

29 Novembre 2023

## Riabilitazione impianto protesica di un'edentulia intercalata



L'importanza dei tessuti molli per la stabilità dell'osso crestale: caso clinico

Dr. Bordin Matteo

La stabilità dell'osso crestale rimane uno dei temi più dibattuti in implantologia. È considerato importante per la preservazione dell'osso corticale, la longevità degli impianti e per la prevenzione della recessione dei tessuti perimplantari che solitamente accompagna la perdita di osso crestale.

È comprovato che lo spessore iniziale del tessuto mucoso verticale è uno dei fattori maggiormente impattanti sulla stabilità ossea.

Studi sugli animali hanno dimostrato che se i tessuti della mucosa si presentano assottigliati a 2 mm o meno, il riassorbimento osseo crestale dopo la guarigione è significativamente maggiore rispetto agli impianti in gengiva spessa.

Gli impianti inseriti in tessuti mucosi di spessore pari o inferiore a 2 mm possono andare incontro a una perdita ossea (1,38 mm), mentre gli impianti posizionati in tessuti spessi risultano avere una perdita ossea significativamente inferiore (0,25 mm).

In ulteriori studi successivi è apparso evidente – dal confronto tra gli impianti con connessione impianto/moncone regolari e gli impianti platform switching – che la sola riduzione del microgap orizzontale non preserva l'osso nei tessuti sottili.

Razionalmente, si può suggerire che i tessuti sottili possano ispessirsi durante il periodo di integrazione dell'impianto riducendo così il riassorbimento osseo dopo la guarigione.

A tale scopo vengono solitamente utilizzati innesti di tessuto connettivo palatale; tuttavia, la morbilità per il paziente e la necessità di un secondo sito chirurgico comportano anche svantaggi, limitandone talvolta l'utilizzo.

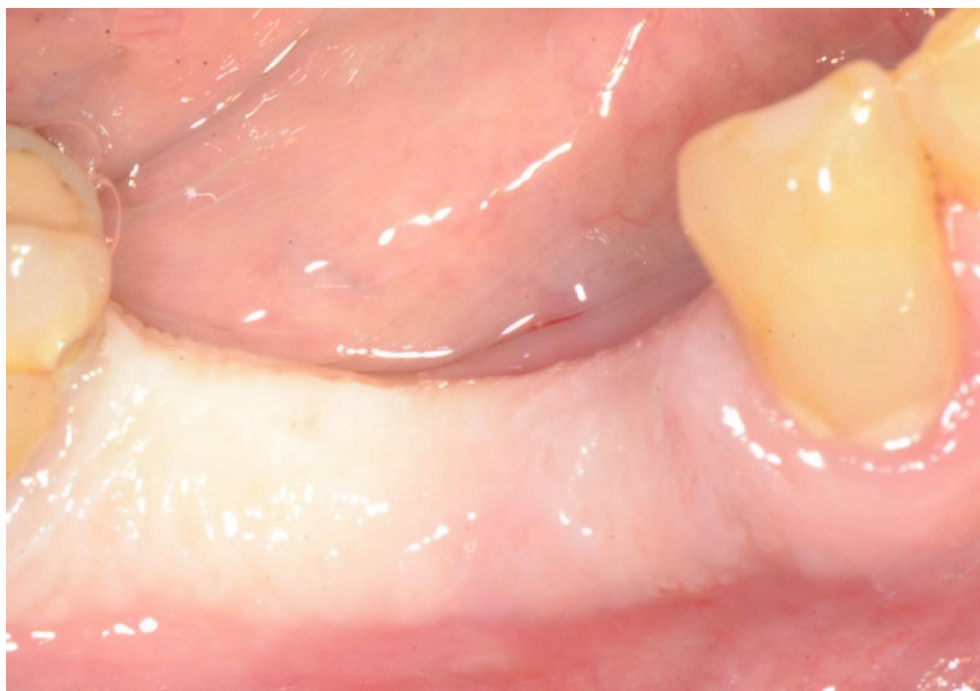
Le membrane allogeniche potrebbero essere introdotte come materiale per l'ispessimento verticale dei tessuti, con il vantaggio della riduzione della morbilità ma aumentando i costi di trattamento.

