



Prof. Luigi Rubino

Laurea in Medicina e Chirurgia con 110/110 e lode, specialista in Odontostomatologia con 50/50. Master II Livello in Digital Dentistry Professore A.C e Coordinatore Scientifico Master di "Chirurgia Computer Assistita" presso Università G. Marconi di Roma. Incarico di Docenza Corso di Laurea in Odontoiatria Università di Pisa e Università degli Studi di Genova, Docente di Radiologia Odontoiatrica presso i Master delle Università di Pisa, Genova, G. Marconi Roma e San Raffaele di Milano. Segretariato Generale del Ministero della Salute e membro Comitato Scientifico Regione Toscana per il Corso FAD "Radioprotezione in odontoiatria".

Prof. Luigi Rubino

CASO CLINICO DI MONOEDENTULIA RISOLTO CON IL POSIZIONAMENTO DI UN REX PIEZOIMPLANT TL 1.8

Paziente A. M. di sesso femminile, età 67, in buona salute che in data 9/5/18 si presenta alla nostra osservazione.

L'esame obiettivo mostra una parodontopatia grave oltre che diffusa ed una zona edentula in zona 33 con esiti di una recente estrazione. Qui risulta evidente la grave concavità in corrispondenza della zona canina espressione della grave riduzione dimensionale della cresta alveolare in senso bucco-linguale oltre che in altezza. Gli esami radiografici bidimensionali confermano la grave atrofia apico-coronale. (Fig. 1-2). La paziente è stata sottoposta a motivazione e trattamento iniziale a cielo coperto.

In data 7/11/ 2018 si è proceduto alla rivalutazione che ha mostrato un netto miglioramento degli indici di malattia parodontale. Si è quindi proceduto a esame Cone Beam che ha rivelato un sito alveolare estremamente atrofico, con perdita della componente vestibolare, scarsa

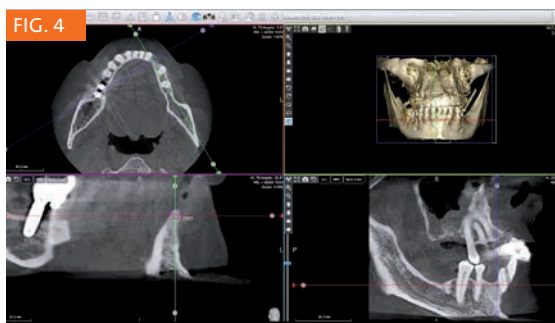
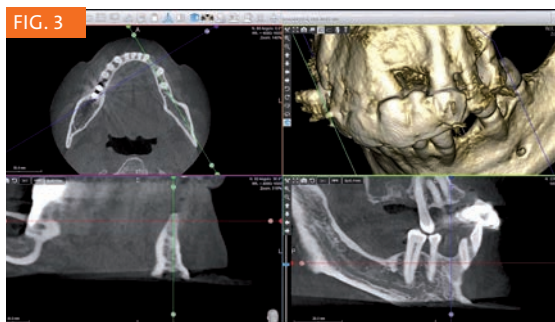


Fig. 1-2: Situazione iniziale di grave atrofia ossea apico-coronale.

Fig. 3-4: CBCT che confermano la presenza di una cresta estremamente atrofica.

presenza della midollare e uno spessore osseo di 2.2 millimetri in cresta e poco più ampio apicalmente. (Fig. 3-4)

Prima ceratura diagnostica si è proposto un intervento di rigenerazione della cresta che la paziente ha rifiutato categoricamente sebbene continuasse a chiedere una soluzione implantare mini invasiva.

La grande motivazione della paziente, la scarsa scopertura del labbro inferiore, unita alle informazioni ottenute dalla ceratura hanno determinato la scelta consapevole e condivisa di un intervento che tenuto conto delle condizioni anatomiche può essere considerato come "al limite": implantologia mediante protocollo REX PiezoImplant TL 1.8.

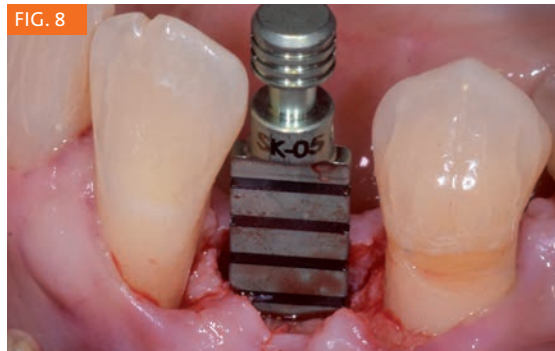
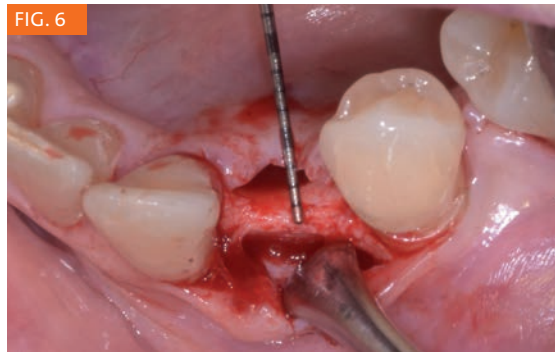


Fig. 5-6: Inizio del protocollo clinico di perforazione per inserimento REX Piezolmplant TL 1.8 in monoedentulia.

Fig. 7: Evidenza dei 3 solchi pilota per l'allargamento dell'osteotomia come da protocollo.

Fig. 8: Controllo della preparazione del sito tramite utilizzo di apposito fit-gauge.

Fig. 9-10: Allargamento dell'osteotomia fino ad ampliamento desiderato e necessario al posizionamento dell'impianto programmato. l'impianto Rex.

