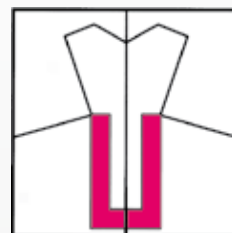




IMPLANTOLOGIA

La rivista per il clinico



ORGANO UFFICIALE DELLA
SIO
SOCIETÀ ITALIANA
DI IMPLANTOLOGIA
OSTEOINTEGRATA

ANNO 9
DICEMBRE 2011

4/11

NUOVI SOCI ATTIVI SIO

Uno dei casi clinici presentati dal dott. Massimiliano Zaccaria al Congresso di Bologna

Massimiliano Zaccaria

Riabilitazione implantoprotesica di paziente parzialmente edentula

Il caso clinico dimostra come sia imperativo attuare prima il progetto protesico e solo dopo pianificare la chirurgia implantare. La verifica attenta della futura posizione dei denti è condizione indispensabile per una tecnica chirurgica affidabile con risultato estetico predicibile. Solo la riabilitazione protesica provvisoria, personalizzata sulla base delle esigenze estetiche e funzionali del paziente, può garantire la completa accettazione del risultato finale.

ESAME CLINICO

- Protesi totale superiore rimovibile in resina;
- protesi fissa da 34 a 41 in metallo-ceramica;
- protesi rimovibile inferiore tipo scheletrato con ganci fusi.

PIANO DI TRATTAMENTO

L'obiettivo del piano di trattamento è quello di ristabilire una dentatura artificiale fissa.

Il piano di trattamento formulato prevedeva diverse fasi:

1. estrazione di tutti gli elementi naturali residui e riabilitazione protesica rimovibile delle due arcate con ottimizzazione di funzione ed estetica;
2. realizzazione di una protesi fissa inferiore ad appoggio implantare;
3. realizzazione di una protesi fissa superiore collegata mediante viti a due mesostrutture laterali ancorate ad impianti.

Le motivazioni che hanno portato alla decisione di estrarre tutti gli elementi inferiori sono:

- impossibilità a ritrattare per via ortograde gli elementi;

- elevato rischio di frattura radicolare nel breve-medio termine per le ricostruzioni endocanalari estremamente invasive;
- ridotto valore come pilastri protesici di 32, 31 e 41;
- impossibilità ad alloggiare con tecniche routinarie impianti nei settori posteriori;
- controindicazione a unire, in un'eventuale protesi fissa, sia a denti naturali che impianti;
- in caso di mantenimento degli elementi, impossibilità a utilizzare impianti di generose dimensioni al loro posto.

Le motivazioni che hanno portato alla decisione di realizzare due protesi totali rimovibili prima di procedere agli alloggiamenti implantari sono:

- impossibilità a recuperare le vecchie protesi rimovibili per i problemi estetici, funzionali ed occlusali;
- possibilità di testare preventivamente il risultato estetico e fonetico della paziente in considerazione delle elevate aspettative;
- possibilità di disporre del tempo necessario per ottenere l'osteointegrazione senza pressioni da parte della paziente in quanto soddisfatta della riabilitazione provvisoria;
- progettazione della base resina superiore sufficientemente spessa per sopportare i

Massimiliano Zaccaria,
Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria; Socio Attivo Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica (AIOP); Socio Attivo Accademia Europea di Odontoiatria Estetica (EAED); Socio Attivo Società Italiana di Osteointegrazione (SIO); Socio Attivo Associazione Italiana Fotografia Odontoiatrica (AIFO) Ricerca & Sviluppo; Abilitato all'esercizio Professionale in Svizzera e Inghilterra

Corrispondenza:

Studio Odontostomatologico
Dott. M. Zaccaria
Via Roccatagliata Ceccardi, 2/2
16121 Genova
Tel. 010 542359
Fax 010 5534915
massimiliano.zaccaria@fastwebnet.it
www.massimilianozaccaria.it

PAROLE CHIAVE:

Linea del sorriso,
Mesostruttura, Finta gengiva.

continui rimaneggiamenti per compensare gli esiti cicatriziali delle ripetute chirurgie. Le motivazioni che hanno portato alla decisione di realizzare una protesi fissa inferiore ad appoggio implantare tipo Toronto Bridge sono:

- ampia disponibilità ossea nella zona tra i forami mentonieri;
- tipo di protesi fissa ad appoggio implantare tra le più sperimentate;

- nessuna esposizione della connessione implantare durante la normale mobilità del labbro inferiore;
- ottimo rapporto costo beneficio;
- protesi versatile che consente modifiche nel montaggio dei denti veloci e poco costose;
- possibilità di avere estensioni posteriori sino ai primi molari sicure, senza interventi chirurgici a carico delle selle posteriori riassorbite.