Tra le strategie “indirette” per l’ispessimento dei tessuti molli, il posizionamento sub-level dell’impianto e la tecnica Tent Pole sono da considerarsi semplici ed efficaci.

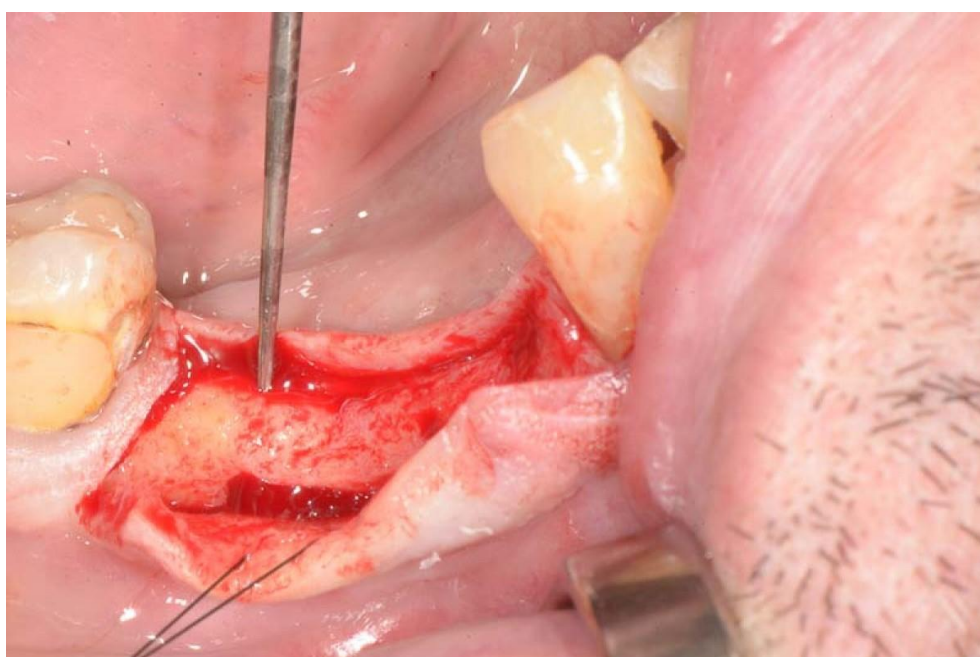
Indipendentemente dalla tecnica utilizzata è consigliabile avere almeno 3 mm di spessore verticale di tessuto molle per soddisfare la necessità di una corretta ampiezza biologica perimplantare.

### **Tecnica chirurgica**

Dopo avere segnato la posizione di inserimento con una fresa pilota affilata, è stato preparato il letto implantare. È stato misurato lo spessore dei tessuti molli con una sonda parodontale (2 mm) (**Figg. 1, 2**) quindi si è proceduto alla preparazione del sito implantare in eccesso in lunghezza per potere posizionare l’impianto in posizione sub-level.

