

CARICO IMMEDIATO SU OVERDENTURE MANDIBOLARE

In questo case report viene presentata una procedura di carico immediato con riabilitazione totale inferiore rimovibile. L'utilizzo di impianti monofasici ha reso non necessario procedere alla sommersione delle fixture durante la guarigione



Fabio Faustini
Odontoiatra,
Libero professionista



Andrea Enrico Borgonovo
Specialista in Chirurgia Maxillo Facciale, Reparto universitario di Estetica Dentale, ISI Milano, Università degli Studi di Milano



Simone Galbiati
Specialista in Chirurgia Orale, Reparto universitario di Estetica Dentale, ISI Milano, Università degli Studi di Milano



Davide Galluzzo
Odontoiatra, Reparto universitario di Estetica Dentale, ISI Milano, Università degli Studi di Milano

SCHEDA CLINICA

CATEGORIA	Chirurgia Orale e Implantologia
TIPO DI INTERVENTO	Carico immediato di overdenture mandibolare supportata da due impianti
INDICAZIONI	Edentulia totale del mascellare inferiore
TECNICA CHIRURGICA	Implantologia a carico immediato
GRADO DI DIFFICOLTÀ	PD
TEMPO DI ESECUZIONE	30 minuti per la parte chirurgica, 30 minuti per la parte protesica

LEGENDA GRADO DI DIFFICOLTÀ

F (Facile): intervento routinario di riscontro quasi quotidiano nella pratica clinica

PD (Poco difficile): intervento poco complesso di frequente riscontro nella pratica clinica

D (Difficile): intervento complesso con situazione clinica particolare e/o che richiede lavoro in team

MD (Molto difficile): intervento molto complesso con situazione clinica di raro riscontro, necessità di lavoro in equipe e/o da eseguire con supporto anestesilogico

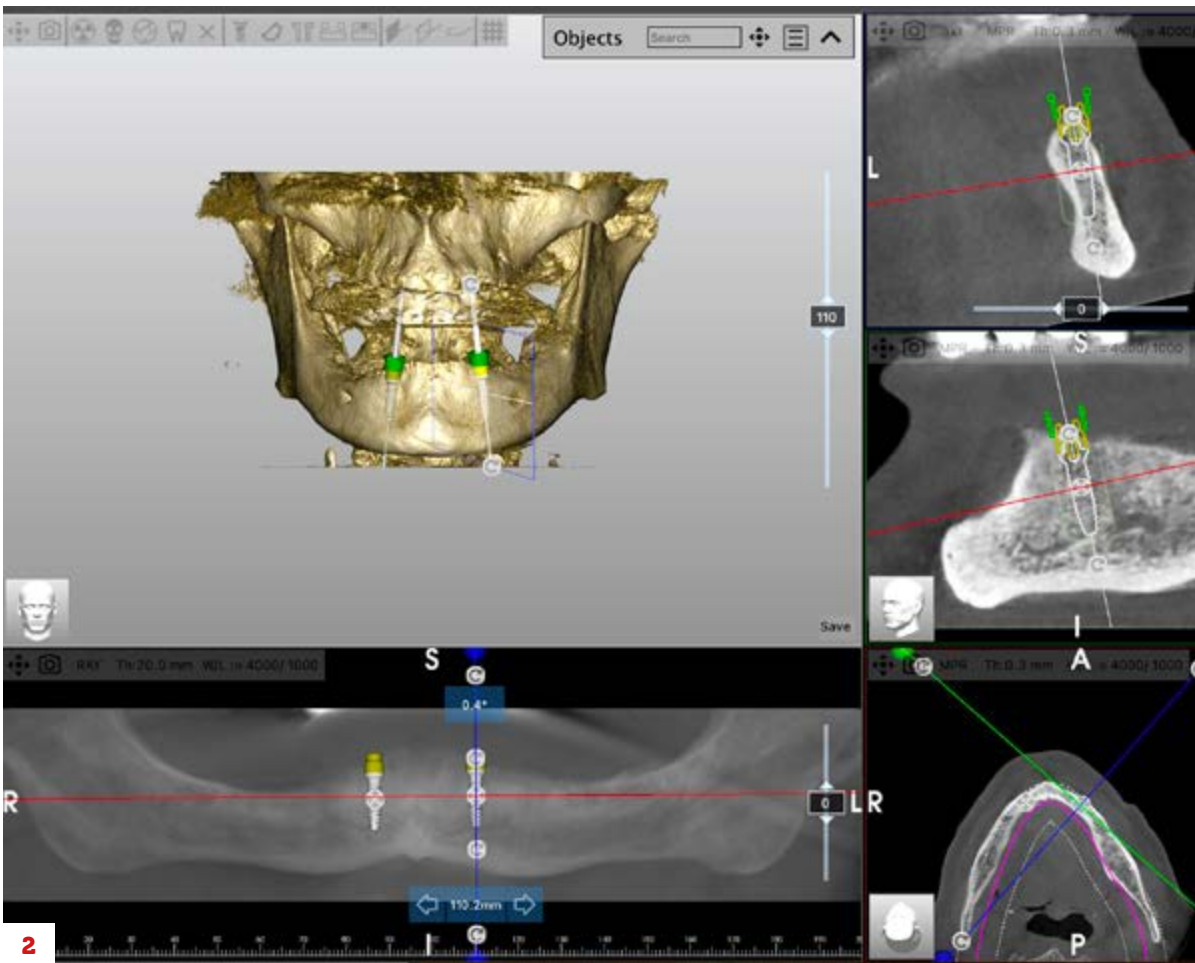
ED (Estremamente difficile): intervento estremamente complesso e/o che necessita esecuzione in anestesia generale



