

## CASO CLINICO

# Riabilitazione di mascellare atrofico con Toronto conometrica. Igiene a due anni

Affrontiamo un caso di grande deficit osseo orizzontale diffuso a tutta l'arcata superiore, con deficit combinato orizzontale e verticale nei settori posteriori adiacenti al seno mascellare.

Al momento dell'anamnesi ed esplorazione intraorale la paziente, che portava una protesi mobile completa superiore, esprime il desiderio di ricevere una soluzione fissa. L'abbondante deficit volumetrico tissutale ci ha fatto optare per una protesi tipo Toronto Bridge, che si è deciso di fabbricare seguendo i principi della conometria protesica. Dalla panoramica iniziale (fig. 1) si evidenzia subito una forte pneumatizzazione del seno mascellare sia destro che sinistro. Dall'esplorazione intraorale si apprezza inoltre una riduzione importante dello spessore vestibolo-orale.

## Fase chirurgica

Si pianifica quindi un intervento di posizionamento implantare, utilizzando la tecnica chirurgica dello split crest per aumentare orizzontalmente lo spessore dell'arcata ospitante gli impianti. Una volta eseguito il lembo a spessore totale dell'arcata superiore, si creano gli inviti nelle sedi implantari previste con la fresa a lancia e si utilizza la fresa pilota diametro 2,2 mm a basso numero di giri (50 rpm) per allargare l'invito chirurgico in arcata. Mediante l'uso di osteotomi lanceolati (fig. 2) viene eseguita l'espansione della cresta nei punti dove il deficit orizzontale non avrebbe permesso l'inserimento implantare senza rischio di fenestrazione; in un secondo momento si sono adoperati gli osteotomi a punta convessa diametro 2,7 mm per finalizzare i siti implantari. Nei punti dove la dimensione orizzontale della cresta mostrava maggiore quantità di tessuto duro, si sono preparati i letti chirurgici, direttamente mediante l'uso di osteotomi a punta convessa di diametro 2,7 mm.

Il progetto prevedeva il posizionamento di sei impianti, quattro anteriori dritti e due posteriori in corrispondenza dell'emergenza degli elementi 1.6 e 2.6 inclinati mesialmente, in modo da evita-

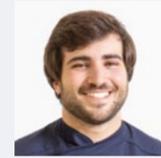
re il seno mascellare sia destro che sinistro e sfruttare l'osso sano per gli alloggiamenti implantari. La distribuzione finale degli impianti e dei loro diametri si è stabilita nel momento della chirurgia, e infine sono stati posizionati in corrispondenza degli elementi 1.3, 1.1, 2.1, 2.3 e 2.6 cinque impianti di diametro 2,9 mm (fig. 3). La sede in corrispondenza dell'elemento 1.6 ha potuto accogliere un diametro maggiore e per questo si è inserito il Classix diametro 3,3 mm. Data la presenza di una protesi rimovibile e il delicato intervento eseguito, tutti gli impianti hanno seguito un protocollo bifase.

Passati sei mesi di guarigione e di osteointegrazione, gli impianti sono stati esposti durante una seconda chirurgia, dove abbiamo avuto l'opportunità di ripartire la mucosa aderente dove mancante; in questa fase si sono sostituiti i tappi di chiusura con i tappi di guarigione affioranti nel cavo orale.

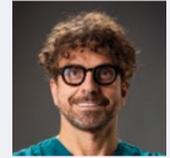
## Fase protesica

Passate due settimane dall'esposizione degli impianti, si procede con il rilevamento dell'impronta Implant Level che fornisce informazioni circa le posizioni e le quote implantari. Riceviamo quindi dal laboratorio il modello master con i monconi Mua e dopo aver attivato definitivamente i monconi Mua negli impianti si rileva un'impronta Tissue Level. L'impronta Tissue Level serve al laboratorio per fabbricare la protesi definitiva. Dopo questo passaggio, i monconi Mua verranno lasciati in bocca al paziente e conserveranno la posizione registrata con l'impronta sui monconi Mua. Il laboratorio realizza un model master con gli analoghi-moncone Mua; avvitando gli adattatori Conic sugli analoghi-moncone Mua, li trasforma in analoghi Mua-Conic e, tenendo conto degli spazi necessari per le cappette Fixed, progetta una struttura metallica che si alloggia passivamente sulle cappette Fixed (fig. 4).

