

Gestione del deficit alveolare nell'agenesia di un incisivo laterale superiore

La seconda agenesia dentale più frequente è rappresentata dagli incisivi laterali superiori, dopo il più comune terzo molare inferiore.



Bertone Federico –
DDS, MSc, PhD



Bibliografia
disponibile
online

Introduzione

La seconda agenesia dentale più frequente è rappresentata dagli incisivi laterali superiori, dopo il più comune terzo molare inferiore [1]. Questa comune agenesia porta al paziente un importante impatto funzionale ed estetico e una gestione impegnativa per il team odontoiatrico. Sono stati riportati diversi approcci per il trattamento di questa condizione, sia per l'agenesia monolaterale che bilaterale. Dal meno invasivo al più invasivo si possono elencare: i) l'adattamento conservativo / protesico del canino in sostituzione dell'incisivo e del primo premolare per funzione canina (con o senza trattamento ortodontico); ii) la creazione ortodontica dello spazio per l'incisivo e la sostituzione protesica con corona fissa (con diversi approcci); iii) la creazione ortodontica di spazio per l'incisivo e riabilitazione fissa supportata da impianto; la riabilitazione protesica rimovibile può essere

utilizzata, al giorno d'oggi, solo per funzione provvisoria quando non è possibile utilizzare protesi provvisorie fisse [2]. Anche se la riabilitazione supportata da impianti porta alcuni vantaggi, porta anche diversi svantaggi come il limite di età, l'invasività chirurgica, l'estetica dei tessuti duri e molli di difficile gestione, data la posizione strategica dell'incisivo. Inoltre, l'inserimento precoce dell'impianto dovrebbe prevedere una prognosi a lungo termine della riabilitazione, vista l'età del paziente al momento del trattamento. Infine, l'agenesia porta deficit sia dei tessuti molli che duri che devono essere ripristinati in quanto a garanzia di un risultato estetico e funzionale della riabilitazione implantare. Pertanto, la riabilitazione implantare di un incisivo laterale mancante, risulta essere una condizione impegnativa per il chirurgo orale e il protesista.



Fig. 1a Fotografia spazio mesio-distale.

Presentazione del caso

Un paziente caucasico di 21 anni, sano dal punto di vista sistemico, è stato valutato per l'inserimento di un impianto in sede 1.2 dopo un'attenta valutazione delle alternative terapeutiche. Il paziente è stato sottoposto a 12 mesi di terapia ortodontica fissa per la creazione di spazio e l'allineamento dentale. Successivamente, al paziente è stato prescritto di portare una contenzione rimovibile per attendere una crescita muscoloscheletrica ragionevolmente completa. Le scansioni

CBCT (*fig. 1a e 1b*) hanno mostrato uno spazio mesio-distale sufficiente con una carenza in spessore. L'esame clinico evidenziava un'ampia banda di gengiva aderente. Pertanto, il piano di trattamento prevedeva il primo approccio chirurgico per l'inserimento implantare e la contestuale rigenerazione

ossea; dopo sei mesi il posizionamento di un *healing abutment* con aumento dei tessuti molli ed infine la riabilitazione protesica definitiva.

Sono stati somministrati due grammi di amoxicillina come profilassi antibiotica prima dell'interven-

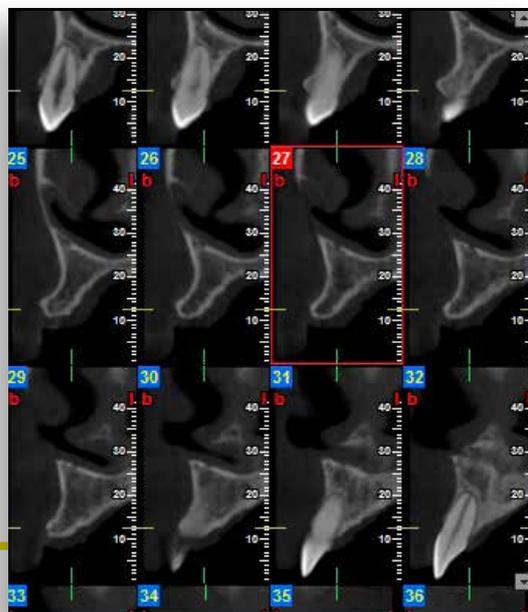


Fig. 1b Fotografia spazio mesio-distale.

