

Mantenimento del trofismo connettivale in regione estetica con utilizzo di impianti ibridi

Autori _Alberto Maltagliati*, Pier Edoardo Maltagliati** e Andrea Ottonello***

** Professore a contratto di Clinica Odontostomatologica presso l'Università degli Studi di Genova e titolare di incarico libero-professionale presso la stessa Università, dove si occupa di chirurgia orale e ricostruttiva. Esercita la libera professione di Medico Odontoiatra in Genova presso il proprio studio e come consulente presso importanti centri odontoiatrici in Italia e all'estero. È regolarmente ospite come relatore nei maggiori congressi scientifici e master universitari.*

*** Laureatosi col massimo dei voti presso l'Università Alfonso X el Sabio, esercita la libera professione di Medico Odontoiatra in Genova presso il proprio studio, dedicandosi in particolare alla conservativa estetica e all'endodonzia. È Tutor per il Corso di laurea magistrale in Odontoiatria presso l'Università degli studi di Genova.*

**** Dopo aver conseguito laurea e dottorato di ricerca presso l'Università degli Studi di Genova, è attualmente Professore a contratto di Patologia Speciale Odontostomatologica e di Tecniche di Igiene Orale. Esercita la libera professione di Medico Odontoiatra in Genova presso il proprio studio. Ha al suo attivo numerose pubblicazioni scientifiche su importanti riviste internazionali.*

_Introduzione

L'utilizzo degli impianti osteointegrati per la riabilitazione implanto-protetica di pazienti odontoiatrici è oggi una realtà affermata, con alle spalle decenni di predicibilità (Alberktsson et al., 1998; Tonetti et al., 2012). È stato dimostrato che il carico funzionale degli impianti riduce il riassorbimento osseo (Reddy et al., 2002). D'altro canto però esistono dei requisiti dimensionali minimi che riguardano la dimensione verticale e quella orizzontale, necessari perché l'inserimento dell'impianto abbia successo (Hahn, 1999; Kremanov, 1995; Keller et al., 1986). In questo senso si è lontani dall'aver individuato un protocollo o una tecnica chirurgica che consenta una sicura e ottimale riabilitazione implanto-protetica: limitazioni tecniche, funzionali ed estetiche, sono all'ordine del giorno nonostante il continuo perfezionamento delle superfici dei manufatti implantari, dei materiali da impronta, delle protesi (Naert et al., 2002; Romeo et al., 2002).

Per quanto concerne i settori centrali e anteriori delle arcate dentali, il problema più rilevante per l'odontoiatra è la gestione a medio e lungo termine del fattore estetico. In questo senso, rilevati i principali parametri estetici e mantenuti i protocolli d'inserimento protesica e chirurgica, la quantità di tessuto connettivo non consente un risultato predicibile e sicuro nel tempo. La gestione di trasparenze del titanio, soprattutto con tecnica bone level e non in sommersione totale, porta a dover affrontare una difficile gestione estetica a livello cervicale. Il classico biotipo gengivale sottile può provocare un deficit di difficile soddisfazione da parte del paziente, e segna-

tamente di quasi impossibile gestione immediata da parte del clinico.

L'aumento del biotipo gengivale sottile attraverso la gestione chirurgica parodontale con lembi scivolati a spessore parziale e/o totale e/o innesti connettivali non sempre viene accettata dal paziente in prima anamnesi e ancora più difficile è l'accettazione di un rientro chirurgico a lavoro protesico ultimato ma, per l'appunto, dal risultato estetico insoddisfacente per ambo le parti.

_Descrizione

Scopo di quest'articolo è l'impiego di impianti ibridi con collare in zirconia: essi possono essere infatti uno strumento efficace nella gestione estetica in implantoprotesi in quanto abbiamo una ricrescita connettivale (Paolantoni et al., 2015) intorno al collare che impedisce gli eventuali problemi legati a un biotipo sottile o ad un inserimento "ectopico" rispetto ai protocolli definiti dal concetto comune di tunnel protesico d'inserzione. Da nostri dati già pubblicati, inoltre, questi impianti risultavano decisivi nella riduzione della carica batterica peri-implantare (Maltagliati et al., 2018).

