

RIABILITAZIONE IMPLANTO-PROTESICA SU PAZIENTE PARODONTOPATICO

A cura del Dr. **Alessandro Versari** e dell'Odontotecnico **PierLuca Rosini**



Dr. Alessandro Versari

*Nato a Firenze dove vive e lavora si laurea in medicina e chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze. Libero professionista dal 1989 si specializza in **parodontologia** e chirurgia orale, e dal 1991 al 2001 presta servizio presso la S.A. di odontostomatologia del "Nuovo ospedale S. Giovanni di Dio" a Firenze diretta dal Professor **Fabio Favalli**. In questa struttura si è occupato di prevenzione e terapia parodontale documentando numerosi interventi di **rigenerazione guidata** con membrane riassorbibili e non. Ha curato come specialista di riferimento lo studio di "**Rigenerazione indotta mediante applicazione di Emdocan**" che la struttura sanitaria ha condotto come centro pilota in Toscana. Attualmente svolge il suo interesse alla disciplina impianto-protetica.*

*Titolare di laboratorio dal 1991 si specializza nella costruzione di **protesi scheletrata** seguendo corsi di aggiornamento con i migliori tecnici del settore. Fra i suoi maestri ricorda con piacere **Mario Pierattini**, che lo ha indirizzato e guidato nel mondo del fresaggio, e il suo **Professore Luciano Trevigne***

Odont. PierLuca Rosini



Il caso che andremo a descrivere è interessante perchè, nella sua complessità, richiede scelte diagnostiche appropriate e conoscenze sia **chirurgico-parodontali**, sia **gnatologiche**, e **protetiche** che ribadiscono l'assoluta multidisciplinarietà delle riabilitazioni **implantoprotesiche**.

Di seguito è illustrata la formula dentaria del paziente che si precisa essere di sesso maschile di **AA.58**:

(V)	(IV) (III)
XXX F 32X	1X FF XXX
765432X	XX345XX

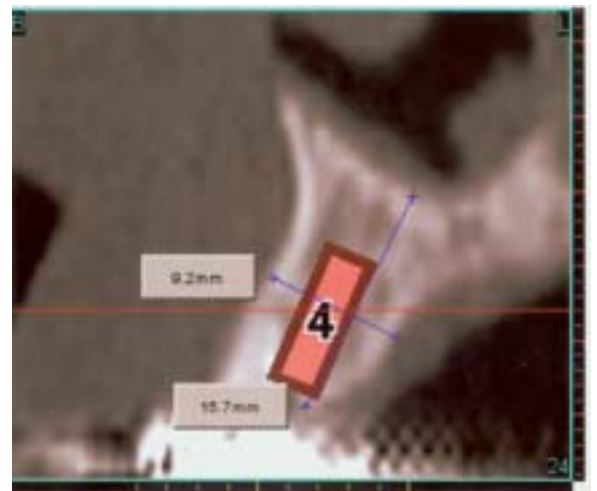
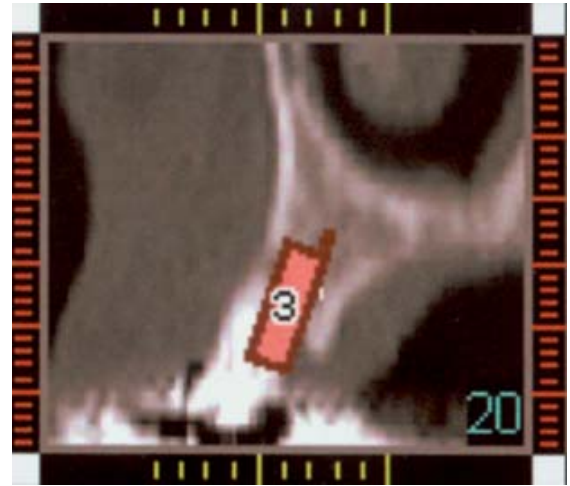
F=Alloggiamento **FIXTURE**