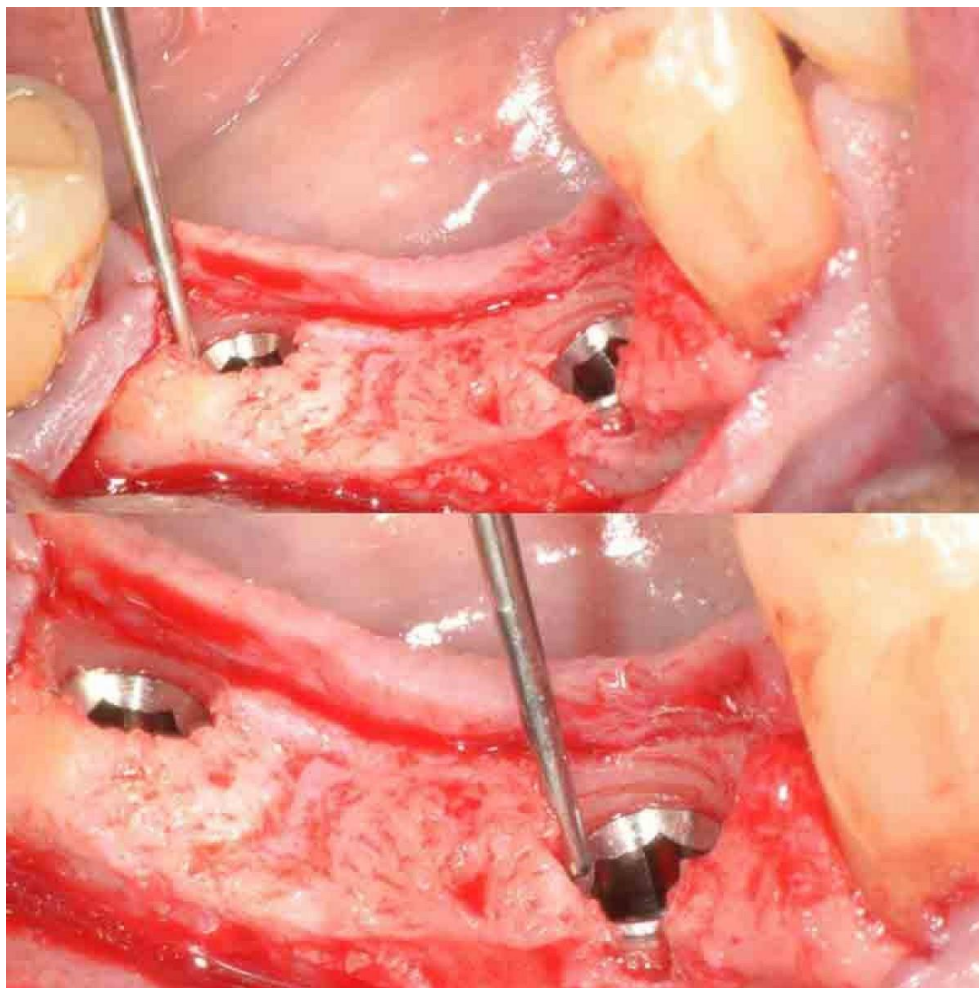


**Fig. 1** Situazione clinica



**Fig. 2** Misurazione dell’altezza dei tessuti molli

Gli impianti con platform switching e connessione esagonale switching platform (ImpLassic FT3, Dental Tech - Misinto) sono stati posizionati 1,5 mm al di sotto della corticale ossea (**Fig. 3**).



**Fig. 3** Posizionamento sottocrestale degli impianti

È stata posizionata una vite di copertura immersa in gel di clorexidina allo 0,12% e il lembo è stato chiuso con suture in monofilamento di polipropilene 5/0.

Il paziente ha seguito un protocollo post-operatorio che prevedeva: sciacqui del sito operato con una soluzione di clorexidina-digluconato allo 0,12% due volte al giorno per una settimana e di 1 g di amoxicillina due volte al giorno per 4 giorni. Le suture sono state rimosse dopo 10 giorni dall'intervento.

