

Trattamento multidisciplinare per l'agenesia dei laterali superiori.

Dott. Vincenzo Carbone.



Giunge alla nostra osservazione una giovane paziente di 21 anni. La paziente riferisce di aver subito un trattamento ortodontico in età adolescenziale per il recupero dello spazio in sede 1.2; 2.2 , per l'agenesia degli elementi corrispondenti. La paziente si presenta, con una richiesta di riabilitazione implantoprotesica in tempi brevi !

Ad una prima valutazione eseguita attraverso un esame obiettivo del cavo orale, la paziente presenta: un ampio diastema interincisivo, spaziature distali ai 1.3; 2.3, ridotto diametro intercanino, prima classe molare, presenza di gengivite marginale, ma soprattutto la presenza di uno spazio inadeguato per una riabilitazione implantare.

La paziente era stata riabilitata in maniera provvisoria con una protesi scheletrata mobile e richiedeva un intervento implantare in tempi brevi !

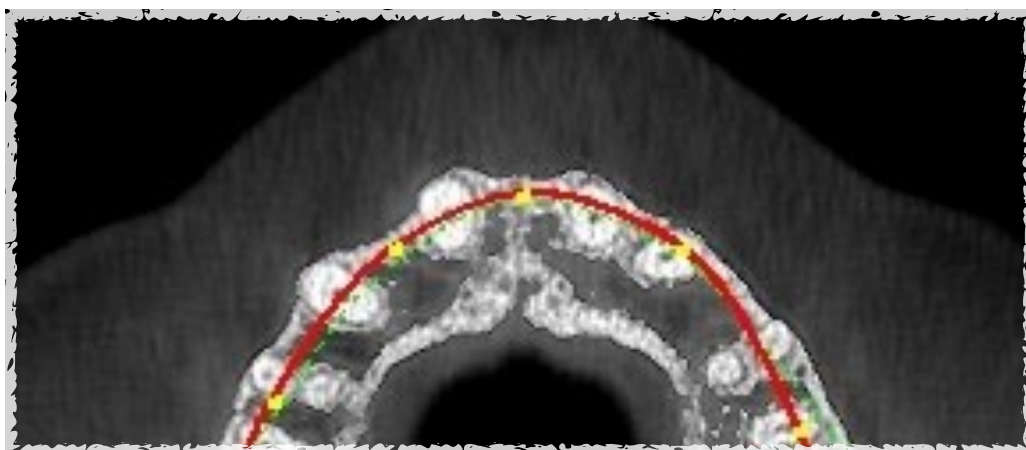
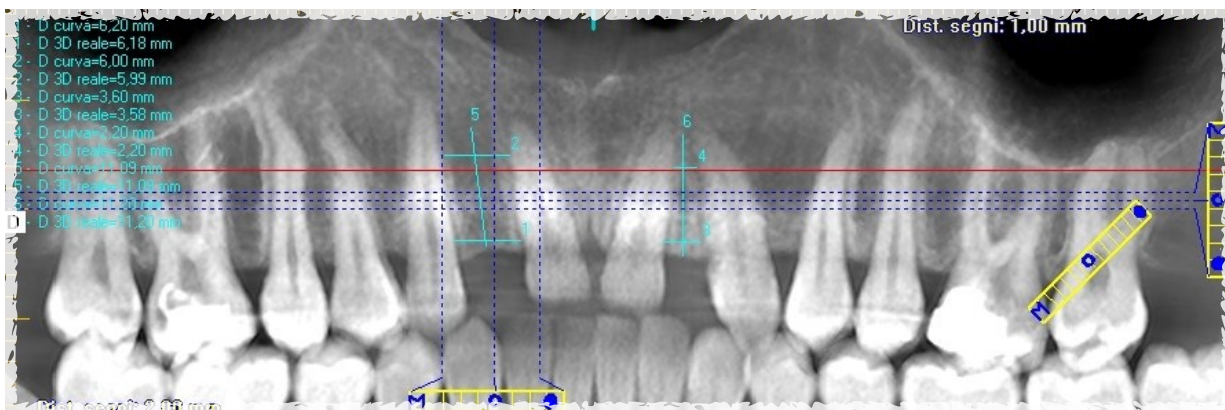


Il primo intervento, sono state le corrette informazioni circa lo status del cavo orale, sulla necessità di una eccellente fase diagnostica e sulle condizioni necessarie per attuare una riabilitazione protesica.





la paziente è giunta allo studio con un esame RX CONE BEAM eseguito in precedenza, il quale ha rivelato ancora di più la carenza di condizioni per eseguire la riabilitazione e ci ha permesso di interagire con la paziente utilizzando le immagini.