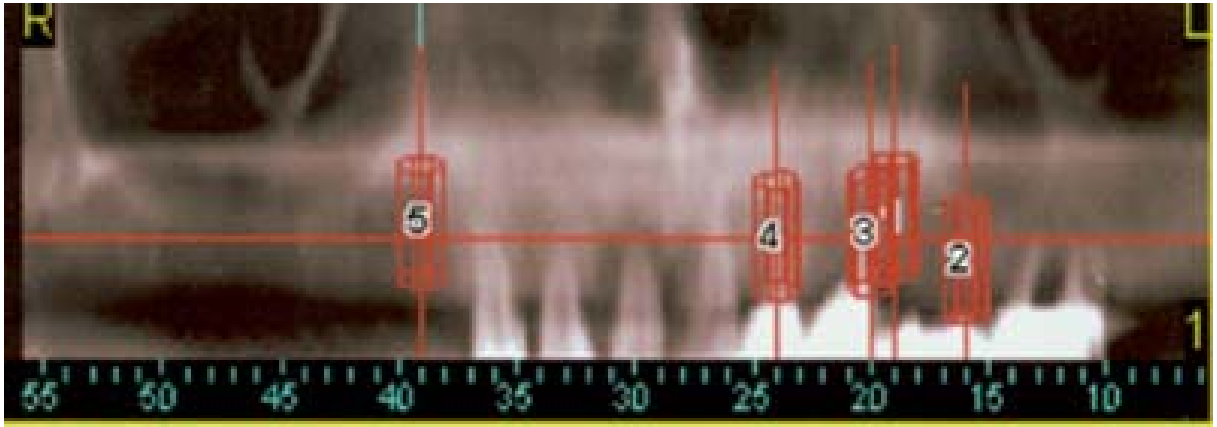
Escluse eventuali condizioni patologiche sistemiche che possono pregiudicare il successo dell'intervento (mediante esami di laboratorio di routine come emocromo, glicemia, azotemia, calcemia, fosfatasi alcalina), possiamo passare all'indagine clinica preliminare del cavo orale ed alla valutazione dell'ortopantomografia per accertare l'esistenza, al livello loco-regionale delle caratteristiche anatomiche compatibili per l'innesto della **fixture**.

L'esame obiettivo evidenzia una **parodontopatia** diffusa in entrambi i mascellari con la necessità di consolidare **12-13** e **21** attraverso un intervento di **chirurgia ostorigenerativa**. Lo stesso intervento si ritiene necessario anche a livello inferiore in corrispondenza di **35-34-** e **33**, per la presenza di ampie tasche ossee con ascessi ricorrenti.

Tutto ciò viene confermato dall'esame **OPT (ortopantomografia)** che ci permette anche una prima valutazione dell'anatomia del mascellare superiore fondamentale per la definizione della collocazione spaziale dell'impianto in funzione delle caratteristiche morfostrutturali e dimensionali del tessuto osseo che lo andranno ad accogliere:

- 1) **ALTEZZA**, dimensione verticale di osso disponibile
- 2) **LUNGHEZZA** dimensione mesio-distale
- 3) **SPESSORE**, distanza intercorticale





La metodica radiologica che evidenzia con chiarezza questi parametri è la

**"TOMOGRAFIA COMPUTERIZZATA
CON DENTALSCAN"**

che attraverso ingrandimenti di scansioni assiali successive permette di determinare il sito ricevente con sovrapposita l'immagine della **fixture** nelle dimensioni compatibili.



Nel nostro caso individueremo tre siti implantari in corrispondenza di **22-23-** e **14** con fixtures aventi le seguenti dimensioni:

_sito **22** IPV mm **4x12**

_sito **23/24** IPV mm **3,3x12**

_sito **14** IPV mm **3,3x10**

Esaurita la preparazione iniziale del paziente (detartrasi, terapia parodontale) provvediamo alla costruzione di una mascherina in resina acrilica (**Dima Chirurgica**) che avrà il compito di guidare le frese necessarie per la preparazione dell'alveolo artificiale nella posizione ed inclinazione individuata in fase diagnostica sulla base delle valutazioni clinico-radiologiche.

Eseguita l'**anestesia** loco-regionale scolpiamo un lembo a spessore parziale per una migliore visione del sito osseo ricevente.

In questo caso pratichiamo un'incisione crestale distalmente al **21** che si prolunga fino in corrispondenza del **24**, con due incisioni verticali di svincolo.

Utilizzando la nostra **Dima** chirurgica fissiamo con la fresa pilota il **punto di attacco** alla **corticale**, per poi eseguire la preparazione del sito ricevente usando frese di diametro via via maggiore, fino ad arrivare a quello scelto per la **fixture** (procedura standard).

Con il **maschiatore** rifiniremo poi le pareti del sito inserendo così l'impianto evitando frizioni eccessive sulle pareti ossee al fine di escludere necrosi locali che potrebbero inficiare la stabilità primaria.

