

ESTETICA IN IMPLANTOLOGIA: UN CASO MULTIDISCIPLINARE

STUDIO ODONTOIATRICO ASSOCIATO ORTENSÌ - STROCCHI
 Relatori: Dr. Luca Ortensi e Dott.ssa Maria Laura Strocchi - Bologna

Introduzione

Le tecniche implantari sono una soluzione terapeutica irrinunciabile nella formulazione di un piano di trattamento completo. Spesso l'odontoiatra si trova di fronte a patologie che riguardano il settore frontale del cavo orale ed il paziente stesso suggerisce la terapia implantare come mezzo terapeutico per recuperare la salute orale. Ma implantologia ed estetica non sempre sono in simbiosi e le terapie implantari, pur ripristinando funzione e fonazione, solo in determinate condizioni riescono a favorire la riuscita estetica di una terapia ricostruttiva del settore frontale: in particolare quando non sono necessarie chirurgie avanzate per modificare il sito chirurgico. Lo scopo di questa comunicazione è quello di presentare un caso clinico che illustra il ripristino di funzione ed estetica corretta nel settore anteriore, grazie all'utilizzo delle tecniche implantari e ad un approccio multidisciplinare.

STATO INIZIALE E FASE ORTODONTICA

La paziente C.M. di 42 anni si presenta alla nostra osservazione segnalandoci gonfiore e dolore a livello della zona palatina del dente 21. All'esame obiettivo riscontriamo che sia il dente 11 che il 21 sono ricostruiti con corone protesiche. Il 21 ha una infiammazione gengivale con presenza di essudato purulento nella faccia palatina. Il sondaggio paradontale eseguito ha valore di 9 mm in zona palatina e di 7 mm in zona mesio e disto palatina. (Fig. 1 - 2 - 3)

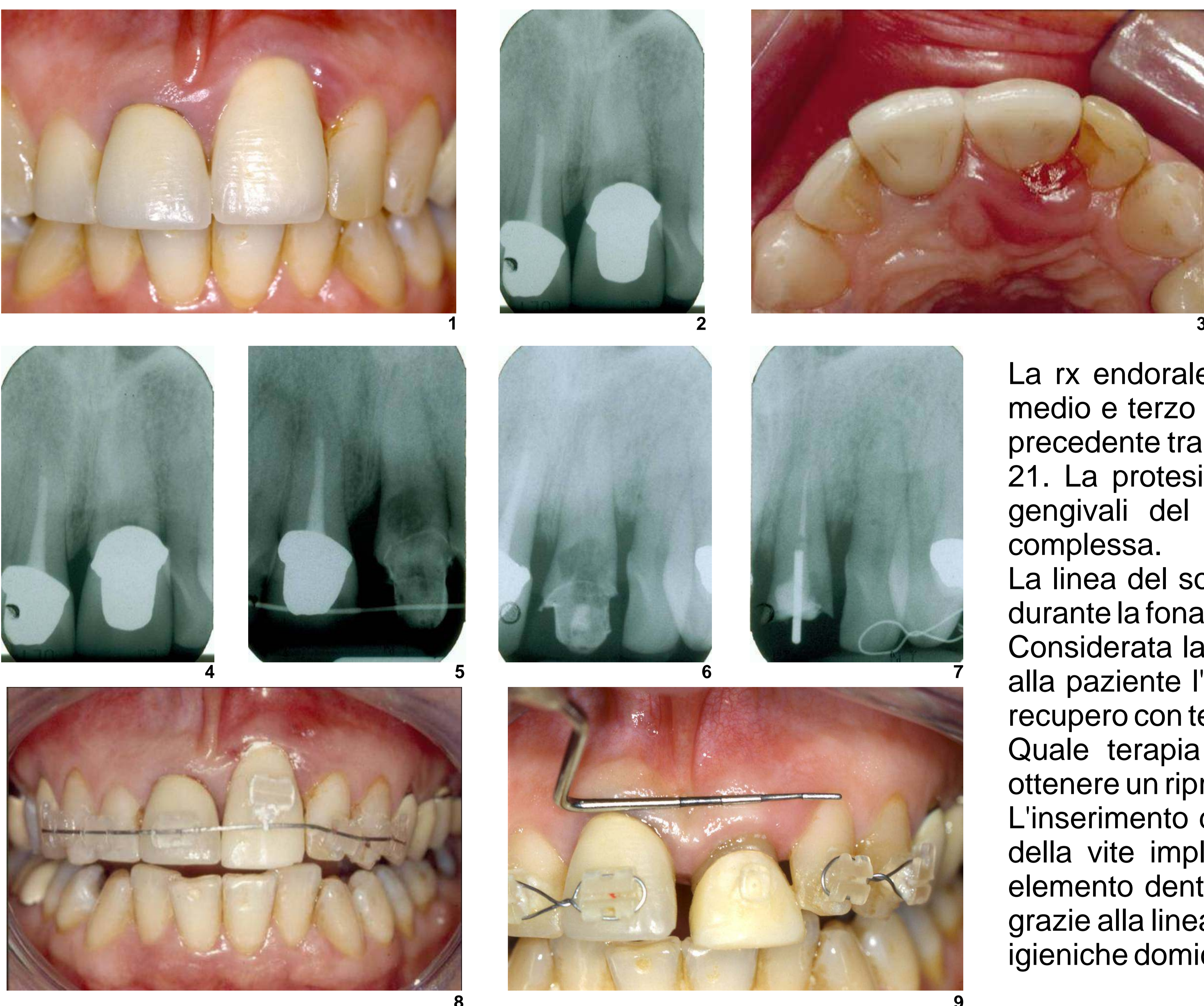
La rx endorale di controllo mostra un riassorbimento radicolare tra terzo medio e terzo cervicale della radice. La paziente riferisce di aver avuto un precedente trauma sui denti 21 ed 11 (circa 20 anni prima) con intrusione del 21. La protesizzazione successiva ha mantenuto il dislivello dei margini gengivali del 11 e del 21 rendendo l'igiene del sito particolarmente complessa.