Alla consegna del Toronto Bridge conometrico procediamo con l'avvitamento definitivo degli adattatori Conic sopra i monconi



> Domenico Guerra  
Usi Umbria 1, Servizio  
di odontoiatria  
(Responsabile: Mario Guerra)



> Leonardo Palazzo  
Referente del servizio  
di Odontoiatria, Casa della  
Salute di Marsciano (Perugia)

Mua, utilizzando il cricchetto dinamometrico calibrato a 20 Ncm. Vengono quindi posizionate le cappette Fixed in Peek sopra ogni Mua-Conic e si attivano con un colpetto di percussore con la punta in Peek (fig. 5); segue la cementazione delle cappette all'interno della protesi con cemento resinoso. Questo passaggio bloccherà le cappette, passive tra loro, all'interno della protesi e consentirà al clinico di rimuoverle per eliminare gli eccessi di cemento sia dalle mucose, che dalla protesi stessa (fig. 6). Come ultimo passaggio, una volta pulito l'eccesso di cemento e lucidata la protesi, si posiziona il manufatto sopra i Mua-Conic e si procede all'attivazione delle cappette, adesso contenute nel manufatto, sopra i monconi Mua-Conic (fig. 7).

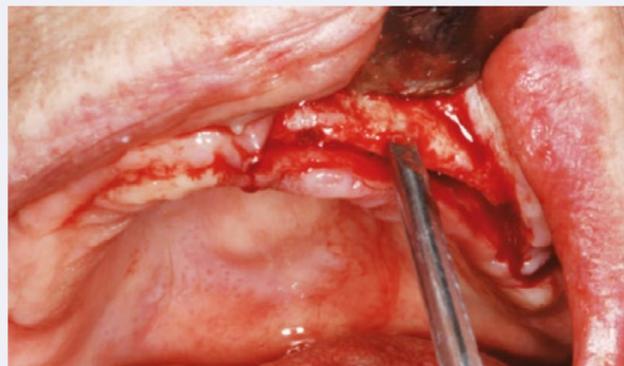
## Controlli

Al controllo clinico dopo due anni dalla consegna del manufatto protesico, la paziente si presenta con condizioni igieniche pessime, con grandi accumuli di placca (fig. 8). Nonostante ciò, la paziente è contentissima della riabilitazione effettuata. I tessuti molli, nonostante l'assenza di igiene, risultano sani e privi di segni d'infiammazione. A questo punto, i vantaggi della protesi conometrica danno i loro frutti dal momento che con pochi colpi di martelletto siamo stati in grado di rimuovere la protesi (rimasta fissa sui monconi Mua-Conic fino a quel momento) e procedere con una pulizia della protesi e delle mucose. Successivamente la protesi è stata riposizionata e riattivata (fig. 9).

Il grande vantaggio di poter andare a esplorare la situazione sotto una protesi fissa senza problematiche quali la necessità di decentrare o rovinare la protesi per andare a trovare i fori delle viti protesiche rende la gestione alla poltrona più semplice e rapida. Questo consente di eseguire frequentemente controlli per un corretto mantenimento igienico fondamentale per il successo negli anni della riabilitazione implantoprotesica, soprattutto in caso di pazienti con scarsa o nulla igiene orale.



> Fig. 1



> Fig. 2



> Fig. 3



> Fig. 4



> Fig. 5



> Fig. 6



> Fig. 7



> Fig. 8



> Fig. 9

CONTENUTO EXTRA

VIDEO - Riabilitazione di mascellare atrofico con Toronto conometrica. Igiene a due anni