In rapporto a questo caso specifico dobbiamo osservare che:

A livello del sito 22 non sono emersi ostacoli ed anche l'allineamento della **fixture** è risultato in asse con gli elementi naturali;

A livello del sito 23 un'area osteolitica che si sviluppava in senso medio-distale ci ha costretto ad una preparazione che seguisse la corticale ossea imponendoci in fase riabilitativa una correzione assiale del moncone per ritrovare il parallelismo.

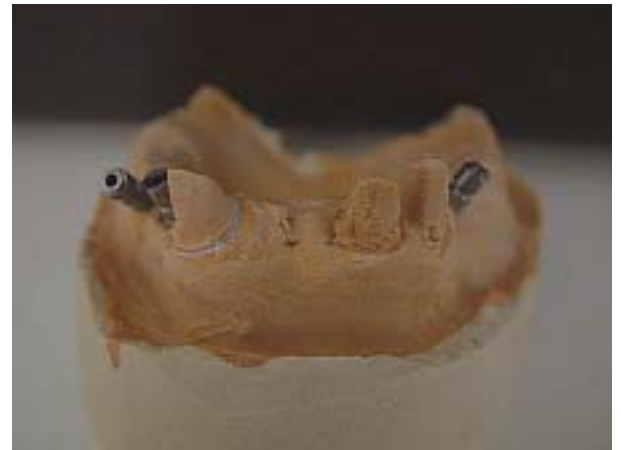
A livello del sito 14 la distanza con l'elemento naturale **13** e la mancanza di osso in senso verticale ha imposto una preparazione in senso disto-mesiale con conseguenza di una correzione dell'asse del moncone per ottenere il parallelismo.

Dopo l'inserimento delle **fixtures** si è provveduto alla sutura del lembo, ed è stata prescritta una **terapia ATB** ed **antiflogistica** accompagnata all'uso di ghiaccio per ridurre l'edema.

Il paziente verrà rivisto dopo otto giorni per la rimozione delle suture e quindi dopo tre mesi per una **RX di controllo**.

Ad **osteointegrazione** avvenuta si procederà alla riabilitazione protesica.

Dopo aver preso visione della **tomografia volumetrica spirale della mascella** constatiamo la presenza di **spessori ossei verticali ridotti** a destra nei piani di ricostruzione obliqui compresi dal n° **45** al n° **49** ed a sinistra nei piani di ricostruzione obliqui compresi dal n° **14** al n° **17**.



Eseguendo la colatura delle impronte notiamo che l'inclinazione degli impianti risulta molto angolata e dopo aver parlato con il paziente decidiamo per una struttura che non contempli carichi masticatori nella parte diatorica dell'arcata dentaria, questo per non gravare troppo sugli elementi protesici a carico delle **fixtures**.





Per ritrovare il parallelismo con i pilastri naturali ci serviamo di monconi calcinabili che ci permettono senza troppo sforzo di costruire **monconi artificiali**.



Dopo aver modellato, fuso e **riparallelizzato** i **monconi artificiali**, questi necessitano comunque di una lucidatura abbastanza accurata per facilitare la calettatura della struttura portante il rivestimento **estetico** ma anche per il loro facile e corretto reinserimento nell'impronta di posizione dopo la prima prova.



Abbiamo avuto cura di tenere il margine di chiusura degli elementi artificiali al disopra del margine gengivale onde **evitare ristagni di cibo** dovuti ad una difficoltosa azione di pulizia che il paziente dovrà necessariamente tenere.

Nella costruzione della struttura abbiamo deciso di "spezzare" la travata facendo uso di **Interlock** passanti onde evitare trazioni anomale ed avere quindi una **struttura** il più possibile **passivata**.



Da considerare anche il fatto che in futuro, usando gli **interlock**, sarà possibile intervenire qualora nascessero problemi su gli elementi pilastro, siano questi quelli naturali o artificiali.



Terminata e provata la struttura metallica procederemo, dopo averla provata, al suo rivestimento estetico.

Riabilitare un paziente con problemi **parodontopatici** così evidenti è, a mio parere, sempre molto rischioso ed indaginoso specialmente quando il tessuto osseo è considerevolmente ridotto, ma tuttavia possibile a patto di avere un Odontoiatra a cui stia a cuore la salute del proprio paziente.





Il mio impegno per costruire **un apparecchio protesico ben bilanciato** e conforme a tutte le caratteristiche necessarie passa attraverso l'ottima preparazione del lavoro da parte del professionista con il quale ho la fortuna di collaborare: solo in questa maniera il risultato finale ha ripagato il paziente dello sforzo, non solo fisico, che ha dovuto sopportare.

Dr. Alessandro Versari

Odont. PierLuca Rosini