

Riabilitazione implantoprotesica dell'incisivo laterale con impianto NeO narrow postestrattivo in cresta alveolare atrofica: case report

| **Magda Mensi**

Libera professionista in Brescia

| **Tommaso Brunelli**

Libero Professionista in Bergamo e Brescia

Corrispondenza

Magda Mensi

Dip. di Specialità Chirurgiche Scienze

Radiologiche e Sanità Pubblica

Divisione di Odontoiatria

Università degli Studi di Brescia

magda.mensi@unibs.it

In questo articolo viene presentato il caso di una paziente di 35 anni affetta da agenesia dell'incisivo laterale superiore. L'opzione terapeutica deve orientarsi verso una riabilitazione implantare assai complessa per la presenza di cresta alveolare sottile e spazio mesio-distale limitato. La soluzione auspicata, che possa garantire massima stabilità in condizioni limite, ricade su un impianto narrow NeO Alpha-Bio Tec \varnothing 3,2 mm con connessione conometrica.

PAROLE CHIAVE: Agenesia incisivo laterale, Cresta alveolare atrofica, Estetica, Implantoprotesi.



INTRODUZIONE

L'agenesia dei laterali rappresenta un problema estetico e funzionale non indifferente nei pazienti che, al momento della perdita del corrispettivo deciduo, devono far fronte all'evidenza di uno spazio vuoto nei settori anteriori.¹ Le opzioni riabilitative dipendono dall'età del paziente, dalle esigenze estetiche e dalla quota ossea residua, spesso carente sia in senso vestibolo-palatale che mesio-distale, a causa

dello spazio limitato occupato dal deciduo.^{2,3} Si presentano perciò al professionista situazioni complesse da gestire, soprattutto quando il paziente non è predisposto ad accettare terapie ortodontiche correttive o atte a modificare gli spazi per ottimizzare la terapia chirurgica implantare.⁴ Ecco quindi la necessità di utilizzare impianti a diametro ridotto, con proprietà autofilettanti e connessione interna conometrica, la scelta più idonea per ripristinare estetica e funzionalità in casi così delicati.⁵⁻⁷

DESCRIZIONE DEL CASO

Paziente di sesso femminile, 35 anni, non fumatrice, si presenta alla nostra attenzione riferendo il timore di perdere l'elemento 63, che da anni tampona l'assenza del canino permanente, migrato in posizione 22 a causa dell'agenesia dell'incisivo laterale. Preso atto che la paziente non vuole modificare tale assetto, ci troviamo di fronte ad un'agenesia del laterale, con la necessità di ripristinare un elemento in posizione canino. Il timore della paziente è confermato dall'indagine clinica e radiografica, che evidenziano l'elevato grado di riassorbimento radicolare e coronale dell'elemento deciduo (Figg. 1,2). Dopo aver prospettato una soluzione ortodontica atta a mascherare la mancanza o, in alternativa, una terapia ortodontico-protetica di chiusura tramite Maryland, la paziente ci riferisce di non avere la possibilità di affrontare piani di lavoro lunghi e costosi ma di voler semplicemente riempire lo spazio con un dente fisso. La soluzione implantare, lasciata come ultima opzione vista la giovane età e lo spazio mesio-distale estremamente ridotto, diventa dunque l'unica percorribile.

Sono esposti alla paziente i rischi di insuccesso estetico legati alla carenza di spazio e spessore osseo e si propone la possibilità di gestire l'agenesia con un impianto narrow NeO Alpha-Bio Tec, che permetta di rispettare i criteri biologici alla base della stabilità dei tessuti duri e molli perimplantari. La paziente si presenta il giorno dell'intervento priva della porzione coronale dell'elemento 63 che, nel frattempo, si è fratturato (Figg. 3,4).



Fig. 1 OPT iniziale per la valutazione del caso.

Esame extraorale

La paziente non presenta particolari asimmetrie o disfunzioni articolari e non presenta un sorriso gengivale.

Esame intraorale

Il livello di igiene orale è buono. Assenza di alcuni elementi dentari (46, 26) estratti per carie destruenti in giovane età. Presenza di alcuni restauri in composito e amalgama indice di suscettibilità cariologica.

Esame radiografico

OPT, TAC (Fig. 5) ed RX endorale mostrano la scarsa quota ossea in spessore e ampiezza mesio distale.

