

Riferimenti bibliografici

- ¹ Weng D, Nagata MJH, Bell M, Bosco AF, Melo LGN, Richter EJ: Influence of microgap location and configuration on the periimplant bone morphology in submerged implants. An experimental study in dogs. Clin Oral Implants Res 19:1141-1147 (2008)
 - ² Araújo MG, Lindhe J: Dimensional ridge alterations following tooth extraction. An experimental study in the dog. J Clin Periodontol 32:212-218 (2005)
 - ³ Weng D, Stock V, Schliephake H: Are socket and ridge preservation techniques at the day of tooth extraction efficient in maintaining the tissues of the alveolar ridge? Eur J Oral Implantol 4 (Suppl): S59-S66 (2011) (Proceedings of the 1st Consensus Conference of the German Association of Oral Implantology)
-

Fornitore

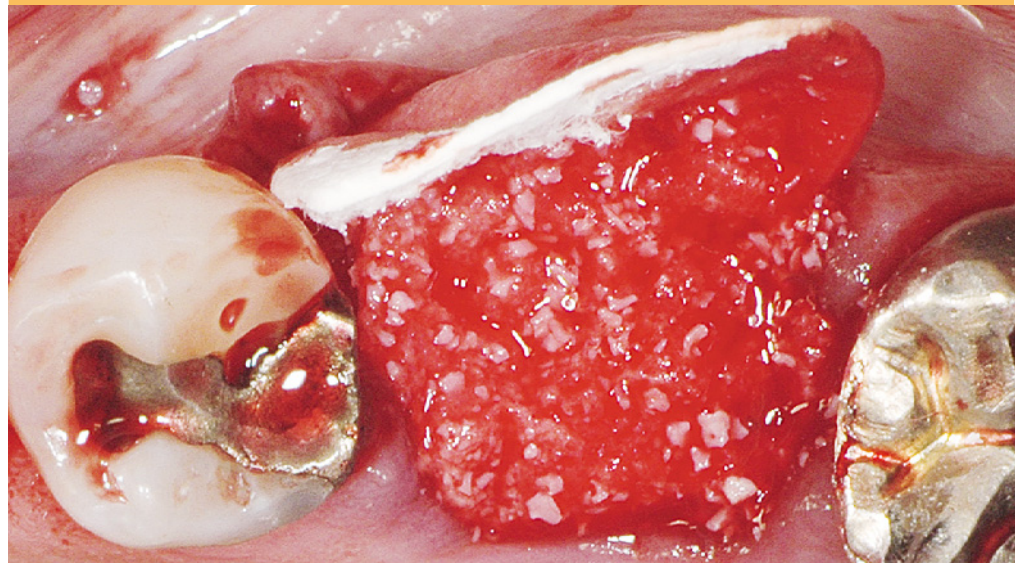
- > Spugna di gelatina: Gelastypt[®], sanofi-aventis, Francoforte, Germania
 - > Sistema implantare: ANKYLOS[®] C/X, Dentsply Friadent GmbH, Mannheim, Germania
 - > Materiale di sutura: Seralene[®] 6-0, Serag-Wiessner KG, Naila, Germania
 - > Geistlich Bio-Oss[®] Collagen + Geistlich Bio-Gide[®] di Geistlich Biomaterials Wolhusen, Svizzera
-

Contatto

- > Dr. Dietmar Weng, Maximilianstraße 17, 82319 Starnberg, Germania
Telefono: +49-8151-652525, Fax: +49-8151-652511, e-mail: dw@max-17.de, sito web: www.max-17.de
-

Altre Indication Sheet

- > Per ricevere gratuitamente le Schede di Indicazioni cliniche contattate il vostro Responsabile di zona oppure scrivetece a info@geistlich.it



Concetto di trattamento del Dr. Dietmar Weng, Starnberg, Germania



- > Preservazione della cresta dopo estrazione dentaria in un alveolo con difetto della parete ossea vestibolare come preparazione a un impianto successivo

1. Profilo dell'indicazione

Regione	<input type="checkbox"/> regione estetica	<input checked="" type="checkbox"/> regione non estetica
	<input checked="" type="checkbox"/> gap di dente singolo	<input type="checkbox"/> gap di più denti
Situazione del tessuto osseo	<input checked="" type="checkbox"/> difetto osseo	<input type="checkbox"/> nessun difetto osseo
Situazione dei tessuti molli	<input type="checkbox"/> recessione	<input checked="" type="checkbox"/> nessuna recessione
	<input checked="" type="checkbox"/> biotipo spesso	<input type="checkbox"/> biotipo sottile
	<input type="checkbox"/> chiusura primaria della ferita possibile	<input checked="" type="checkbox"/> chiusura primaria della ferita impossibile
	<input checked="" type="checkbox"/> mucosa cheratinizzata adeguata	<input type="checkbox"/> mucosa cheratinizzata inadeguata
	<input type="checkbox"/> senza complicanze	
Impianto	<input type="checkbox"/> contestuale a incremento osseo (1 fase)	<input checked="" type="checkbox"/> successivo a incremento osseo (2 fasi)