Si evidenzia l'inclinazione mesiale della radice dei canini, e la disto inclinazione degli incisivi, in particolare lo spazio insufficiente in sede 2.2.

È stato quindi eseguito un nuovo trattamento ortodontico per il recupero dello spazio.



Per poter inserire un impianto da 3 mm di diametro abbiamo bisogno di almeno 6 mm di spazio.

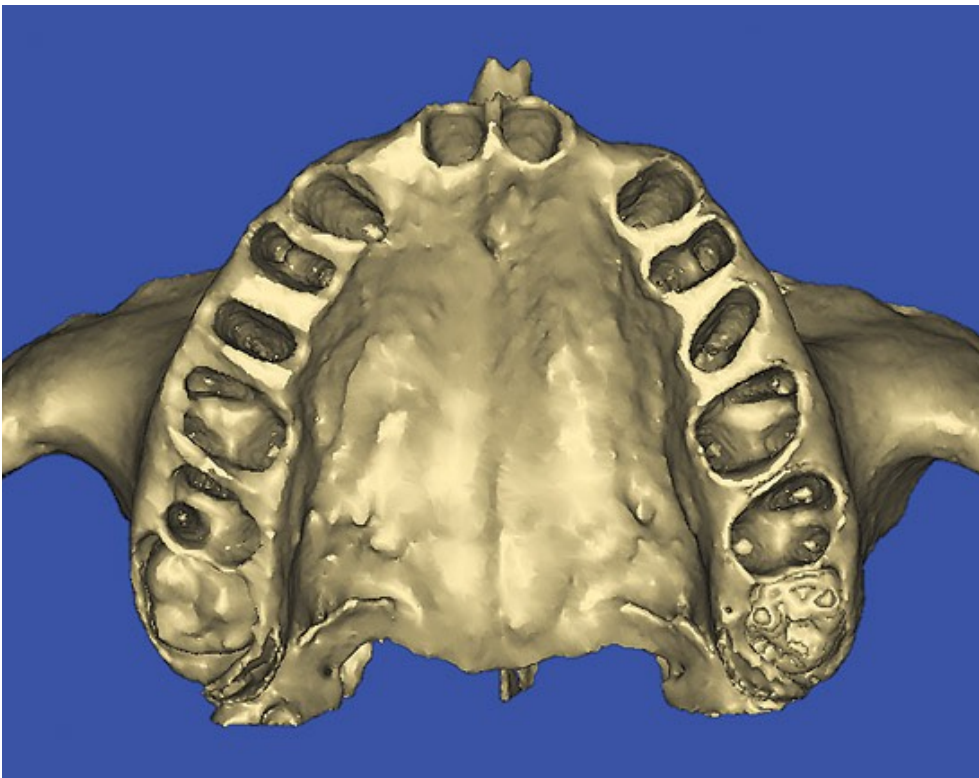
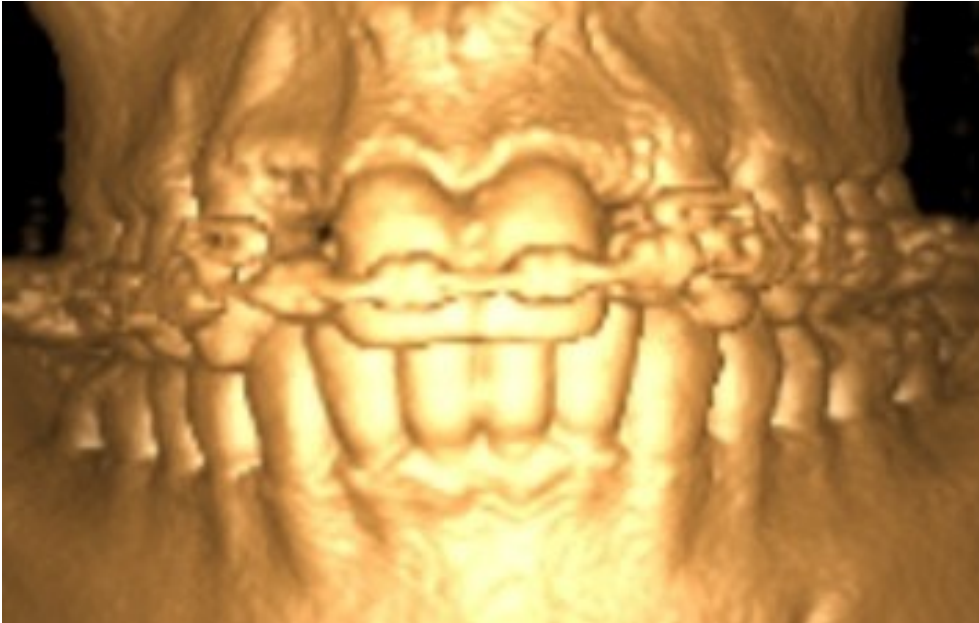