Materiali

- Impianto NeO 3,2 x 11,5 (Alpha Bio Tec, Israele).
- Vite di guarigione (Alpha Bio Tec, Israele).
- Moncone definitivo TLAO-2 (Alpha Bio Tec, Israele).
- Sutura Vycril 6.0 (Ethicon, USA).
- Transfer a cucchiaio aperto HLTO (Alpha Bio Tec, Israele).
- Presa dell'impronta in polivinilsilossano (3M, ESPE, USA).
- Cementazione corona in Temp-Bond (Kerr Corporation, USA).

Obiettivi del trattamento

Il piano di lavoro prevede l'estrazione dell'elemento deciduo 63, il posizionamento postestrattivo di un impianto NeO in posizione



Fig. 2 Rx endorale pre-operatoria.



Fig. 3,4 Elemento 63 fratturato.



Fig. 5 Sezione TAC della zona di intervento.

Fig. 6 Alveolo in seguito alla rimozione del 63.



Fig. 7 Impianto NeO.



Fig. 8 Posizionamento implantare.

23 e la protesizzazione con corona in metallo-ceramica a distanza di 6 settimane.

Fase chirurgica

Si esegue l'anestesia con mepivacaina e adrenalina 1:100.000 e si effettua la semplice estrazione dell'elemento 63 (Fig. 6). Dopo aver revisionato il piccolo alveolo residuo si procede con la preparazione del sito implantare tramite frese \varnothing 2 e 2,5 mm portate a 11,5 mm. Si impiega quindi la fresa \varnothing 2,8 mm per creare un leggero invito e procedere all'inserimento manuale dell'impianto NeO (Alpha-Bio Tec, Israele)

tramite cricchetto, data la qualità ossea tipo DIII (Figg. 7-9).

Il gap fra impianto e pareti ossee viene riempito con idrossiapatite sintetica al fine di ridurre il rischio di riassorbimento della cresta vestibolare. La preparazione del sito e il posizionamento dell'impianto risultano perciò estremamente veloci e semplici.

Viene fatto avanzare coronalmente il lembo vestibolare praticando incisioni periostali e parzializzazione delle incisioni verticali di rilascio, con l'obiettivo di chiusura per prima intenzione del sito (Fig. 10).



Fig. 9 Impianto posizionato con vite tappo.



Fig. 10 Passivazione del lembo.



Fig. 11 Sutura.

Fig. 12 Rx postoperatoria.



Fig. 13 Guarigione a 2 settimane.



Fig. 14 Riapertura impianto.

Si pratica una sutura con Vycril 6.0 (Ethicon, USA) (Fig. 11) a materassoio orizzontale modificato e qualche punto singolo sui rilasci. Viene eseguita quindi la radiografia postoperatoria (Fig. 12). La paziente viene dimessa con copertura antibiotica a base di azitromicina 500 mg per 3 gg, clorexidina 0,12% per 15 gg e antidolorifico al bisogno.

Nonostante l'impiego di filo riassorbibile la sutura viene rimossa a 14 gg (Fig. 13) e si dà appuntamento alla paziente dopo 6 settimane per la riapertura.

Si procede con una minima incisione palatina e due piccoli scarichi verticali per posizionare il lembo vestibolarmente e recuperare sul tessuto cheratinizzato e la profondità del fornice. Viene avvitata a 25N la vite di guarigione (Fig. 14,15).

Dopo 3 settimane si procede alla presa dell'impronta in polivinilsilossano (3M, ESPE, USA) con transfer a cucchiaio aperto HLTO (Alpha-Bio Tec, Israele) (Fig. 16). I tessuti molli appaiono in ottima salute e stabili (Fig. 17). Una volta provato l'abutment confezionato dal



Fig. 15 Posizionamento vite di guarigione.



Fig. 16 Rilevamento impronta con transfer.



Fig. 17 Maturazione dei tessuti molli attorno alla vite di guarigione.



Fig. 18 Lavoro definitivo.

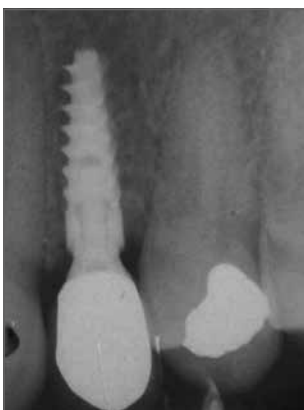


Fig. 19 Rx controllo.



