

Caso 6: Preservazione di un alveolo in zona estetica con innesto di tessuto molle e inserimento implantare differito

Grado di difficoltà:

basic

basic/advanced

advanced

advanced/expert

expert

Situazione clinica: alveolo post-estrattivo privo di parete vestibolare, sito infetto

Procedura selezionata: fissaggio sottomucoso dell'innesto di tessuto connettivo - riempimento dell'alveolo con MBCP+ 0,5-1 mm - copertura con l'innesto

Materiali alternativi: riempimento dell'alveolo con MBCP Putty, copertura con membrana EZ Cure

Paziente di sesso maschile, anni 42, non fumatore



Fig. 1: Visione clinica del caso. Si noti la presenza di una fistola a carico dell'elemento 11



Fig. 2: RX endorale del caso



Fig. 3: Estrazione dell'elemento 11. La radice è in via di riassorbimento



Fig. 4: Curettage dell'alveolo



Fig. 5: Mappatura delle pareti alveolari

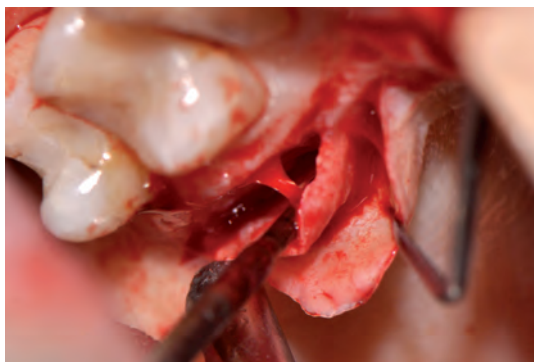


Fig. 6: Prelievo dell'innesto sub-epiteliale dal palato



Fig. 7: Posizionamento dell'innesto a busta sotto la mucosa vestibolare dell'alveolo (assenza della parete ossea vestibolare) con filo di sutura non riassorbibile (Polimid 4/0, Sweden & Martina)



Fig. 8: Tecnica dell'innesto a busta



Fig. 9: Innesto sub-epiteliale in posizione



Fig. 10: Riempimento dell'alveolo con MBCP+ 0,5-1 mm precedentemente inumidito



Fig. 11: Copertura del biomateriale con l'innesto sub-epiteliale; sutura con Polimid 4/0 (Sweden & Martina)



Fig. 12: Splintaggio con composito della corona del dente precedentemente estratto ai denti vicini

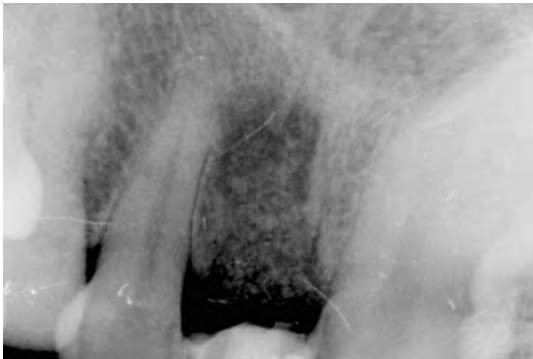


Fig. 13: RX post-intervento



Fig. 14: Situazione clinica a 4 mesi



Fig. 15: Si notino l'abbondanza in senso trasversale di gengiva aderente e presenza di qualche granulo in via di riassorbimento



Fig. 16: Inserimento di un impianto Exacone Ø 4,1 x 10 mm in tecnica monofasica con chirurgia flapless

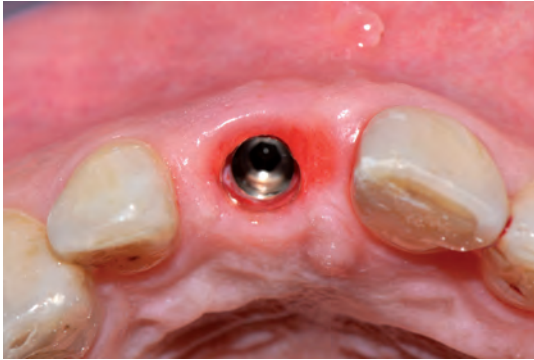


Fig. 17: Situazione clinica al momento del rientro dopo 3 mesi dall'inserimento dell'impianto



Fig. 18: Visione frontale della situazione clinica al momento del rientro



Fig. 19: Moncone definitivo in situ



Fig. 20: Visione assiale del moncone definitivo. Guarigione con adeguato volume tissutale



Fig. 21: Corona provvisoria in resina



Fig. 22: Corona provvisoria in situ



Fig. 23: Consegna del manufatto protesico definitivo



Fig. 24: RX alla consegna

COMMENTO

Valutazione del difetto: Il difetto osseo non è di facile gestione data la mancanza della parete alveolare vestibolare. La chirurgia è da considerarsi di tipo advanced avendo scelto di coprire il biomateriale con tessuto connettivale prelevato dal palato e non con una membrana EZ Cure.

Timing GBR: L'inserimento dell'impianto è stato effettuato in tecnica differita considerando che nella zona incisale superiore è imperativo ottenere un risultato estetico notevole. La tecnica differita nel caso di un alveolo post-estrattivo non integro e infetto ci garantisce normalmente un risultato più prevedibile.

Procedura selezionata e alternative: L'innesto sub-epiteliale prelevato dal palato in questo caso ci ha consentito, oltre alla copertura del biomateriale, un aumento dello spessore della mucosa aderente vestibolare.

Tempi di guarigione: I tempi di guarigione sono stati ridotti per evitare disagi al paziente.

Questo caso clinico è stato realizzato dalla Dr.ssa Irene Frezzato e dal Dr. Alberto Frezzato, liberi professionisti a Rovigo

Realizzazioni protesiche: Laboratorio odontotecnico Ceramodent di Paolo Morbiato e C. - Padova