>> Discussione

to chirurgico che consisteva in un lembo trapezoidale a tutto spessore da 1.1 a 1.3. Dopo lo scollamento a tutto spessore, il sito implantare è stato preparato con un approccio combinato (piezoelettrico e frese *twist drill*) (fig 2). È stato scelto un impianto cilindrico-conico con connessione conica di 3,6 mm x 12 mm (GTB, Advan Amaro UD, Italia) inserito 1,5 mm sotto la cresta in posizione palatale (fig 3). Successivamente, sono stati praticati fori di osteo-promozione nel versante buccale ed è stata posizionata una membrana in collagene cross-linked (Bio Gide, Geistlich, Wolhusen Svizzera) assicurandola con un singolo pin palatale e due vestibolari posizionati tra le radici del 1.1 e 1.3. Il gap osseo è stato riempito con DBBM ed osso autologo. Dopo un accurato rilascio periostale, è stata ottenuta la chiusura per prima intenzione

dei lembi (fig 4). Al paziente è stata prescritta una terapia antibiotica e antinfiammatoria (ibuprofene q8h e amoxicillina q12h) insieme a collutorio a base di clorexidina 0,2% e prescrizioni post-operatorie. Non sono state registrate complicanze post operatorie e le suture sono state rimosse dopo 14 giorni. Dopo sei mesi, in fase di riapertura, è stata scelta una tecnica roll flap, unitamente all'applicazione di una membrana di L-PRF (fig 5). Dopo una fase di guarigione di un mese, sono state rilevate le impronte ed è stata consegnata la corona fissa cementata in disilicato di litio (fig 6). Dopo un anno di guarigione, oltre ad un fisiologico rimodellamento dell'osso perimplantare, i tessuti molli e duri rimangono stabili con buoni risultati estetici e funzionali (fig 7).



Fig. 2 Preparazione sito implantare con approccio combinato.



Fig. 3 Impianto cilindrico-conico in posizione palatale.



Fig. 4 Chiusura lembi.

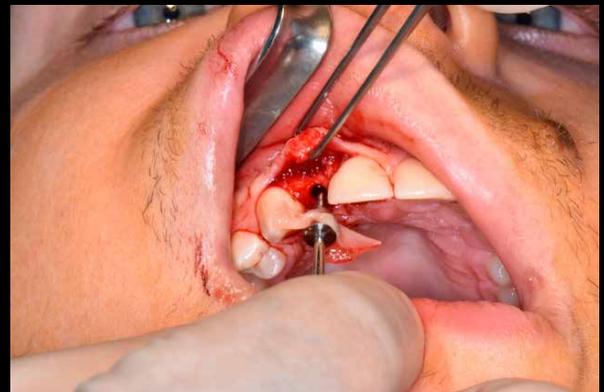


Fig. 5 Tecnica roll flap e applicazione membrana L-PRF.

TECNOLOGIA MAGNETO DINAMICA

magnetic
M A L L E T

Tanto dirompente quanto semplice e intuitiva: controllo totale, nelle tue mani! L'innovazione in odontoiatria è l'impulso magneto dinamico.

Applicazioni

Chirurgia guidata
Rialzo seno mascellare
Levacorone
Espansione orizzontale
Osseodensificazione
Preparazione implantare
Pin Fixation System
Estrazione

Vantaggi

Semplice e intuitivo
Massimo controllo
Zero calore
Massima forza
Tempi ridotti
Versatile e modulabile
Mini-invasivo



GUARDA I VIDEO CLINICI



Discussione e conclusioni

La riabilitazione implanto-protetica rappresenta una soluzione efficace per il trattamento di un'agenesia dentaria. Tuttavia, la corretta gestione di eventuali carenze tissutali appare un fattore fondamentale per la stabilità dei tessuti a breve e lungo termine e quindi per il successo dell'implanto. L-PRF è stato scelto in questo caso per favorire la guarigione della mucosa [3] e per l'aumento dei tessuti molli [4] data la presenza di un'ampia fascia di gengiva aderente. Pertanto, l'innesto di tessuto connettivo autologo, più invasivo, non è stato preso in considerazione. La facilità di prelievo ematico, insieme ai costi ridotti della procedura, rendono l'emo-derivato un'opzione di scelta in casi selezionati. La scelta dell'aumento dei tessuti duri, contestuale all'inserimento dell'implanto, è stato realizzato: i) in virtù dell'altezza e lo spessore osseo sufficienti per garantire una stabilità primaria dell'implanto; ii) fornire lo spessore osseo adeguato per ridurre il rischio di deiscenza buccale con possibile impatto estetico e per consentire un posizionamento dell'implanto protesicamente

guidato [5]. Anche la scelta dell'implanto è stata effettuata in base allo stato dell'arte: la posizione sotto il livello dell'osso consente più spazio per i tessuti duri e molli insieme ad una più agevole gestione protesica della corona. Pertanto, la scelta è stata orientata verso una connessione conica. È riportato infatti che la connessione conica abbia il minimo micro-gap con il moncone protesico. Questo aspetto sembra proteggere l'osso perimplantare dal riassorbimento [6]. Infine, è stata scelta una superficie implantare di moderata rugosità (Osseogrip®) in base alla prognosi attesa dell'implanto e alla sua posizione: può giovare da questa scelta il successo a lungo termine data la bassa correlazione con la patologia perimplantare e la facilità di pulizia [7], se esposto alla cavità orale. In conclusione, un accurato piano di trattamento, unitamente alle più aggiornate scoperte scientifiche portate al setting clinico, può consentire un buon esito del trattamento, sia per il paziente che per il clinico. □

Fig. 6 Fotografia Corona fissa cementata.



Fig. 7 Radiografia osso perimplantare.