1a



1b



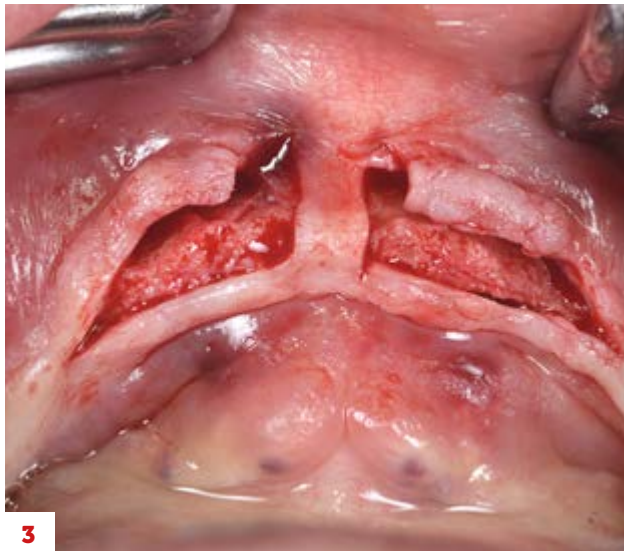
2

PRESENTAZIONE DEL CASO

Un paziente di 68 anni, di sesso maschile e in buono stato di salute generale, si presenta alla nostra attenzione lamentando il fastidio generato dall'utilizzo di una protesi totale inferiore di recente realizzazione, eseguita in seguito alla bonifica degli elementi dentari residui. Riporta difficoltà dovute all'edentulia prolungata e

riferisce un disagio associato alla mobilità eccessiva della protesi, una condizione che compromette la funzione masticatoria oltre a causare traumi alle mucose.

