale



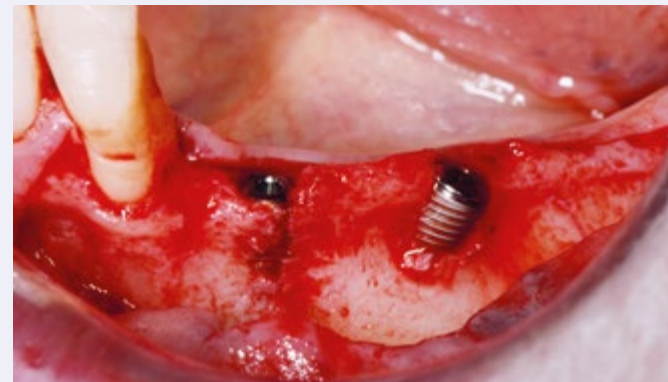
► Fig. 2: progettazione implantare A) Implanto in sede 3.4; B) implanto in sede 3.6; C) implanto con mandibola 3D



► Fig. 3: lembo chirurgico



► Fig. 4: osso crestale livellato



► Fig. 5: impianti in sede



► Fig. 6: sutura



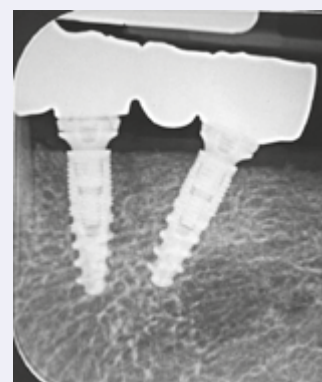
► Fig. 7: scopertura implantare dopo 4 mesi e radiografia con viti di guarigione



► Fig. 8: tragitto transmucoso al momento dell'impronta



► Fig. 9: protesi definitiva



► Fig. 10: follow-up radiologico a un anno dal carico

**CONTENUTO
EXTRA**

