

Case report

**Concetti di protesi moderna su impianti e denti naturali**

**Riabilitazione di arcata superiore con protesi fissa metal free nel settore frontale e implantoprotesi sui settori posteriori.**

Dr. Marcello Messina

Negli ultimi anni l'utilizzo della tecnica implantare per le riabilitazioni protesiche ha riscontrato un incremento ed un successo notevoli grazie soprattutto al miglioramento delle tecniche chirurgiche, all'utilizzo di nuovi materiali e all'applicazione di rigidi protocolli igienici.

Le soluzioni protesiche richieste dal paziente e le sue aspettative dovrebbero essere determinati nella fase iniziale considerando anche la situazione orale presente.

Focalizzati gli obiettivi, è fondamentale ricorrere all'uso di sistemi diagnostici (esami RX, Cone Beam, Dental Scan, etc...), per conoscere il tessuto osseo disponibile nelle regioni da operare. È molto importante ricordare le diverse modalità di riassorbimento osseo fra mandibola e mascella. Per quanto riguarda l'arcata superiore, il riassorbimento a livello orizzontale è uniformemente centripeto, perciò l'arcata superiore si restringe.

Differente è il tipo di riassorbimento presente nell'arcata inferiore, in cui ritiro è di tipo centripeto anteriormente, e centrifugo posteriormente. L'arcata inferiore, in conseguenza di un riassorbimento, risulta più larga. Anche il riassorbimento osseo a livello verticale va considerato, da stabilire non soltanto per la disponibilità ossea residua, ma anche per una valutazione preventiva del lavoro finale. Fino a qualche anno fa i grossi deficit ossei verticali venivano trattati con tecniche di ricostruzione ossea avanzata (GBR con membrana, innesti di osso autologo prelevato da diversi siti donatori, tecniche di distrazione). Queste tecniche, che tuttora presentano una buona predicibilità se eseguite da professionisti esperti, richiedono maggiori costi per il paziente, a volte più interventi chirurgici, tempi di guarigione più lunghi e rischi maggiori di insuccesso.

Oggi con l'avvento di nuovi materiali da laboratorio per l'odontotecnico e superfici di rivestimento implantare sempre più performanti per il medico, si sono aperti nuovi orizzonti riconosciuti anche dalla letteratura internazionale.

È caduto il "mito" della lunghezza dell'impianto e si è constatata la possibilità di utilizzare degli impianti "short" (< 7 mm di lunghezza) con predicibilità simili agli impianti tradizionali, purchè il progetto protesico sia ben realizzato.

Per "mascherare" l'aumentata lunghezza della corona, l'odontotecnico si può avvalere di validi materiali che permettono di realizzare una protesi molto naturale.

**Case Report**

Paziente donna di 65 anni, affetta da una parodontopatia di grado severo, specie nei settori posteriori. Si evidenzia, nel settore anteriore, una fistola di origine endodontica sul 2.1 ed un manufatto protesico incongruo.

Come primo passo si è dovuto procedere a estrazioni multiple (1.4,1.5,1.6,2.1) per gli elementi dentali compromessi dal punto di vista parodontale.

Dopo aver effettuato una terapia etiologica e ripassato le corrette manovre d'igiene orale, la paziente è stata trattata con una protesi parziale rimovibile con ganci a filo nei settori posteriori e con provvisori in resina nel settore frontale da 1.3 a 2.3.

Dopo il periodo di guarigione dei tessuti molli delle zone edentule, è stato effettuato lo studio del caso di tipo implantologico esaminando il risultato radiologico della Cone Beam ricavata.

Da quest'ultimo esame è stata riscontrata una spiccata atrofia ossea, anche di tipo verticale, in particolare nella zona post-estratti-

va (emiarcata destra).

Dopo un'attenta valutazione del caso con l'odontotecnico e con il supporto della letteratura a favore degli impianti "short", si è scelto di programmare l'inserimento di tre impianti uniti fra di loro per ambedue le emiarcate.



Impianto Estesa Evo "short" da 6,5 mm

Per la scarsa qualità ossea (tipo D2) è stata attuata una chirurgia con tecnica bifasica, utilizzando impianti della linea My Implant Estesa Evo a connessione esterna, diametro 4 mm e lunghezze diverse da 6,5 mm a 11,5 mm.