La linea del sorriso appare bassa e non sono visibili le parabole gengivali durante la fonazione ed il sorriso.

Considerata la situazione clinica e gli esami radiografici abbiamo proposto alla paziente l'estrazione del dente in quanto risultava improbabile un suo recupero con terapie conservative di tipo tradizionale.

Quale terapia ricostruttiva effettuare per sostituire il dente estratto ed ottenere un ripristino della funzione e dell'estetica?

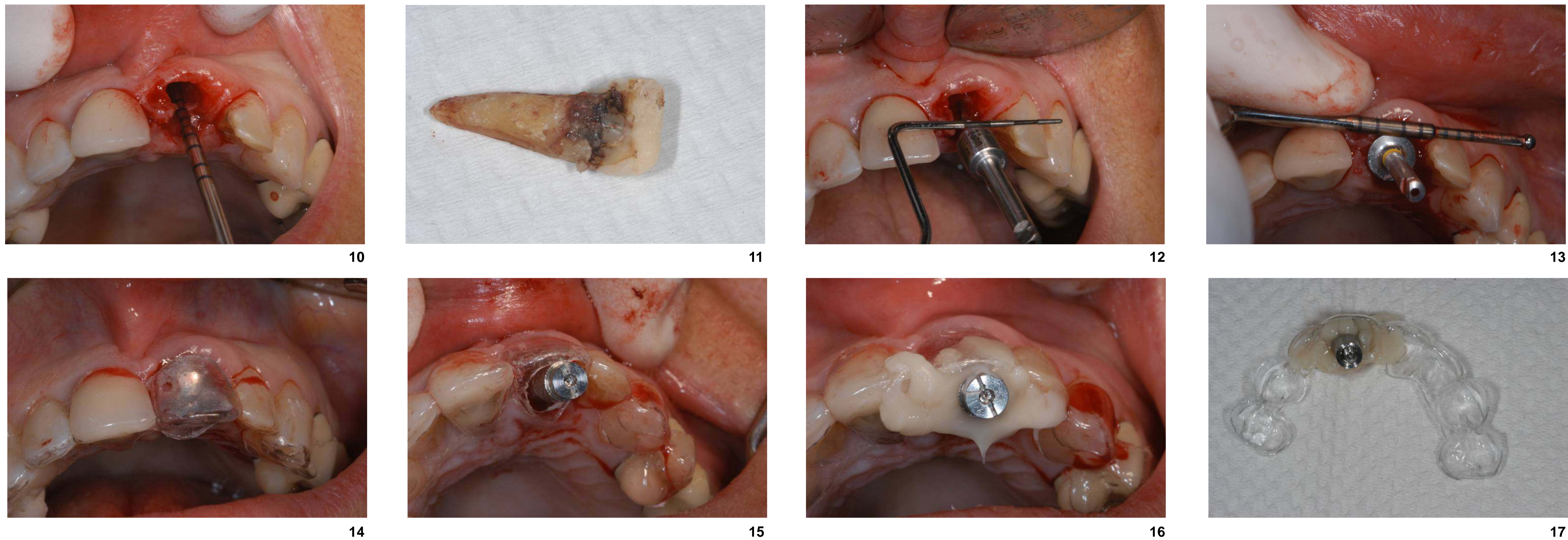
L'inserimento di un impianto post-estrattivo determinerebbe una posizione della vite implantare molto apicale con la successiva costruzione di un elemento dentale estremamente lungo, con un effetto antiestetico limitato grazie alla linea del sorriso bassa, ma con una chiara difficoltà nelle manovre igieniche domiciliari.