Presenza di 7 mm di spazio mesio-distale a dx.

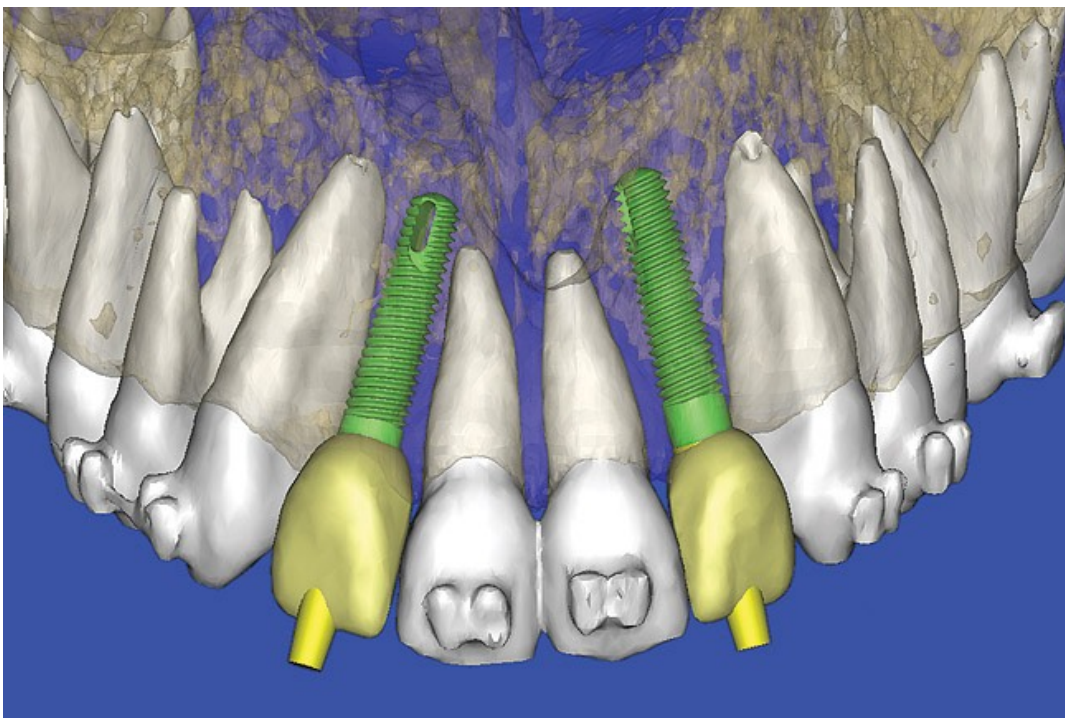
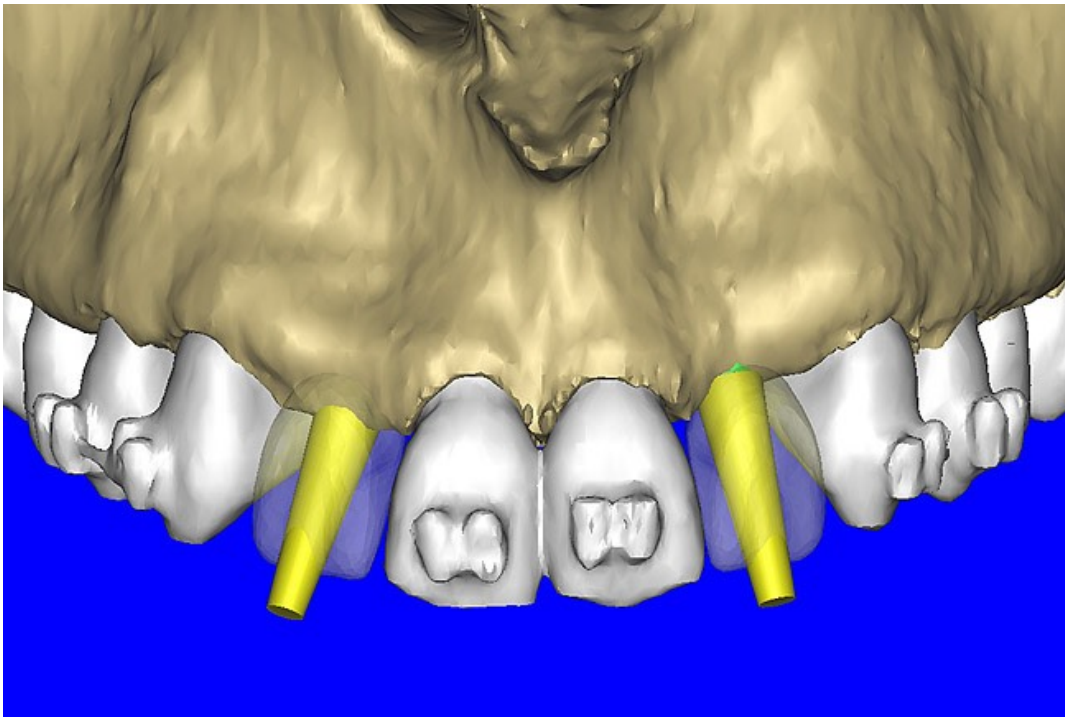