Sono stati inseriti un totale di 50 impianti di cui 25 TBR "Connect" Z1 e 25 E 25 M 3.2 Z1 nelle regioni estetiche da 1.4 a 2.4 e altrettanti 25 impianti nelle regioni estetiche comprese tra 3.4 e 4.4, per un numero totale di 50 impianti Z1.

Il 75% degli impianti sono stati collocati con tecnica post-estrattiva e carico differito a 75 giorni dall'inserimento, il restante 25% ugualmente con tecnica post-estrattiva a carico immediato entro le 72 ore dall'intervento.

Gli impianti sono stati inseriti con torque di avvitamento pari a 45 N/cm² e con una profondità di inserimento del collare in zirconia di circa 1 mm sotto la cresta ossea. Nel caso degli impianti a carico differito è stata impiegata la vite di guarigione post chirurgica per il mantenimento di un giusto gap connettivale e tecnica di sutura a materassoio orizzontale con ancoraggio periosteale per stabilizzare il coagulo nello spazio compreso fra impianto e corticale alveolare.

I casi trattati hanno tutti un follow-up di 3 anni dal carico masticatorio con controlli periodici mensili nei casi trattati con carico immediato e trimestrali per quelli a carico differito. La valutazione del trofismo connettivale è stata eseguita secondo semplici parametri estetici e attraverso l'indice di sanguinamento provocato, che evidenzia un attacco delle fibre circolari (Bianchi et al., 2004). La crescita progressiva di gengiva cheratinizzata e la sua stabilizzazione sono state misurate mediante sondaggio con sonda micro millimetrata e relativa documentazione fotografica nel tempo.

Case report

Le foto esplicative si riferiscono a un caso di riabilitazione estetica su paziente maschio di anni 76 con storia di bruxismo, in cui è stato inserito con carico immediato un impianto post estrattivo su 2.2 con mantenimento parziale del tavolo vestibolare nel rispetto del concetto di tunnel protesico di inserzione (Fig. 1). Il collare in zirconia è stato inserito per 1 mm sotto il tavolo e la porzione emergente ha la funzione di mantenimento a balcone del bombè connettivale e quindi di sostegno per i tessuti molli (Figg. 2, 3).

