

Posizionamento degli impianti nel settore anteriore del mascellare superiore

Dott. Leonardo Palazzo, Dott. Mario Sessa, Dott.ssa Nicoletta Sansone, Dott. Salvatore Belcastro,
Dott. Fulvio Floridi, Dott. Mario Guerra
Servizio di Odontoiatria, Ospedale Civile di Gubbio
Responsabile Dott. Mario Guerra

Introduzione

La riabilitazione implanto-protetica delle arcate dentarie è entrata a far parte del quotidiano impegno dell'odontoiatra con tutte le problematiche ad essa legata, ad esempio, quando ci si trova a dover riabilitare i settori anteriori (incisivi e canini) alle normali difficoltà tecniche del posizionamento implantare, si aggiungono anche problematiche di tipo estetico.

I parametri da valutare per ciò che riguarda l'estetica sono:

- A)** proporzioni e rapporti dentali
- B)** simmetria dentale e facciale (linea del labbro superiore e linea del labbro inferiore)
- C)** biotipo parodontale ed emergenza protesica rispetto ai tessuti parodontali.^(1, 2)

Non sempre risulta semplice coniugare i requisiti funzionali del progetto protesico con le necessità (e le richieste) estetiche sopra citate.

Una ulteriore complicanza è data dalla situazione dei tessuti orali nella zona incisiva, la mancanza di denti infatti porta ad una graduale perdita della quantità di osso disponibile, attraverso un processo di riassorbimento centrifugo a livello della mandibola e centripeto a livello della mascella.

In definitiva l'edentulia provoca lo spostamento della cresta ossea, la diminuzione di gengiva aderente ed un'alterazione delle papille interdentali tanto più accentuati quanto più prolungata nel tempo è la mancanza degli elementi dentali.⁽³⁾

Qualora il riassorbimento abbia già portato ad un vero e proprio deficit dello spessore osseo, questo può essere colmato sia con un approccio di tipo conservativo (ad esempio con interventi tipo split crest)⁽⁴⁾ che additivo.

A quest'ultimo gruppo di tecniche appartiene la rigenerazione ossea guidata da parte di membrane (G.B.R.) riassorbibili, la quale offre ottimi risultati nei difetti ossei orizzontali.^(5, 6)

Nello specifico la tecnica prevede l'utilizzo di sostituti ossei di origine biologica, (nel nostro caso Biostite) posizionati nel sito da ricostruire, circondati da membrane riassorbibili che ne delimitano il volume e guidano il processo biologico della neoformazione "ossea".^(7, 8)

A distanza di 6 mesi viene effettuato un nuovo esame radiologico, si valuta la nuova situazione dei tessuti duri ed una volta ottenuto lo spessore osseo necessario si procede con il posizionamento chirurgico degli impianti.

Successivamente si procede con la protesizzazione degli impianti.

Caso clinico

Il caso clinico presentato riguarda una donna di 41 anni, la quale aveva perso gli incisivi centrali superiori in seguito ad eventi cariosi. La scarsità di osso presente in zona 11- 21 (evidenziabile da esami radiologici) ha reso necessario un intervento preliminare di rigenerazione, effettuato con l'uso di aggregato di osso sintetico e membrane riassorbibili.

Parole chiave

sella edentula, zona estetica, due fasi, G.B.R.