Presenza di 6.5 mm di spazio, lato sinistro.

È stata eseguita una nuova Rx CBCT attraverso il quale è stato virtualmente realizzato l'intervento con il diametro implantare scelto.



L'analisi virtuale del caso ci ha permesso, di pianificare l'intervento, in maniera eccellente secondo il nostro piano di trattamento virtuale e di eseguire la fase chirurgia senza stress, sicuri di poter attuare le procedure precedentemente studiate.



Le immagini processate attraverso il software simplant, forniscono una serie di informazioni, preziose prima dell'intervento, e permettono di risolvere una serie di dubbi diagnostici, i quali, se affrontati direttamente in fase chirurgica, verrebbero affrontati, anche in mani esperte, con un livello di stress più alto.

I dubbi diagnostici:

- Quanto spazio esiste in sede apicale agli impianti, tra gli apici degli incisivi e dei canini?
- Occorrerà una rigenerativa della porzione coronale degli impianti, per la possibile deiscenza? Se sì quale ?
- Quale lembo dovrò allestire?
- Quali tempi chirurgici?



Anche in questo caso è stato applicato il nostro piano di trattamento razionale, il quale ricordiamo che è fondato sulla soluzione del dubbio diagnostico terapeutico, ovvero la scelta razionale di una procedura che abbia il più basso rischio ma la più alta predicibilità. Attraverso una disamina dei dubbi, realizzata attraverso i punti del piano di trattamento razionale (P.T.R.), è stato quindi possibile, scegliere tra le diverse ipotesi di soluzioni da affrontare, in relazione al caso.