Fig. 20 Controllo protesico a 30 giorni.

tecnico, viene presa l'impronta di posizione che consente di consegnare la corona in metallo-ceramica la settimana successiva e si esegue una radiografia di controllo (Figg. 18,19). L'abutment viene serrato a 30N e la corona cementata in Temp-Bond (Kerr Corporation, USA). Dopo aver controllato occlusione e funzione si pianifica il primo controllo, a distanza di 30 giorni, che mostra tessuti molli stabili e rosei e una corretta occlusione (Fig. 20).

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

In odontoiatria ci si trova spesso di fronte a casi in cui il compromesso fra terapie di prima e seconda scelta diventa obbligatorio, vista la non volontà di affrontare piani terapeutici lunghi e costosi da parte del paziente. In questo caso la paziente ha accettato il compromesso proposto: nessuna ortodonzia, nessuna odontoplastica e nessun provvisorio in fase di guarigione, ma semplicemente estrazione, impianto e corona protesica per chiudere lo spazio lasciato dalla perdita dell'elemento 63.

L'impianto con connessione conometrica NeO Ø 3,2 mm ha consentito di risolvere un caso altrimenti ingestibile con impianti di diametro standard, permettendo di ottenere una stabilità primaria ottimale nonostante l'osso tipo DIII.

Nonostante la corona risulti avere una morfologia non perfettamente allineata ai criteri estetici, la linea del sorriso bassa è servita da guida nel posizionamento implantare marginale, con l'obiettivo di non creare tragitto transmucoso profondo, a rischio di contaminazione batterica. In casi come questi infatti risulta difficile controllare la cementazione, aumentando il rischio di complicanze biologiche in una paziente giovane con una riabilitazione singola in settore estetico.

In definitiva, intervento chirurgico e fasi protesiche sono risultati facili e confortevoli grazie alla semplicità del sistema Alpha-Bio Tec e la paziente si è ritenuta soddisfatta del trattamento.

BIBLIOGRAFIA

1. Bassiouny DS, Afify AR, Baeshen HA, Birkhed D, Zawawi KH. Prevalence of maxillary lateral incisor agenesis and associated skeletal characteristics in an orthodontic patient population. *Acta Odontol Scand.* 2016 Aug;74(6):456-9.
2. Kiliaridis S, Sidira M, Kirmanidou Y, Michalakis K. Treatment options for congenitally missing lateral incisors. *Eur J Oral Implantol.* 2016;9 Suppl 1:S5-24.
3. Silveira GS, de Almeida NV, Pereira DM, Mattos CT, Mucha JN. Prosthetic replacement vs space closure for maxillary lateral incisor agenesis: A systematic review. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2016 Aug;150(2):228-37.
4. Lorente T, Lorente C, Murray PG, Lorente P. Surgical and orthodontic management of maxillary canine-lateral incisor transpositions. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2016 Nov;150(5):876-885.
5. Hourfar J, Lucchi P, Ludwig B, Ruff CJ, Rosa M, Kanavakis G. Esthetic Provisional Restoration after Space Closure in Patients with Missing Upper Lateral Incisors. *J Clin Orthod.* 2016 Jun;50(6):348-57.
6. King P, Maiorana C, Luthardt RG, Sondell K, Øland J, Galindo-Moreno P, Nilsson P. Clinical and Radiographic Evaluation of a Small-Diameter Dental Implant Used for the Restoration of Patients with Permanent Tooth Agensis (Hypodontia) in the Maxillary Lateral Incisor and Mandibular Incisor Regions: A 36-Month Follow-Up. *Int J Prosthodont.* 2016 Mar-Apr;29(2):147-53.
7. Bertl K, Grotthoff VS, Bertl MH, Heimel P, Gahleitner A, Ulm C, Stavropoulos A. A wide mesio-distal gap in sites of congenitally missing maxillary lateral incisors is related to a thin alveolar ridge. *Clin Oral Implants Res.* 2016 Jul 3.

neo THE NEXT SENSATION



COUNTERSINK
INTEGRATO

CORONAL CUTTING FLUTES

- Riduzione drastica dello stress crestale
- Risultato estetico ottimale

SPIRE E
MICROSPIRE

NEW THREADS DESIGN

- Estensione della superficie implantare del 20%
- Incremento sostanziale del valore BIC (compreso tra 87,24 e 94%)

**PATENT
PENDING**

PUNTE
DI PRESA

APICAL CONDENSING FLUTES

- Maggiore capacità di taglio e osteocondensazione (massima stabilità primaria)
- Sistema autocentrante esclusivo

new packaging



PROVA LA NUOVA
SENSAZIONE,
PRENOTA UN TEST
GRATUITO