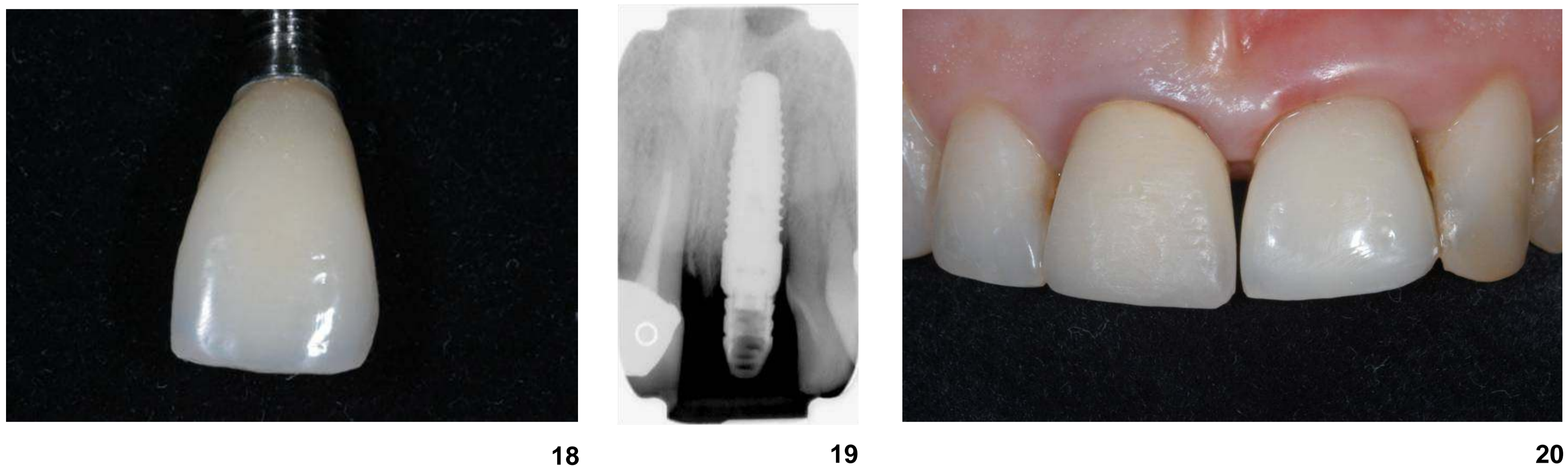
In alternativa si riteneva possibile la costruzione di una protesi parziale fissa con i denti 11 e 22 come pilastri protesici. Anche in questo caso la terapia non sarebbe stata ottimale per l'eccessiva lunghezza dell'elemento di ponte. Eventuali terapie mucogengivali di tipo ricostruttivo del parodonto avrebbero ridotto l'estensione dell'elemento intermedio, con un allungamento dei tempi per la fabbricazione del manufatto definitivo. La letteratura è concorde nel consigliare di attendere almeno 3 mesi tra un innesto e l'altro e nel nostro caso, si dovevano eseguire almeno 2 apporti di tessuto mucogengivale per migliorare l'anatomia dell'area edentula.