Fase chirurgica:

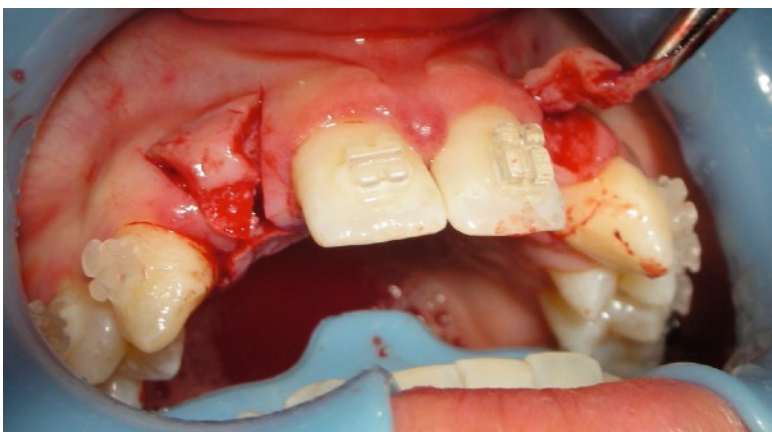
Sul tipo di lembo da affrontare, le considerazioni sono le seguenti, in questo caso non sono necessarie rigenerative per cui la chiusura per prima intenzione del lembo non è necessaria.

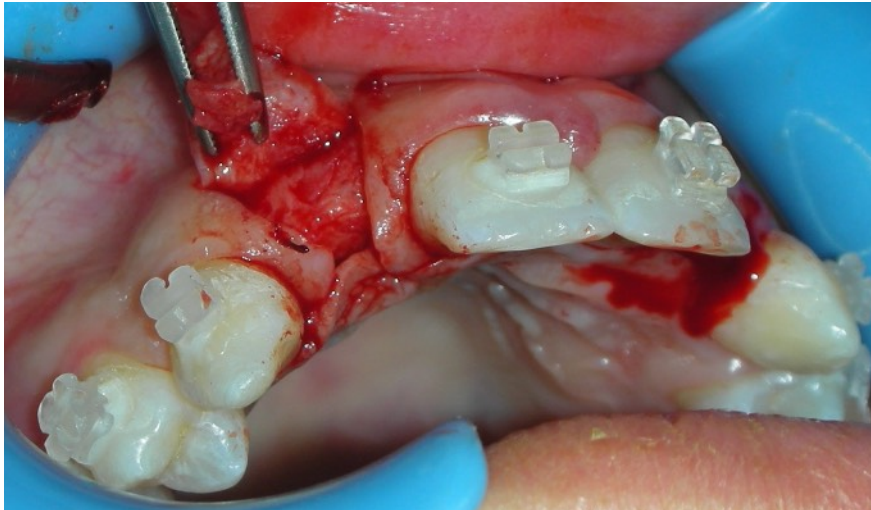
È necessario altresì la preservazione e l'aumento dei tessuti molli, visto l'area estetica.

Per perseguire quest'obiettivo, l'apertura, del lembo con tecnica roll flap modificata, potrebbe essere valida. Questa procedura è stata descritta per la prima volta da Abram nel 1980, come tecnica per aumentare il tessuto a livello delle selle edentule e nel 1992 è stato modificato da Scharf e Tarnow per il suo possibile utilizzo in ambito di second-stage implantare, la sua esecuzione, consente il prelievo di un tessuto connettivo peduncolato e vascularizzato, legato al lembo principale, attraverso un'incisione a spessore parziale dal lato palatale; ha indicazione, per l'aumento dei tessuti molli dal lato vestibolare nella seconda fase chirurgica, infatti il tessuto connettivo prelevato, viene ribaltato dal lato vestibolare, mentre l'incisione parziale palatale minimizza il trauma del sito donatore.

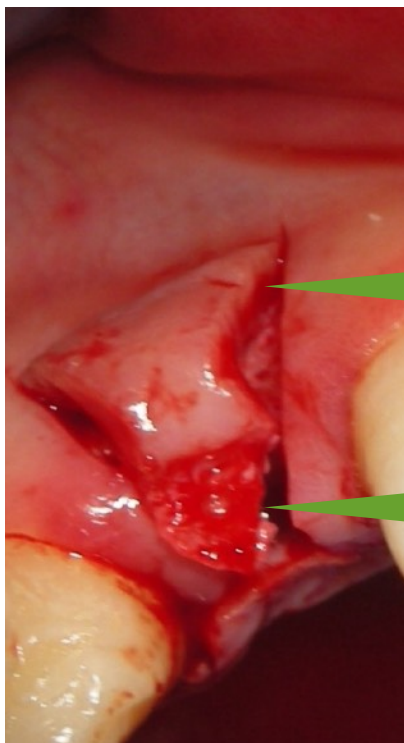
Nel nostro caso verrà utilizzato per la prima ed unica fase chirurgica e il tessuto connettivo palatale, ribaltato, servirà a far fronte alla richiesta estetica di maggior tessuto molle.

