

20 Ottobre 2022



## Impianto a carico immediato in zona estetica dopo rigenerazione ossea

Caso clinico di riabilitazione implantoprotesica del dott. Maurizio Colombo di un paziente con elemento 12 compromesso

*dott. Maurizio Colombo*

Nei casi ad alta valenza estetica la sostituzione di un elemento compromesso con un impianto singolo a carico immediato necessita di una valutazione e progettazione del caso molto attenta.

Di seguito si descrive la riabilitazione con la sostituzione di un incremento 12 con supporto implantare. L'utilizzo di un'attenta progettazione chirurgica con CBCT ha consentito l'inserimento della fixture al fine di ottenere la massima resa estetica e funzionale.

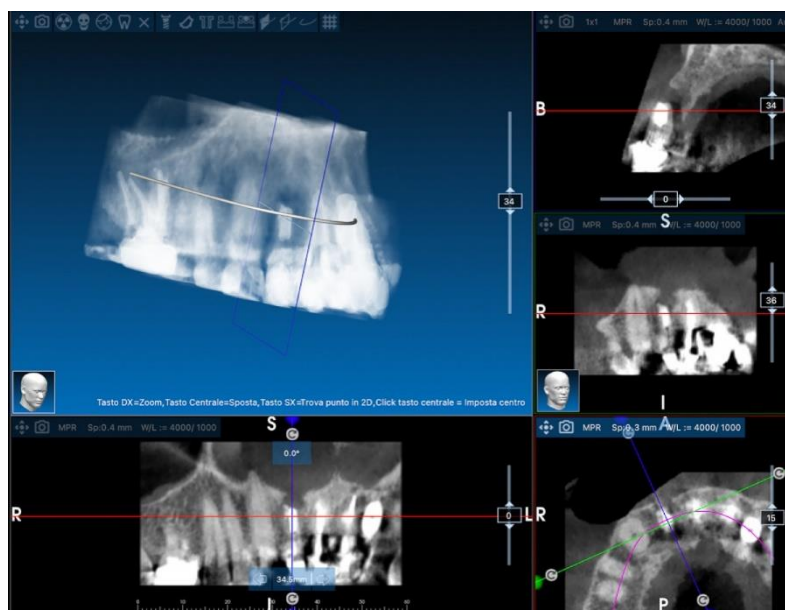
Nelle riabilitazioni implanto-protesiche dei settori anteriori spesso il criterio di successo è determinato sia da parametri clinici, sia dal risultato estetico.

La valutazione del tessuto molle perimplantare[1] come riferimento per il risultato estetico[2], nonché il corretto profilo di emergenza dell'impianto e dell'abutment, sono chiavi fondamentali per un buon risultato.

L'utilizzo della valutazione pre-operatoria con cone beam permette di programmare la posizione dell'impianto sia nei confronti delle strutture ossee che della corona protesica per ottenere un risultato estetico finale più facilmente predicibile[3-6].

**Per questo caso di riabilitazione implanto-protesica** è stato selezionato un paziente uomo di anni 56 in buona salute, non fumatore e con elemento 12 compromesso.

Il protocollo terapeutico ha previsto la presa di impronte master con arco facciale, ceratura diagnostica ed esecuzione di una tac cone beam (Hyperion X5 MyRay - Cefla, Imola) (**fig. 1**).



**Fig. 1** Si rappresenta la valutazione pre-operatoria con CBCT

La valutazione della posizione dell'impianto nei corretti rapporti di emergenza protesica e di posizionamento intraosseo è stata effettuata tramite un'analisi delle immagini (Realguide5 - 3Diemme, Cantù).

Per la riabilitazione di questo caso si è scelto di utilizzare l'impianto ImpLassic FTP BWS® TT (Dental Tech, Misinto) senza il collare lucido. La scelta di questa tipologia di impianto è stata dettata anche dalle sue proprietà intrinseche; infatti, la presenza di una connessione conometrica con esagono di riferimento per il posizionamento dell'abutment permette di poter ridurre notevolmente le micro infiltrazioni a livello della connessione moncone-impianto con il vantaggio di poter rimuovere e riposizionare il moncone con estrema precisione[7].

L'utilizzo di connessioni conometriche bene si addice alle zone ad alta valenza estetica anche per il posizionamento subcrestale di 1 o 2 mm dell'impianto che sembrerebbe favorire il mantenimento dei picchi ossei.

Il protocollo chirurgico è stato programmato in due fasi: nella prima si è proceduto all'estrazione atraumatica dell'elemento 12 che presentava una deiscenza vestibolare importante (**fig. 2**).



**Fig. 2** Alveolo post-estrattivo con importante deiscenza vestibolare

In questo caso si è proceduto a posizionare dell'osso eterologo (Calcitos - Bioteck, Vicenza) e una membrana di pericardio (Hear - Bioteck, Vicenza) a copertura del difetto (**fig. 3**).



**Fig. 3** Biomateriale inserito nell'alveolo e membrana a copertura dello stesso

Trascorsi 6 mesi dall'intervento si è eseguita una rx di controllo (**fig. 4**) e si è proceduto all'inserimento dell'impianto (ImpLassic FTP Total Treatment  $\varnothing$ 4.25 – L 11,5mm - Dental Tech, Misinto) utilizzando il protocollo chirurgico che prevede il posizionamento della fixture circa 1-2 mm subcrestale.