Geistlich Biomaterials Italia S.r.l.
Via Castelletto, 28
IT-36016 Thiene VI
Tel.: +39/0445-370890
Fax: +39/0445-370433
www.geistlich.it

Geistlich
Biomaterials

© Geistlich Pharma AG
Business Unit Biomaterials
CH-6110 Wolhusen
tel. +41 41 492 56 30
fax +41 41 492 56 39
www.geistlich-pharma.com

Dr. Dietmar Weng

Subito dopo l'estrazione, gli alveoli di denti monoradicolati o pluriradicolati pongono diversi problemi all'odontoiatra implantologo. Negli alveoli dei molari la posizione protesicamente corretta dell'impianto coincide con l'area dei setti interradicolari. Tuttavia in quest'area le procedure di fresatura per realizzare l'osteotomia implantare sono di difficile esecuzione e non di rado causano la perdita dei setti. In questi casi la stabilità primaria è raggiungibile solo oltre il fondo dell'alveolo, nei millimetri disponibili al di sopra del nervo alveolare inferiore o al di sotto del pavimento del seno mascellare. Inoltre, anche dopo un impianto riuscito nell'area dei molari, va comunque affrontata la questione di come trattare le fessure tra impianto e parete alveolare. Inoltre, una guarigione chiusa non è sempre possibile, a meno che non vengano prese in considerazione procedure quali scollamento esteso del lembo e incisioni periostali per ottenere una chiusura primaria degli alveoli. In alternativa, possono essere avvitati abutment di guarigione sull'impianto per una guarigione aperta, il che impone requisiti più elevati per la stabilità primaria. Negli alveoli di denti monoradicolati l'osteotomia implantare deve essere eseguita lungo il piano obliquo della parete alveolare, per poter ottenere una posizione dell'impianto leggermente spostata in direzione orale. Questo risulta necessario a causa dell'attività di microfissurazione della maggior parte dei sistemi implantari¹. Inoltre, questa tecnica permette di creare uno spazio tra impianto e sottile parete ossea vestibolare che può essere riempito per compensare la perdita verticale di osso fascicolato che si verifica dopo l'estrazione². Questa sorta di "air bag" vestibolare servirà successivamente a impedire la recessione dei tessuti duri e molli.

Per evitare queste problematiche su un impianto immediato riuscito, in posizione tridimensionale protesicamente corretta, o in caso di alveoli residui troppo infiammati o con difetti ossei troppo estesi per un impianto immediato, si prende in considerazione la procedura di preservazione della cresta³. Negli alveoli con difetti ossei (> 1,5 mm di perdita della dimensione verticale su una o più pareti alveolari e/o presenza di una fenestrazione apicale, ad es. a causa di una precedente resezione dell'apice radicolare) si esegue la preservazione della cresta adeguata al caso descritto. Negli alveoli integri la procedura è identica, ma data la presenza delle quattro pareti alveolari non viene applicata la membrana.

Farmaci utilizzati

Clindamicina (2 x 600 mg per 7 giorni), ibuprofene (2 x 600 mg per 3 giorni), clorexidina gluconato 0,1% (2 v/die per 4-6 settimane).

2. Obiettivi del trattamento

- > L'obiettivo del trattamento di preservazione della cresta è quello di trasformare la superficie della parete alveolare ancora presente al momento dell'estrazione in un letto implantare osseo completo senza scollamento del lembo e con una procedura chirurgica minima, oltre a rigenerare le porzioni già mancanti prima dell'estrazione mediante una tecnica GBR.

3. Procedura chirurgica

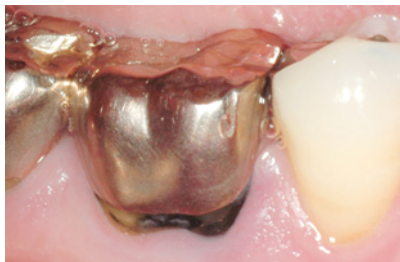


Fig. 1 Dente 46 precedentemente protesizzato con una corona fusa dopo trattamento endodontico. Tasche parodontali sensibilmente più profonde in senso mesio-vestibolare e clinicamente evidenti.