Per cui per questo caso è stato allestito un lembo roll flap modificato con incisioni di scarico verticali paramarginali. Questo lembo ha permesso un risparmio del tessuto papillare, riduzione dei rischi di riassorbimento, ed aumento di tessuto molle in sede vestibolare.





Dettaglio del lembo sopra descritto: sono evidenti le incisioni, ed il prelievo di tessuto connettivo palatale peduncolato (irrorato) dal lembo vestibolare.



Lembo vestibolare(incisioni a tutto spessore)

Connettivo palatale (incisioni verticali ed orizzontali a spessore parziale)

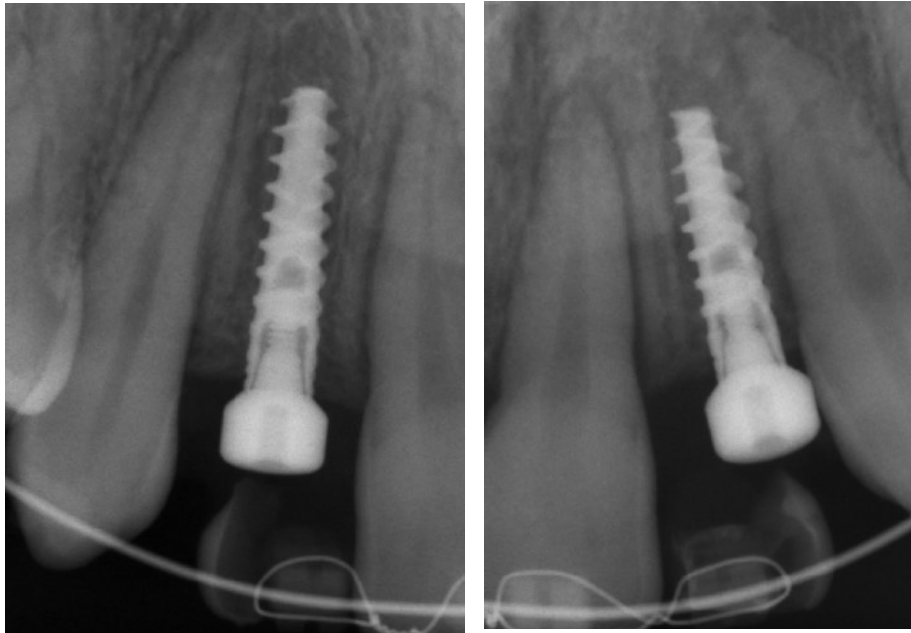
l'osteotomia è stata effettuata inizialmente con fresa cilindrica da 1.8 mm per l'intera lunghezza programmata, con fresa cilindrica da



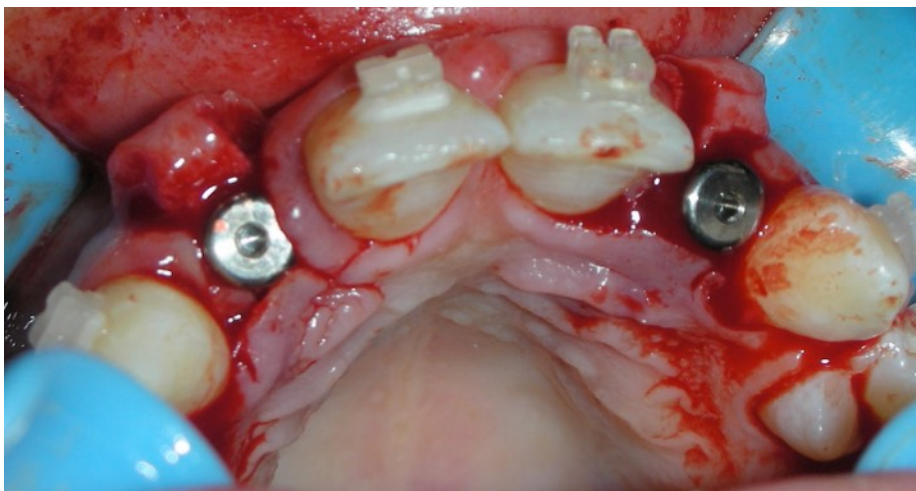
2.2 mm per metà lunghezza di lavoro. Mediante osteotomi da 2, e da 3 mm con punta convessa è stata completata la preparazione osteotomica, ottenendo con questa tecnica un aumento per semplice espansione di tessuto osseo corticale.