Fig. 1 Sorriso pretrattamento. Alterazione del piano occlusale e della cresta incisale. Colletto dei denti superiori visibile a dx e coperto a sx.



Fig. 2 Visione intraorale delle vecchie protesi rimovibili.



Fig. 3 Arcata inferiore prima del trattamento.

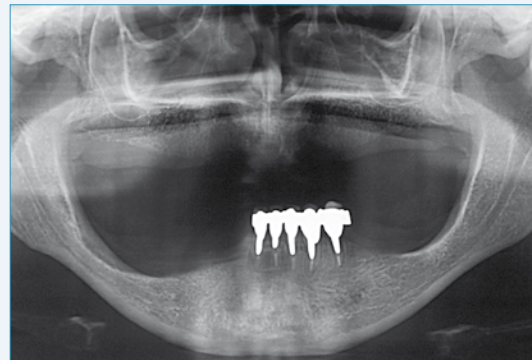


Fig. 4 Ortopantomografia prima del trattamento.



Fig. 5 Estrazione degli elementi inferiori mediante lembo di accesso.



Fig. 6 Impianti inferiori con pilastri standard del commercio.

Le motivazioni che hanno portato alla decisione di realizzare una protesi fissa superiore collegata a due mesostrutture laterali ancorate a impianti sono:

- nessuna disponibilità ossea nella zona degli incisivi anteriori per un alloggiamento implantare in osso nativo;
- buona disponibilità ossea nelle zone del 1° e 3° sestante in modo da poter effettuare

un grande rialzo del seno contestualmente all'alloggiamento implantare;

- riduzione dell'invasività chirurgica eliminando la rigenerazione ossea al 2° sestante, che sarebbe stata peraltro incompatibile con il mantenimento *in situ* della protesi superiore;
- migliore gestione dell'estetica e della fonesi della protesi definitiva mediante il ricorso a finta gengiva;



Fig. 7 Toronto inferiore con nuova protesi totale superiore. Correzione del piano oclusale. Cresta incisale ancora da migliorare.



Fig. 8 Arcata superiore con mesostrutture ai due lati.



Fig. 9 Sovrastruttura superiore. Visione interna.



Fig. 10 Sovrastruttura superiore. Visione oclusale.



Fig. 11 Visione del sorriso con le protesi fisse e la cresta incisale corretta definitivamente.



Fig. 12 Visione intraorale delle protesi fisse. La protesi inferiore è stata rimontata per correggere la cresta incisale e ridurre gli spazi vuoti tra gli impianti.

- il frazionamento in una sovrastruttura e in una mesostruttura ha eliminato il problema della presenza vestibolare dei buchi di accesso alle viti protesiche sempre presente all'arcata superiore per il tipico pattern di riassorbimento osseo.

A un anno dal trattamento si è eseguita un'ortopantomografia di controllo e un esame clinico. Tutti gli impianti sono accessibili allo scovolino e al filo interdentale.

Le lateralità destra e sinistra sono sostenute dalla guida canina; mentre la protrusione è sostenuta dalla guida incisiva.

Il combaciamento dentale in occlusione abituale è in occlusione centrica.

Radiograficamente è evidenziabile una buona mineralizzazione ossea intorno agli impianti.

Non si sono presentati allentamenti nel serraggio delle viti.



Fig. 13 Protesi fissa in occlusione. Visione laterale destra.



Fig. 14 Protesi fissa in occlusione. Visione laterale sinistra.



Fig. 15 Protesi fissa superiore. Visione oclusale.



Fig. 16 Protesi fissa inferiore. Visione oclusale.

Fig. 17 Ortopantomografia di controllo ad un anno.



BIBLIOGRAFIA

1. Brånemark P-I, Zarb GA, Albrektsson T. Osteointegrazione Tissutale. Osteointegrazione In Odontoiatria. Quintessenza Biblioteca 1987.
2. Fradeani M, Barduci G. Trattamento Protesico Volume 1 E 2. Quintessenza Edizioni s.r.l. 2007-2008.
3. Lindhe J, Karring T, Lang PN. Clinical Periodontology And Implant Dentistry 4th edition. Blackwell Munksgaard 2003.
4. Pietrabissa R, Rodriguez Baena R. Introduzione Alla Bio-meccanica per l'implantologia dentale. Scienza E Tecnica Dentistica Edizioni Internazionali s.r.l. 2003.
5. Jensen TO. Gli Innesti Del Seno Mascellare In Implantologia. Scienza E Tecnica Dentistica Edizioni Internazionali s.r.l. 2000.

Copyright by QUINTESSENZA EDIZIONI s.r.l. Tutti i diritti sono riservati in ogni sua parte e sono ad uso strettamente personale. È severamente vietata ogni tipo di riproduzione, copia, duplicazione, traduzione e trasmissione elettronica.