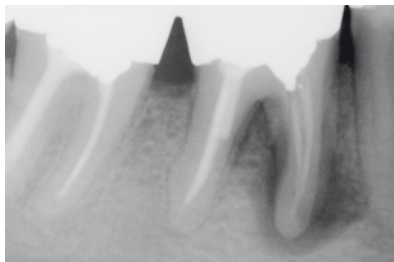


Fig. 2 È riconoscibile una marcata riduzione della radioopacità lungo la radice mesiale. Dopo un consulto con l'endodontista il dente è stato classificato come non idoneo alla conservazione per sospetta frattura longitudinale.

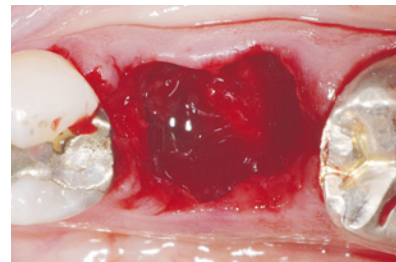


Fig. 3 Dopo la rimozione della corona e la separazione vestibolo-linguale, le due metà del dente sono state rimosse dall'alveolo in modo atraumatico.



Fig. 4 L'estrazione ha confermato la frattura longitudinale della radice mesiale.

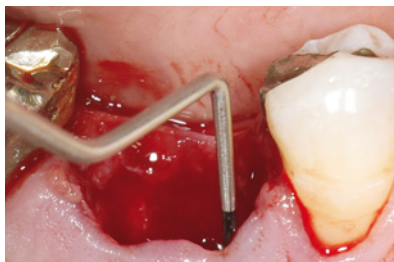


Fig. 5 La sonda posizionata sulla parete alveolare residua ha rilevato un'altezza gengivale mesio-vestibolare di 10 mm, corrispondente a una perdita verticale della parete alveolare di 7 mm.

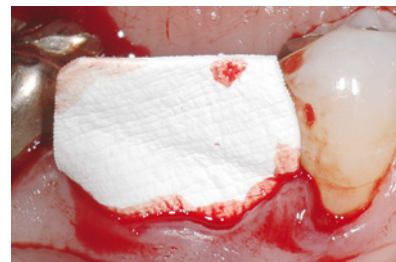


Fig. 6 Il periostio è stato scollato dalla parete ossea vestibolare per una lunghezza verticale di 3-4 mm e una membrana Geistlich Bio-Gide® è stata inserita tra il periostio e la parete alveolare.

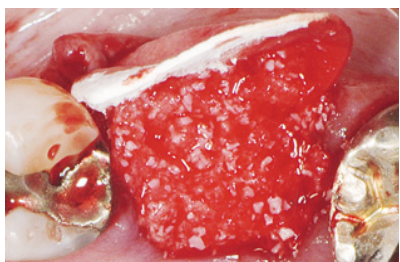


Fig. 7 Lo spazio alveolare è stato riempito con Geistlich Bio-Oss® Collagen. Si è scelto di evitare la condensazione del materiale fino all'apice radicolare.

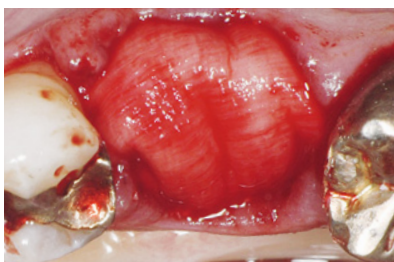


Fig. 8 La parte più porosa della membrana Geistlich Bio-Gide® è stata fatta scivolare in direzione linguale tra periostio e parete alveolare.

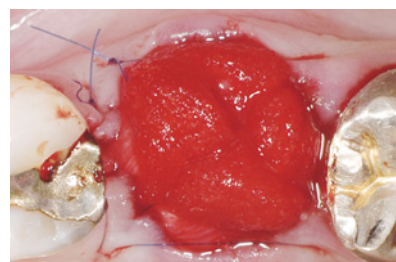


Fig. 9 Sopra la membrana Geistlich Bio-Gide® è stata applicata una spugna di gelatina fissata con una sutura orizzontale a punti incrociati per una chiusura crestale della ferita.

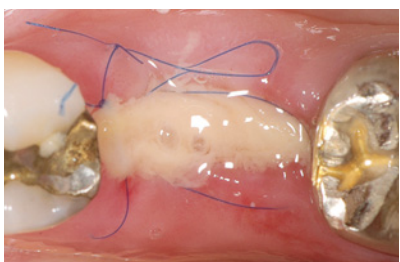


Fig. 10 Situazione dopo 6 giorni dalla procedura di preservazione della cresta al momento della rimozione dei punti.