Inserimento implantare 3 mm di diametro per 13 mm di lunghezza (Adin Implant np).



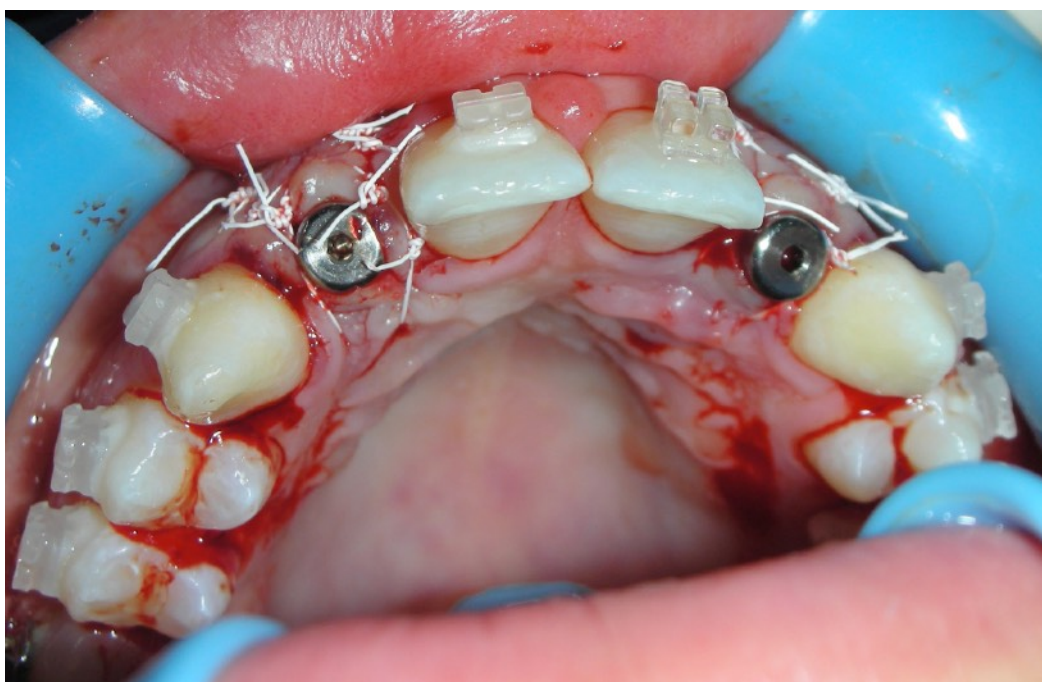
Rx endorali di controllo.