**Fig. 4** Controllo radiografico a 6 mesi della maturazione dell'innesto di biomateriale

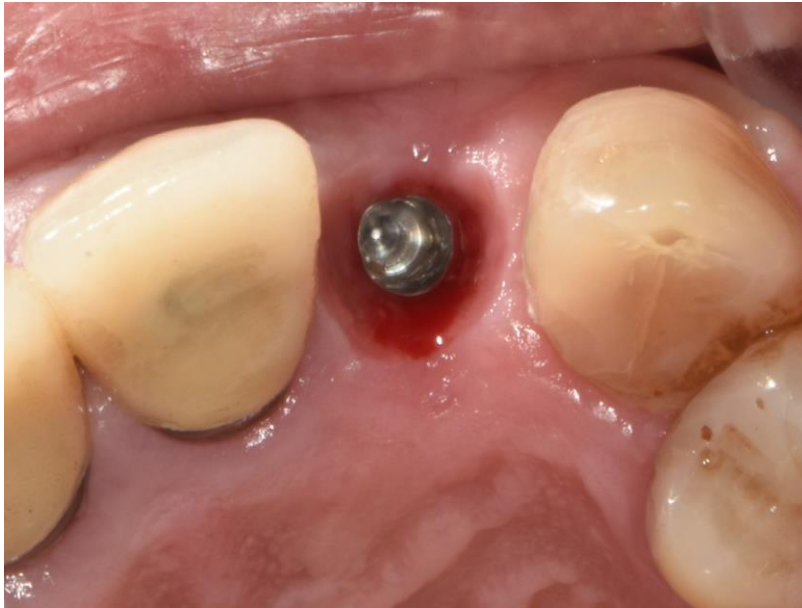
Il torque di inserzione è stato registrato con chiave dinamometrica a 65 Ncm (**fig. 5**).



**Fig. 5** Posizionamento dell'impianto. Si noti il trattamento superficiale di tutto l'impianto

Si è quindi proceduto alla presa dell'impronta e al confezionamento di una corona provvisoria avvitata, posizionata entro 48 ore dall'intervento.

A tre mesi dal carico del provvisorio, dopo avere anche valutato la stabilità dei tessuti molli (**fig. 6**), si è proceduto al confezionamento di una corona definitiva avvitata in zirconio (**fig. 7**).



**Fig. 6** Immagine del tragitto transmucoso a sei mesi dal posizionamento dell'impianto e del provvisorio

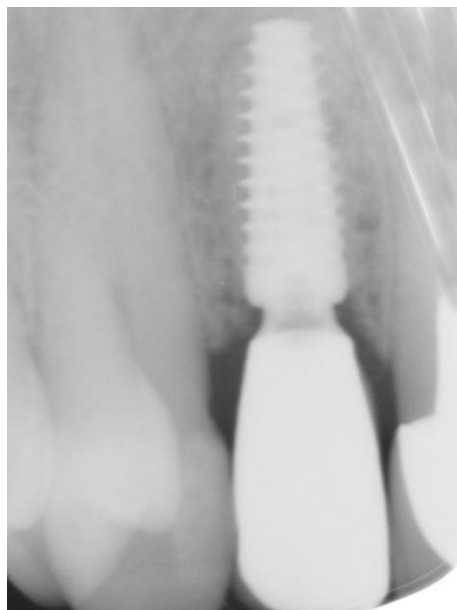


**Fig. 7** Corone in zirconio definitive

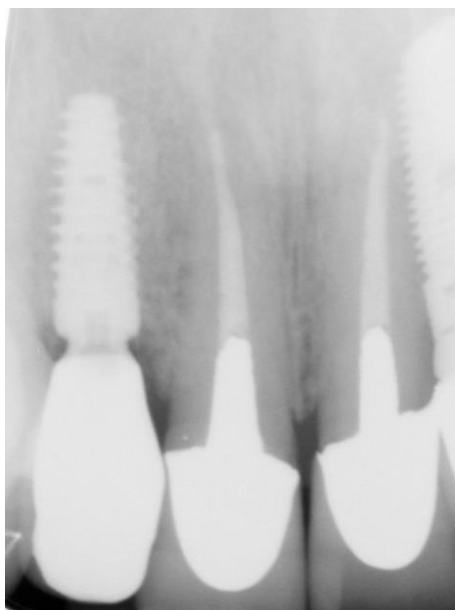
Sono stati eseguiti controlli radiografici a tempo 0 (**fig. 8**) a 6, a 12 (**fig. 9**) e a 18 mesi (**fig. 10**) dal posizionamento dell'impianto dai quali si è evidenziato un mantenimento dei picchi ossei senza la perdita fisiologica di 1-2 mm che si verifica negli impianti tradizionali.



**Fig. 8** Immagine radiografica a t0 subito dopo l'inserimento dell'impianto



**Fig. 9** Immagine radiografica a dodici mesi dall'inserimento dell'impianto. Si noti come i picchi ossei permangono conservati



**Fig. 10** Immagine radiografica a diciotto mesi. Si noti come anche in questa immagine i picchi ossei permangono conservati

### **Conclusioni**

Una buona programmazione chirurgica con l'ausilio della CBCT per la valutazione del caso ha permesso di ottenere risultati estetici e funzionali di rilievo.

L'utilizzo della connessione conometrica del moncone permette di ridurre drasticamente le micro-infiltrazioni.

Inoltre, il trattamento superficiale completo sembra poter migliorare la guarigione dei tessuti a vantaggio del mantenimento dei picchi ossei e della prognosi a lungo termine.

**Lavoro del dott. Maurizio Colombo**, odontoiatra, libero professionista in Meda con il contributo non condizionante di [DentalTech](#)