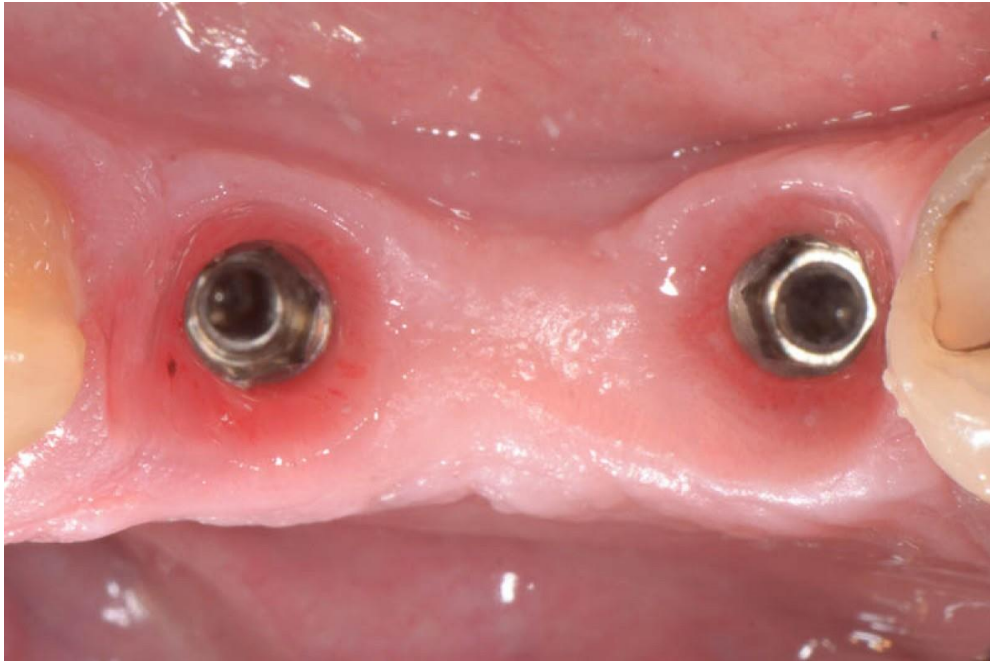
La seconda fase dell'intervento è stata eseguita 3 mesi dopo il posizionamento dell'impianto, dopo un controllo radiografico. In anestesia sono stati sollevati i lembi a tutto spessore e scoperti gli impianti, lasciando il lembo linguale intatto.

Sono state collegate le componenti secondarie anatomiche di guarigione alte quattro millimetri e i tessuti suturati con filo monofilamento di polipropilene 5/0. Le suture sono state rimosse dopo 10 giorni dall'intervento.

### **Fase protesica**

Un mese dopo la seconda fase dell'intervento chirurgico, quando i tessuti perimplantari mostravano una maturazione completa (**Fig. 4**), è seguita la riabilitazione protesica che ha previsto una riabilitazione con corone supportate da impianti (**Fig. 5**).