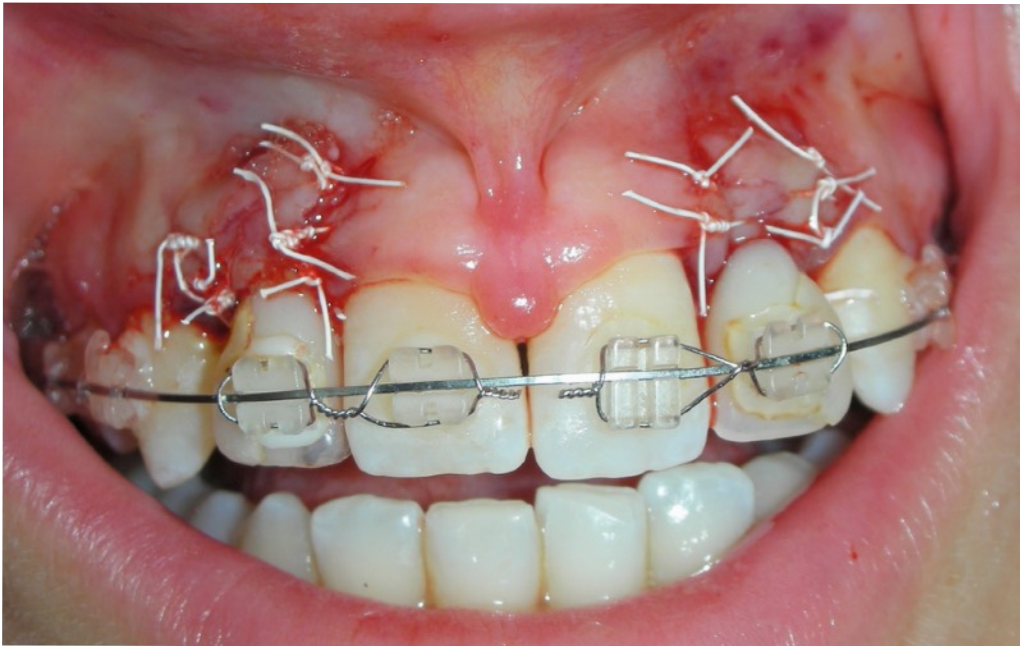
Per evitare il collassamento dei tessuti molli, l'intervento è stato terminato con la copertura degli impianti con viti di guarigione da 3.5 mm di altezza. Il tessuto connettivo palatale è stato ripiegato sul lembo vestibolare ed assicurato mediante sutura in GORE.



Si apprezza prima della sutura, l'aumento dei tessuti vestibolari.



Suture in GORE.

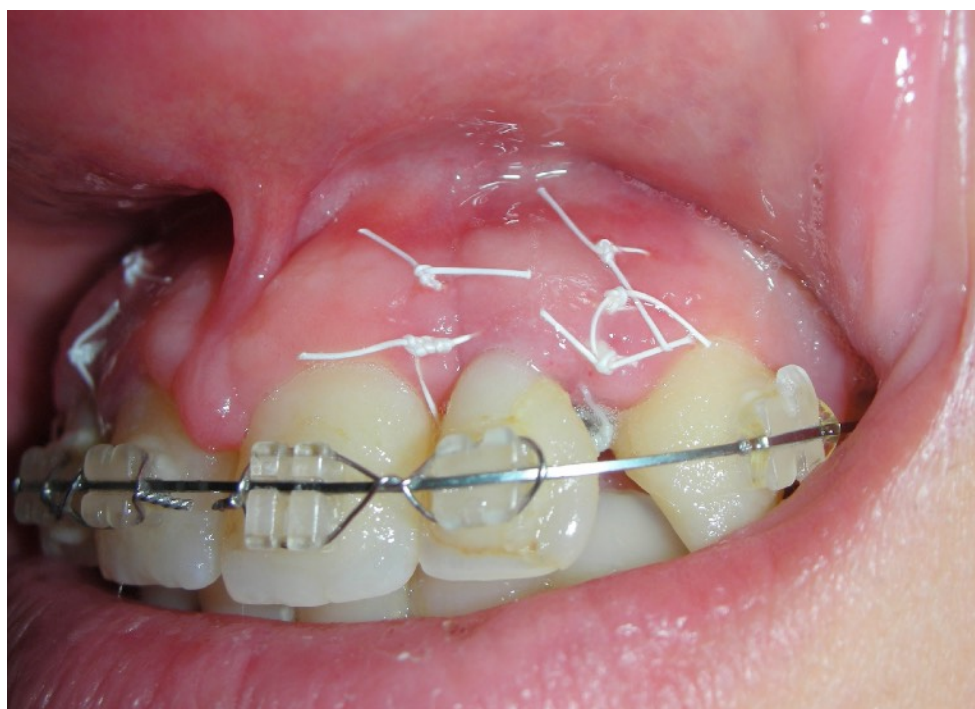


Guarigione ad una settimana.





Guarigione ad una settimana.





Fase protesica 4 mesi: alla rimozione delle viti di copertura, si apprezza una buona conservazione di tessuti in sede vestibolare e la perfetta integrazione implantare ed essi.



Abutment individualizzati in titanio.(Procera system.)



Condizionamento dei tessuti, mediante provvisori in composito.
Consegna degli elementi in ceramica.