Fig. 11 Situazione dopo 4 settimane.



Fig. 12 Situazione dopo 6 mesi al momento dell'inserimento dell'impianto.

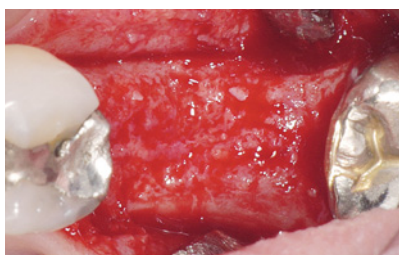


Fig. 13 L'incisione crestale rivela una cresta alveolare molto bene conservata nella dimensione orizzontale. Il difetto originale di deiscenza mesio-vestibolare è stato corretto.

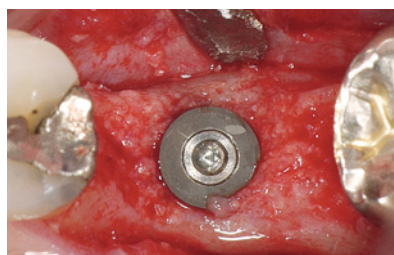


Fig. 14 È stato inserito un impianto Ankylos C/X 4,5 x 9,5 mm. Dopo l'inserimento, sul lato vestibolare dell'impianto era presente una parete ossea dello spessore di 1,5 mm.

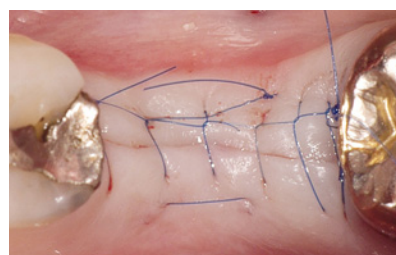


Fig. 15 I lembi sono stati richiusi senza tensioni e senza incisioni periostali con una doppia linea di sutura.



Fig. 16 La radiografia postoperatoria ha mostrato una distanza di sicurezza sufficiente tra il nervo alveolare inferiore e l'ossificazione ancora in atto nell'area dell'alveolo.



Fig. 17 Guarigione della ferita dopo 1 settimana dall'inserimento dell'impianto



Fig. 18 Situazione dopo 4 mesi nel giorno dell'esposizione dell'impianto.



Fig. 19 Dopo l'esposizione con tecnica mininvasiva è stato avvitato l'abutment di guarigione.

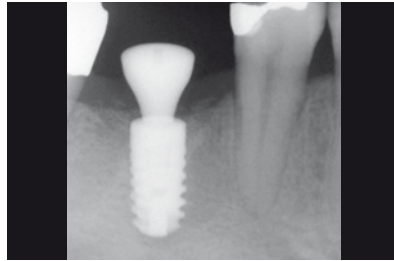


Fig. 20 La radiografia subito dopo l'esposizione mostra l'impianto osteointegrato con ossificazione avanzata del tessuto duro perimplantare.

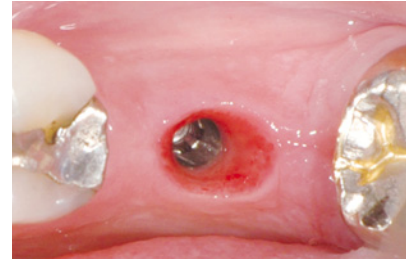


Fig. 21 Situazione dei tessuti molli dopo 4 settimane dall'esposizione dell'impianto nel giorno dell'inserimento della sovrastruttura.



Fig. 22 Moncone in titanio individuale realizzato con CAD/CAM avvitato sull'impianto con un torque di 15 Ncm.



Fig. 23 Corona in metallo-ceramica dopo la cementazione sul moncone implantare.



Fig. 24 Nella vista buccale è evidente la maggiore altezza del margine dei tessuti molli in senso centro-vestibolare rispetto alla situazione prima dell'estrazione del dente.

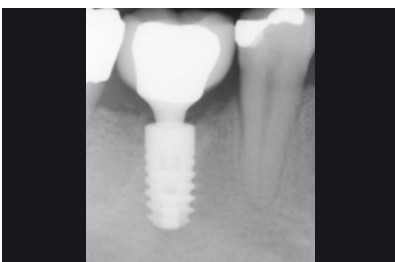


Fig. 25 Radiografia dopo la cementazione della corona per verificare il cemento in eccesso.