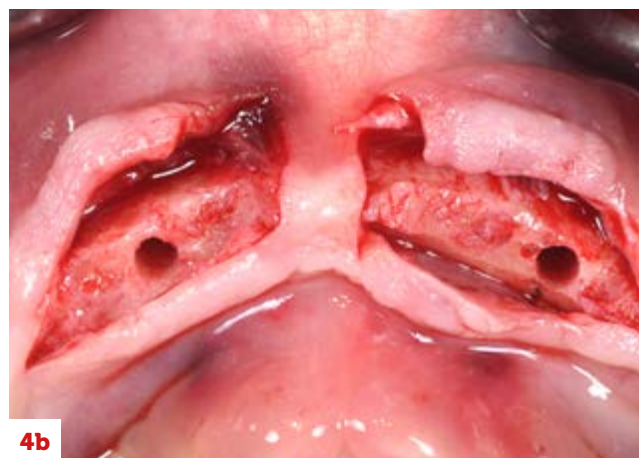
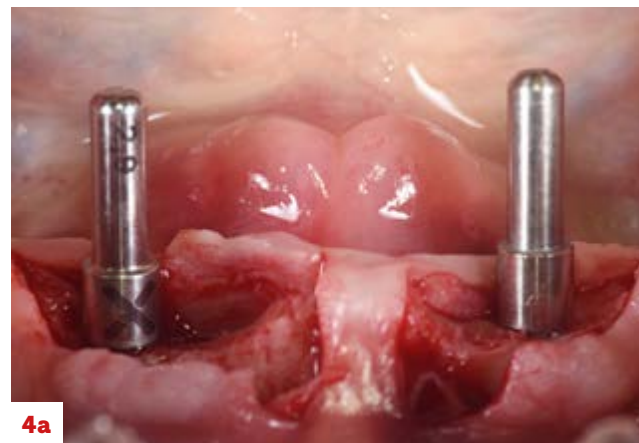
All'esame obiettivo è possibile riscontrare la presenza di una cresta residua sottile, che si rivela inadatta al corretto appoggio dell'attuale manufatto protesico (Figure 1a-b).



ESAMI STRUMENTALI

I livello

Vista la richiesta del paziente, che desidera ottenere una soluzione protesica stabile e confortevole, si decide di eseguire direttamente un esame strumentale di II livello per valutare il volume osseo residuo e, di conseguenza, la fattibilità di un'eventuale riabilitazione implantare.



II livello

La CBCT mostra la presenza di un quantitativo osseo ridotto nelle zone posteriori, ma più che sufficiente nell'area interforaminale, sia in verticalità sia in spessore. Questo riscontro consente di proporre al paziente una riabilitazione implantare (Figura 2).

DESCRIZIONE DELL'INTERVENTO

Dopo una accurata valutazione clinica e radiografica, si propongono al paziente due diverse opzioni terapeutiche:

- 1) l'inserimento di due impianti per supportare un'overdenture utilizzando la protesi già esistente;
- 2) una riabilitazione fissa full-arch con carico immediato.

Il paziente decide di accettare il primo trattamento proposto, in base a una motivazione legata principalmente ai costi.

Il giorno dell'intervento si elevano due lembi settoriali con rilascio mesiale, mantenendo la banda di tessuto cheratinizzato nella zona mediana. Una volta scollata la mucosa cheratinizzata a tutto spessore, è possibile osservare il sottile osso crestale (Figura 3) che viene necessariamente regolarizzato per