Fig. 1 - Esecuzione del lembo di accesso in posizione crestale



Fig. 2 - Posizionamento di biomateriale di origine equina

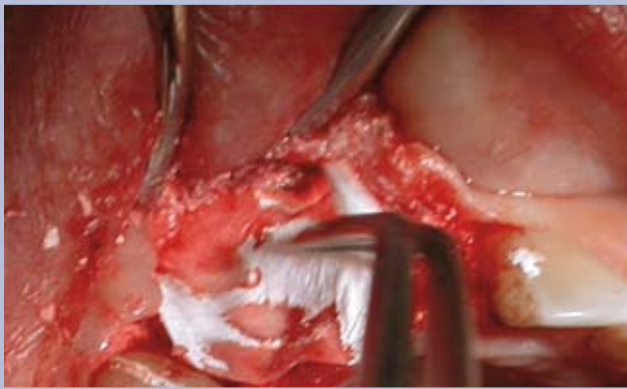


Fig. 3 - Posizionamento della membrana riassorbibile

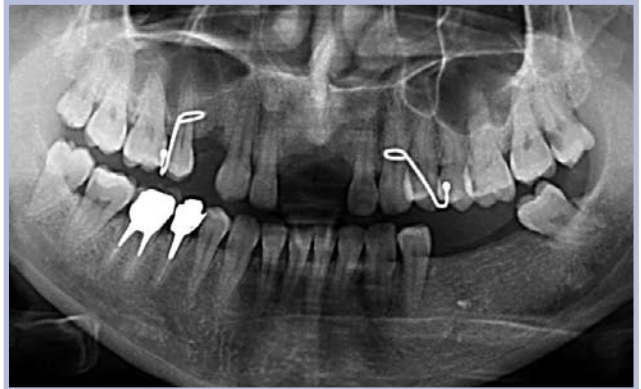


Fig. 4 - Controllo OPT a distanza di 4 mesi

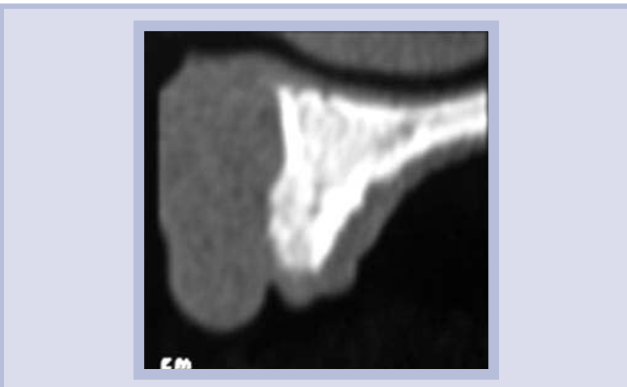


Fig. 5 - Controllo Dentascan a distanza di 4 mesi (ottimo recupero dello spessore osseo)



Fig. 6 - Posizionamento delle viti implantari a distanza di 6 mesi



Fig. 7 - Esame Rx endorale a distanza di 6 mesi dal posizionamento degli impianti



Fig. 8 - Impronte



Fig. 9 - Sovrastuttura protesica



Fig. 10, 11 - Restauro protesico finale



Fig. 11



Fig. 12 - Rx endorale a 48 mesi dal carico

Bibliografia

1. Anthony G. Sclar : *Tessuti molli e considerazioni estetiche nella terapia implantologia* Quintessenza edizioni 2005 pag 15-19.
2. M. Nevins, J.T. Mellonig : *Terapia implantare, approcci clinici e prove di successo* Vol. 2 Illic' Editrice 1998, pag 111 - 127
3. M. Davarpanah H. Martinez *Manuale di implantologia clinica* Masson Pag. 12-14
4. Oikarinen KS, Sàndor GK, Kainulainen VT, Salonen-Kemppi M. *Augmentation of the narrow traumatized anterior alveolar ridge to facilitate dental implant placement. Dent Traumatol. 2003 Feb;19(1):19-29. Review*
5. Hämmerle CH, Jung RE, Feloutzis A. *A systematic review of the survival of implants in bone sites augmented with barrier membranes (guided bone regeneration) in partially edentulous patients. J Clin Periodontol. 2002;29 Suppl 3:226-31; discussion 232-3. Review*
6. Donos N, Mardas N, Chadha V. *Clinical outcomes of implants following lateral bone augmentation: systematic assessment of available options (barrier membranes, bone grafts, split osteotomy). J Clin Periodontol. 2008 Sep;35(8 Suppl):173-202*
7. Pripatnanont P, Numtanaranont T, Chungpanich S, *Two Uncommon Uses of Bio-Oss® for GTR and Ridge Augmentation Following Extractions: Two Case Reports. Int J Periodontics Restorative Dent 2002; 22 (3): 567-573*
8. Schultz AJ. *Guided tissue regeneration (GTR) of nonsubmerged implants in immediate extraction sites. Pract Periodontics Aesthet Dent. 1993 Mar;5(2):59-65; quiz 66. Review*