**Fig. 4** Maturazione dei tessuti molli perimplantari

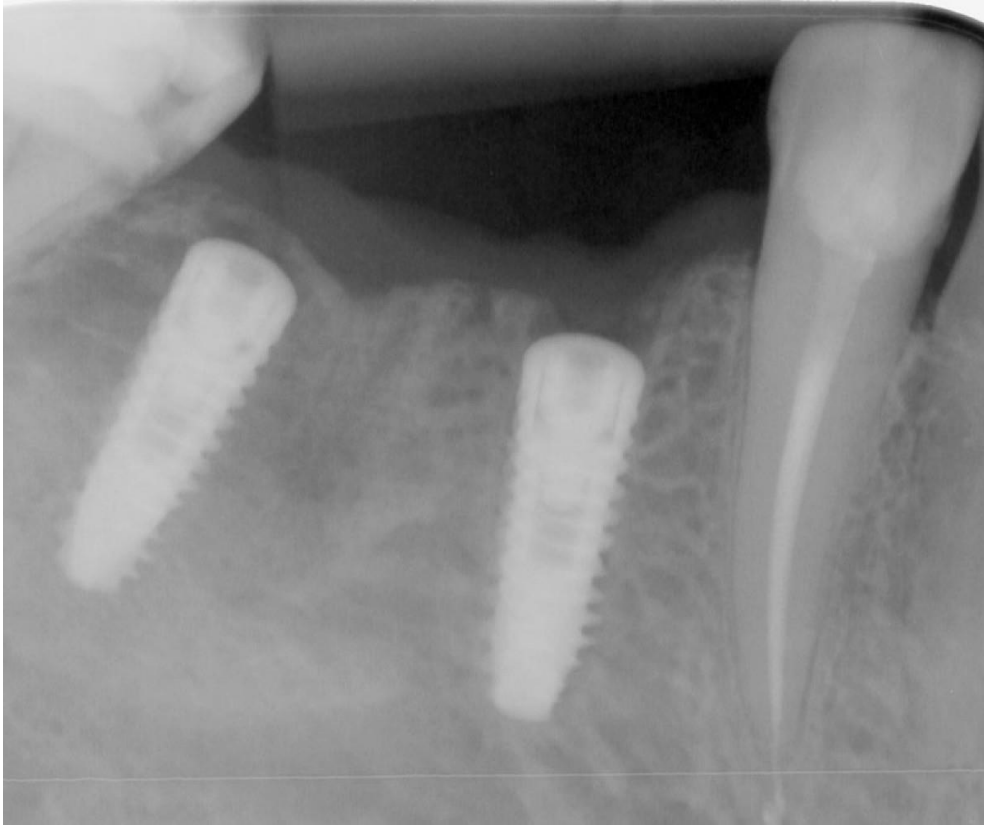


**Fig. 5** Integrazione del manufatto protesico

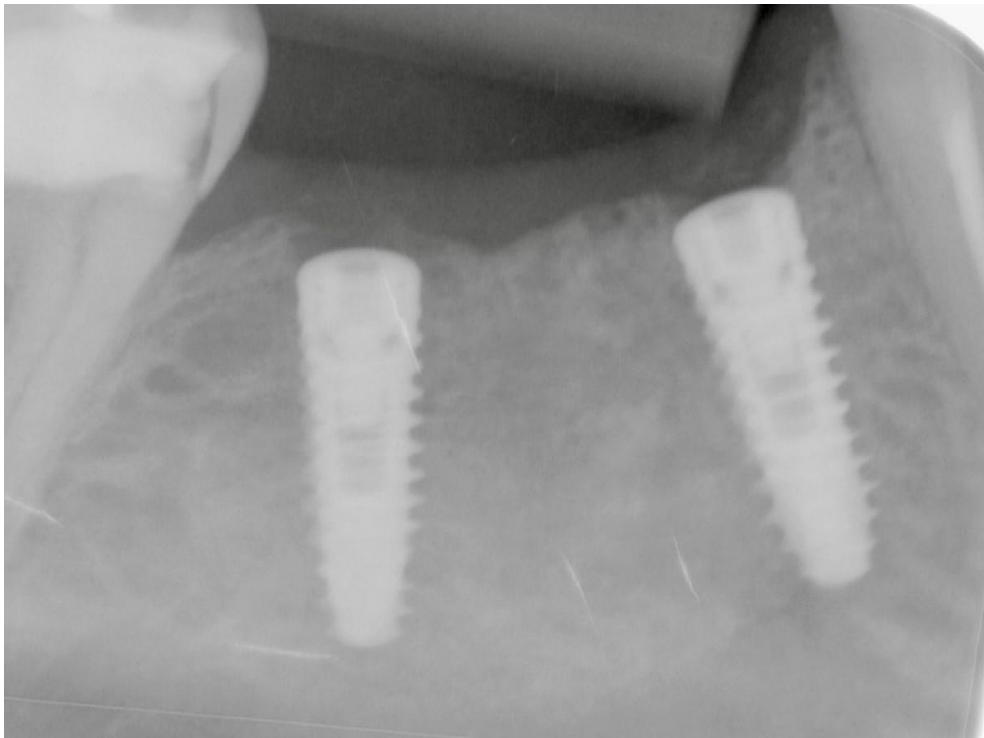
Come interfaccia di supporto per la base in ossido di zirconio sono state selezionate basi in titanio con altezza gengivale di 2 mm.

Sono state eseguite radiografie intraorali (**Figg. 6-8**):

- dopo l'inserimento implantare;
- dopo la seconda fase chirurgica;
- dopo la consegna protesica;
- dopo 18 mesi di follow-up.



**Fig. 6** Radiografia di controllo t0



**Fig. 7** Radiografia di controllo a 4 mesi



**Fig. 8** Radiografia di controllo: follow-up 18 mesi

### **Conclusioni**

Il posizionamento degli impianti al di sotto del livello osseo è un metodo verificato per compensare i tessuti molli crestali inizialmente sottili. L'obiettivo è la creazione di una corretta ampiezza biologica perimplantare.

Il microgap della connessione impianto-moncone è ovviamente un fattore importante nella progressione della perdita ossea crestale e, se posizionato vicino al livello osseo, potrebbe causare il riassorbimento osseo.

Pertanto, si consiglia di utilizzare impianti con platform switching, il cui microgap è spostato verso l'interno, orizzontalmente.