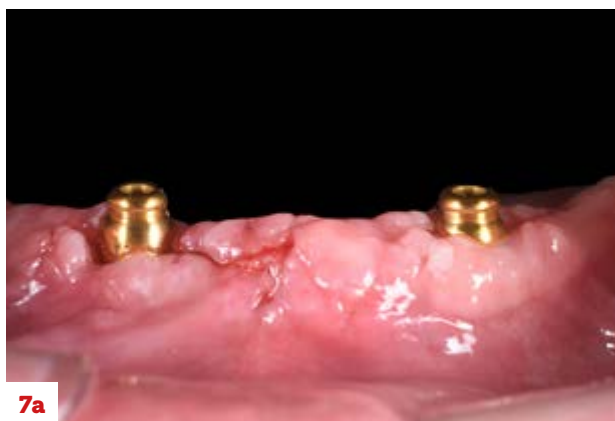
5a



6



5b



7a



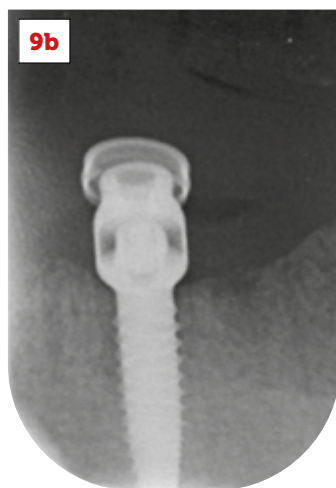
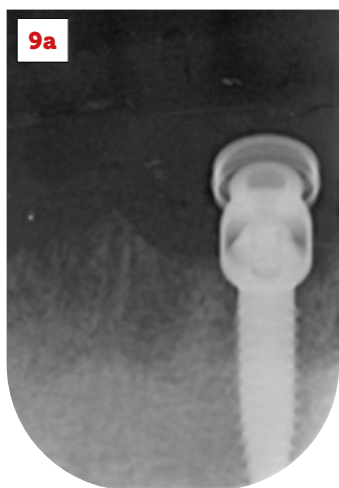
7b

ottimizzare la superficie di posizionamento degli impianti. Si procede dunque alla fase di preparazione dei siti implantari, con un costante controllo del parallelismo attraverso l'uso di pin di guida, e successivamente si inseriscono due impianti con abutment multi-unit integrato a 0 gradi dalle dimensioni di 3,5x11,5 mm (Fixo Implant, Biomec, Italia), in modo da poter garantire la stabilità biomeccanica (Figure 4a-d).

La scelta di impianti con abutment multi-unit integrato ha il vantaggio di semplificare, qualora il paziente lo desiderasse, l'eventuale, futuro passaggio a una protesi fissa full-arch.

Dopo aver eseguito l'inserimento implantare, si valuta il torque di inserzione mediante chiave dinamometrica; poiché questo parametro si rivela sufficiente per il carico immediato^{1,2}, si procede al posizionamento degli abutment (Oxy Loc, Fixo

Implant, Biomec, Italia) e alla sutura dei lembi. La protesi già utilizzata in precedenza dal paziente viene adattata per accogliere le cuffie di ritenzione attraverso la ribasatura a freddo (Rebase II Fast, Tokuyama Dental, Giappone) di tali punti di scarico, affinché possano sigillare al loro interno le cuffie di ritenzione (Figure 5a-b).



Anche l'appoggio mucoso della protesi viene ribasato e rifinito, rispettando la morfologia dei tessuti molli presenti. Infine, si consegna la protesi al paziente con l'indicazione di minimizzarne il più possibile la rimozione e di indossarla anche durante le ore del riposo notturno (Figura 6). Trascorsi otto giorni, si procede alla rimozione dei punti di sutura (Figure 7a-b). Il paziente, pur avvertendo una lieve dolorabilità

nella zona dove è stato effettuato l'intervento, nel complesso riferisce un graduale miglioramento della sintomatologia algica posteriore, che era stata generata dal precedente appoggio disomogeneo della protesi e dal suo conseguente movimento inadeguato.

A tre mesi di distanza dall'esecuzione dell'atto chirurgico si rivede il paziente per il follow-up pianificato.

All'esame obiettivo è possibile osservare la completa e corretta guarigione dei tessuti molli e la totale scomparsa dei punti di ipercheratinizzazione dovuti al pregresso appoggio protesico non corretto (Figure 8a-b). Contestualmente si effettua una valutazione radiografica delle fixture implantari tramite radiografie endorali (Figure 9a-b).

L'esame conferma l'avvenuta osteointegrazione degli impianti e, quindi, il successo dell'inserimento implantare.

Nel corso della stessa seduta il paziente riferisce un significativo miglioramento della funzionalità masticatoria e della sensazione di comfort, confermando il successo clinico della riabilitazione.

BIBLIOGRAFIA

1. Schuster AJ, Marcello-Machado RM, Bielemann AM, Possebon APDR, Chagas Júnior OL, Faot F. Immediate vs conventional loading of Facility-Equator system in mandibular overdenture wearers: 1-year RCT with clinical, biological, and functional evaluation. Clin Implant Dent Relat Res. 2020 Jun;22(3):270-280.
2. Maló P, de Araújo Nobre M. Implants (3.3 mm diameter) for the rehabilitation of edentulous posterior regions: a retrospective clinical study with up to 11 years of follow-up. Clin Implant Dent Relat Res. 2011 Jun;13(2):95-103.