Abbiamo proposto alla paziente di eseguire una estrazione "controllata" del 21. Grazie alle tecniche ortodontiche abbiamo estruso lentamente il dente con forze ridotte in modo che le strutture paradontali di supporto seguissero l'elemento dentale. A distanza di 4 mesi, le rx di controllo, l'esame obiettivo ed i sondaggi ci mostrano una posizione più coronale di tutti i tessuti di sostegno del dente. (Fig. 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9)

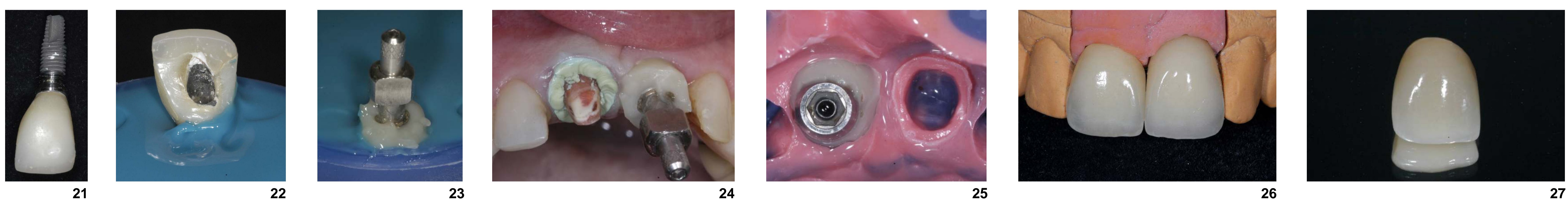
FASE CHIRURGICA



Quando il margine gengivale del 21 ha superato le linee gengivali dei denti adiacenti abbiamo eseguito un impianto post estrattivo con asportazione del residuo radicolare del 21 ed inserimento di un impianto NT di diametro 5mm per 15mm di lunghezza con un torque superiore a 40 Ncm. Non è stato aperto alcun lembo chirurgico e nel gap presente tra osso e impianto, nella zona coronale, non è stato inserito alcun materiale di riempimento in quanto lo spazio residuo tra le due strutture era inferiore al millimetro. (Fig. 10 - 11 - 12 - 13 - 14 - 15 - 16 - 17)



FASE PROTESICA



E' stata rilevata un'impronta intraoperatoria ed il tecnico ha sviluppato il modello di lavoro ed ha costruito un abutment provvisorio e un dente in resina. Le strutture protesiche sono state avvitate con un dinamometro a 20 Ncm entro 48h dalla chirurgia implantare. Il provvisorio in resina acrilica è stato funzionalizzato in modo che non vi fossero contatti ne in P.I.M. ne durante i movimenti escursivi di protusiva e lateralità. (Fig. 17 - 18 - 19)

STATO FINALE



La paziente è stata controllata mensilmente per i successivi 6 mesi e la terapia finalizzata protesizzando con una galvanoceramica il dente 11 ed eseguendo una corona in ceramica, connessa con avvitamento diretto, sull'impianto. (Fig. 28 - 29 - 30 - 31 - 32 - 33 - 34 - 35)

BIBLIOGRAFIA

- 1) Atherton J.D. The gingival response to orthodontic tooth movement. Am J Orthod 1970; 58:179-86
- 2) Mantzinkos T et al. Forced eruption and implant site development: soft tissue response. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1997; 112: 596-606
- 3) Capri D et al. Augmentation of an anterior edentulous ridge for fixed prosthodontics with combined use of orthodontics and surgery: A clinical report. J Prosthet Dent 2003;90:111-5
- 4) Salama M et al. Guidelines for aesthetic restorative options and implant site enhancement: The utilization of orthodontic extrusion. Pract Proced Aesthet dent 2002;14(2):125-130.
- 5) Salama H et al. The role of orthodontic extrusion/remodelling in the enhancement of soft and hard tissue profiles prior to implant placement: A systematic approach to the management of extraction site defects. Int J Periodont Rest Dent 1993;13(4):312-333