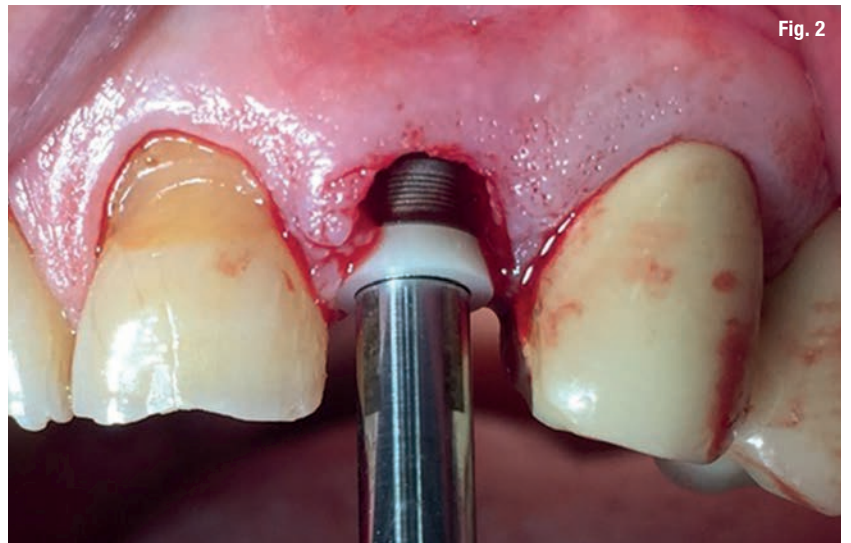


Fig. 2

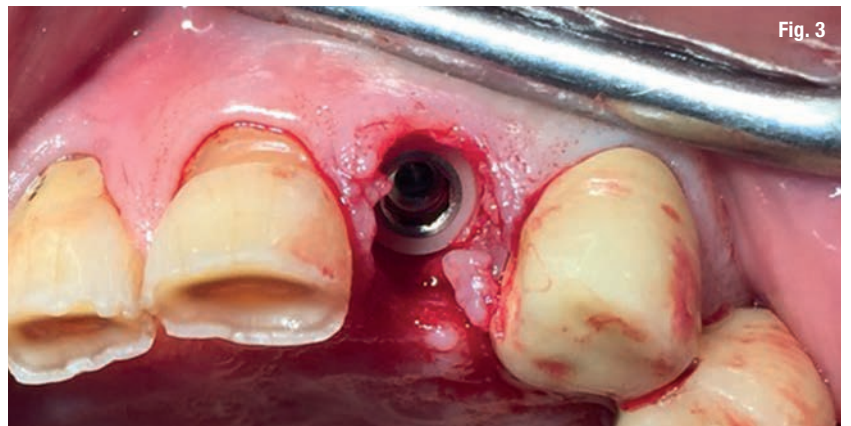


Fig. 3



Fig. 1

La protesizzazione, avvenuta nelle 72 ore successive all'inserimento della fixture, è stata effettuata con impronta pick up e tecnica cementata con corona in PMMA eseguita al cad cam; l'angolo incisale della corona risultava assai smusso distalmente per agevolare i movimenti di



biotipo gengivale sottile già nelle prime fasi dal carico si può notare l'effetto biomimetico del collare in zirconia e l'accettazione paraimplantare sul versante estetico.

Conclusioni

È possibile affermare che l'impiego di impianti ibridi, dotati di collare in zirconia, costituisce oggi una scelta d'elezione per le riabilitazioni implanto-protesiche delle regioni estetiche, dove maggiore è l'aspettativa del paziente e dove maggiori possono essere le complicazioni di tipo non strettamente chirurgico. Questi impianti, infatti, sulla base delle nostre evidenze cliniche, si sono dimostrati straordinariamente performanti nella gestione dei tessuti molli e segnatamente nel mantenimento del trofismo connettivale, oltre che un eccellente baluardo nella riduzione della carica batterica peri-implantare.

svincolo in lateralità poiché il paziente è bruxista, come si evince dalle faccette di usura degli elementi naturali adiacenti (Fig. 4). Nonostante il

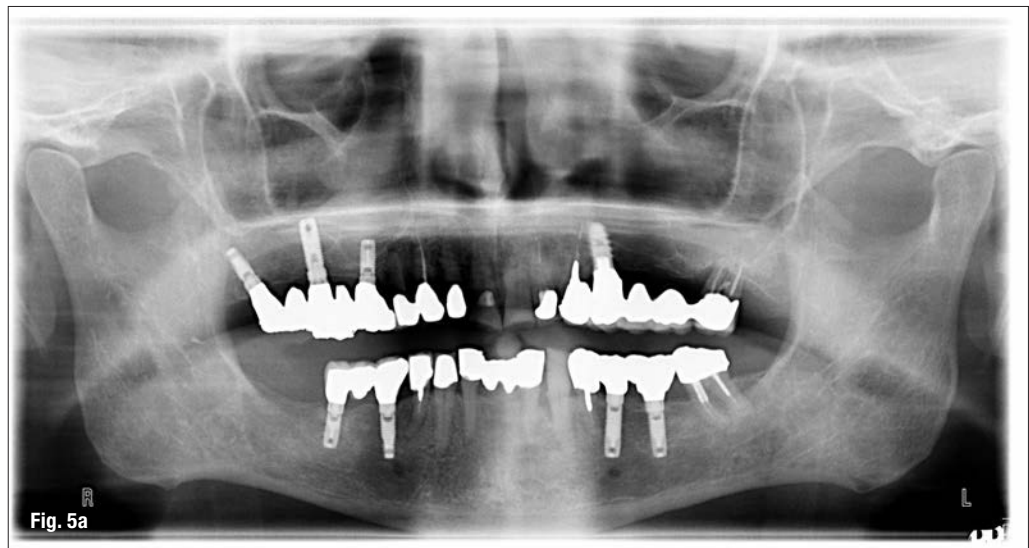


Fig. 5a_Rx iniziale.
Fig. 5b_Rx finale.