Previa anestesia plessica mediante articaina cloridrato con adrenalina 1/100.000 si è preceduto a taglio crestale a tutto spessore in gengiva aderente, quindi a scheletrizzazione che purtroppo confermava quanto desunto dall'esame radiologico CBCT. (Fig. 5-6)

Utilizzando l'inserto OP3 montato su PIEZOSURGERY® touch si è proceduto a pareggiare la cresta in modo da eliminare la parte più coronale per ottenere un sito leggermente più ampio e regolare, quindi montato l'inserto W1 è stata realizzata l'osteotomia pilota iniziale al centro della posizione desiderata e poi quelle di riferimento su ciascun lato (mesiale e distale) di quella iniziale ad una distanza di 1 mm da quest'ultima.

Utilizzando l'inserto W2 le osteotomie pilota (Fig. 7) sono state collegate tra loro e la profon-

dità dell'osteotomia è stata portata sino a 9 mm avvalendosi delle marcature presenti.

Perfezionata l'osteotomia sino alla lunghezza di lavoro prescelta con l'inserto con micro-lima W3, si è avuto cura di verificare le dimensioni e l'allineamento dell'osteotomia con il fac-simile implantare inserito sino alla corrispondente lunghezza dell'impianto REX Piezolmplant TL 1.8 da utilizzare.

Fissato l'inserto a cuneo con micro-lima W4 al manopolo PIEZOSURGERY® si è proceduto ad ampliare l'osteotomia in senso vestibolo-linguale facendo attenzione a non spingersi oltre la parte superiore della marcatura laser alla base del cuneo (3 mm) e avendo cura che tale processo preservasse il più possibile la parete vestibolare per sua natura più fragile. (Fig. 9-10)

Fig. 11-12-13:
Sequenza di posizionamento e inserimento impianto programmato attraverso l'utilizzo dell'IPD (Implant Placement Device).

Fig. 14-15: Chiusura tramite applicazione della vite tappo e sutura. CBCT di controllo posizionamento.

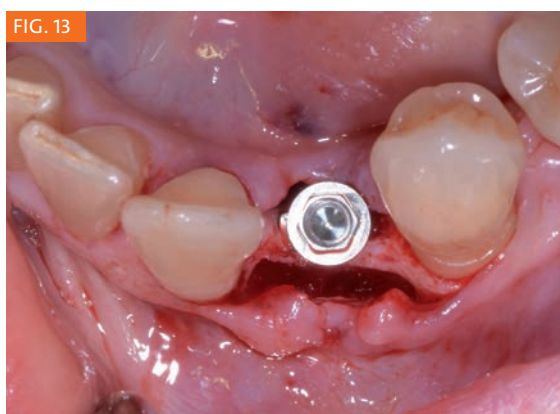
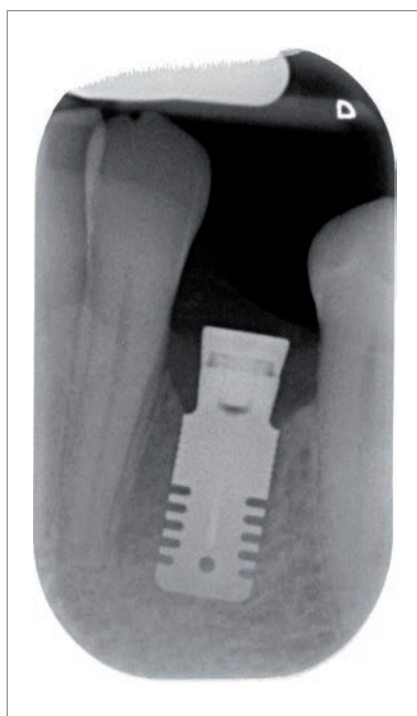


FIG. 15



Durante l'osteotomia più volte si è avuta l'accortezza di verificare il corretto grado di sotto preparazione con il facsimile implantare W4 (Fig. 8). Rimosso il REX Piezol Implant TL 1.8 lunghezza 9 mm dalla confezione sterile lo si è posizionato nel sito osteotomico e quindi mediante l'IPD (Implant Placement Device) lo si è inserito sino alla lunghezza prescelta avendo cura di verificarne l'appropriatezza mediante radiografia endorale. (Fig. 11-12-13)

Dopo aver applicato la vite tappo, la ferita è stata suturata mediante sutura semplice a punti staccati con filo Vicryl 5/0 (Fig. 14-15). Attesi 4 mesi si è provveduto a valutare l'indice di stabilità implantare ISQ mediante Osstell SQ che ha rivelato un valore di 94 su una scala da 1 a 100, dove un indice ISQ di almeno 70 è proprio di una buona stabilità, un valore tra il 60 e il 69 indica una stabilità media e sotto i 60 una stabilità bassa. (Fig. 16-17-18)



Fig. 16-17-18: Controllo stabilità implantare, dopo 4 mesi dall'intervento chirurgico, attraverso l'uso di Osstell SQ.

Fig. 19-20-21: Presa di impronta tramite moncone dritto/transfer e applicazione corona provvisoria avvitata.



Si è quindi proceduto al rilievo delle impronte utilizzando il moncone dritto/transfer fornito pre-assemblato al REX PiezoImplant e quindi all' applicazione di una corona provvisoria avvitata. (Fig. 19-20-21).

Conclusioni

Il protocollo REX PiezoImplants ha reso possibile un intervento mini invasivo la cui risoluzione avrebbe richiesto tempi e costi, sia biologici che

economici, molto più impegnativi.

Il protocollo da seguire attentamente è estremamente semplice e facile da realizzare tanto che può stupire il fatto che si trattava della prima volta che l'autore inseriva un impianto di questo tipo. La sequenza operativa è evidentemente talmente intuitiva che il solo training su modello animale si è rivelato più che sufficiente.