Nelle manovre chirurgiche sono state adottate tecniche di espansione di cresta e compattazione ossea mediante compattatori montati su micromotore a basso numero di giri.



Nella seconda chirurgia, dopo circa tre mesi, sono state applicate le viti di guarigione in materiale sintetico Peek per la prima fase della gestione dei tessuti molli.

L'utilizzo del nuovo materiale Peek ha permesso di ricreare una festonatura dei tessuti molli, non sempre facile da ripristinare.



Dopo circa tre settimane dalla seconda fase chirurgica, sono state eseguite le impron-

## Case Report Dr. Marcello Messina

te per la realizzazione di provvisori avvitati sugli impianti per continuare la gestione e la funzionalizzazione dell'arcata superiore.

Dopo aver valutato la forma, forma e funzione e considerando il parere della paziente soddisfatta del risultato, è stata eseguita l'impronta definitiva in materiale polietere con tecnica "a strappo" utilizzando dei transfer e portaimpronta forato.



Transfer My Implant inseriti

Inoltre è stata presa l'impronta in alginato dei provvisori funzionalizzati e realizzate le mascherine in silicone necessarie all'odontotecnico come guida per la realizzazione del manufatto finale.

I manufatti protesici finali sono stati realizzati con delle strutture monoblocco avvitate, in metallo-composito, e tappino in composito per mascherare il foro della vite passante.



Emiarcata sinistra finale

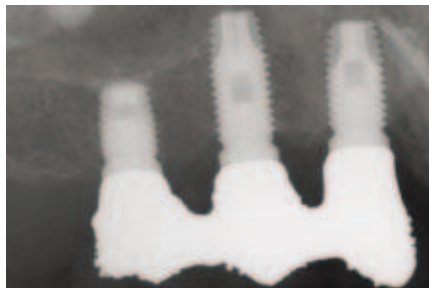
Nell'emiarcata sinistra il lavoro finale non ha richiesto particolari abilità dell'odontotecnico, mentre nell'arcata contro laterale è stato necessario mascherare il "deficit verticale" con l'uso di un nuovo materiale composito (Anax Gum) realizzando una "gengiva rosa" che ha permesso la realizzazione di corone protesiche con dimensioni normali.



"Gengiva Rosa"



"Tappi in composito"



Rx finale

In questo periodo di tempo, tra le varie fasi lavorative nei settori posteriori, si è riusciti a migliorare anche la situazione parodontale del settore frontale, mediante una corretta gestione dei provvisori. Ultimata la preparazione orizzontale finale, i provvisori sono stati ribasati attentamente ottenendo un buon supporto per la maturazione finale dei tessuti.

Ovviamente, sin dal primo giorno, il paziente è stato motivato ad una scrupolosa igiene orale.

Dopo aver stabilizzato l'occlusione con i settori posteriori, è stata eseguita un'impronta finale del settore frontale, con la quale l'odontotecnico ha realizzato il suo protocollo operativo.

Successivamente è stata realizzata una struttura in Pattern Resina sul modello master per la prova sul paziente, e realizzata in Ossido di Zirconio con la tecnica CAD/CAM dello Zirkozahn.



Prova della struttura in resina pattern

Dopo un'accurata analisi dei volumi e della forma dei denti, tramite computer è stata eseguita la progettazione del file mantenendo la forma ideale dei provvisori già funzionalizzati.

Struttura progettata al Cad/Cam.

Una volta realizzata la struttura finale in ossido di zirconio, è stata fatta la prova della stessa sul paziente e realizzate le foto per trasmettere il colore e l'anatomia dei tessuti molli, che devono essere rispettati dal lavoro protesico.



Prova struttura ossido di zirconio

Confermata la prova è stata eseguita la ceramizzazione in materiale IPS e-max Ceram realizzando un "biscotto" e funzionalizzato direttamente in bocca.

Arcata superiore completata.

Visione oclusale.



Visione laterale



Estetica finale

Soddisfatti del lavoro e solo dopo aver "accontentato" l'igienista, che verifica la detergibilità del manufatto, si passa alla cementazione finale.

Il paziente è stato dimesso dopo avere organizzato il piano di mantenimento.

*Si ringrazia il Laboratorio Odontotecnico di Rosso Fabio per la realizzazione del lavoro implanto-protesico.*