

# Case Report

Le tecnologie a basso impatto biologico  
e l'utilizzo di monconi estetici  
nella riabilitazione implantare del paziente  
parodontalmente compromesso

**Dott.ssa Magda Mensi, DMD**

Specializzata in Parodontologia ed Implantologia, Brescia - Italia

## Dott.ssa Magda Mensi, DMD

Laureata in Odontoiatria e Protesi Dentaria nel 2000 con 110/110 e lode. Ricercatore di Chirurgia Orale ed Endodonzia a tempo indeterminato presso la Clinica Odontoiatrica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Brescia. Dirigente Medico di I livello presso la Clinica Odontoiatrica degli Spedali Civili di Brescia. Professore aggregato di Chirurgia Orale nel Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università di Brescia. Professore aggregato di Chirurgia e Igiene Orale nel Corso di Laurea in Igiene Dentale dell'Università di Brescia. Socio Ordinario della Società Italiana di Parodontologia dal 2000. Master in Chirurgia Parodontale e Implantologia su Pazienti Parodontalmente Compromessi, Prof. Leonardo Trombelli (2010-2012), conseguito presso la Clinica Odontoiatrica dell'Università di Ferrara. Autrice di numerose pubblicazioni nazionali ed internazionali in ambito chirurgico ed endodontico. Relatrice in convegni e congressi in Italia e all'estero. Esercita la libera professione come consulente in Parodontologia e Implantologia.



---

## Abstract

La riabilitazione implanto-protetica dei pazienti affetti da parodontite aggressiva (AgP) è argomento particolarmente controverso e dibattuto (1). In questo case report viene trattata una paziente di 40 anni affetta da AgP con un impianto Alpha-Bio<sup>Tec</sup> SPI in sede 26 posizionato contestualmente al rialzo di seno mascellare per via crestale e protesizzato con corona singola in ceramica su moncone estetico Alpha-Bio<sup>Tec</sup>.

## Introduzione

Le classiche tecniche chirurgiche e riabilitazioni protesiche possono risultare particolarmente complicate in pazienti affetti da parodontite aggressiva (2). Il primo approccio è sempre non chirurgico in modo da stabilizzare la malattia, eliminare i fattori ritenitivi di placca e gli elementi hopeless e riequilibrare lo stile di vita abolendo il fumo e correggendo alterazioni sistemiche quali i livelli di emoglobina glicata nei pazienti diabetici. In fase di rivalutazione sarà quindi possibile stabilire il piano di trattamento più indicato per il singolo paziente (3). Chirurgie parodontali si rendono spesso necessarie per correggere i difetti ossei e tissutali esito della malattia, al fine di riabilitare funzionalmente ed esteticamente il paziente.

Se questo comporta l'inserimento di impianti endossei ci si trova frequentemente di fronte a carenza di osso sia in senso orizzontale che verticale e a parabole gengivali alterate e disomogenee.

Ciò impone la messa in opera di chirurgie sofisticate e minimamente invasive, l'utilizzo di presidi specifici, la necessità di tecniche rigenerative possibilmente supportate da fattori di crescita autologhi e la scelta di componentistica protetica che minimizzi i deficit estetici (4).

## Descrizione del caso

La paziente B.R. di 40 anni, affetta da parodontite aggressiva generalizzata, sana e non fumatrice, è stata trattata con terapia causale one stage full mouth disinfection nel 2010 e sottoposta a chirurgia resettiva nel settore 1 e rigenerativa nel settore 3. Si presenta in assenza di recidive parodontali nel 2013 durante una delle sedute trimestrali di richiamo di igiene professionale, con la richiesta di ripristinare la masticazione a sinistra dove nel 2010 aveva perso, a causa di un ascesso parodontale acuto, l'elemento 26.

- **Esame extraorale**

La linea del sorriso della paziente si presenta particolarmente alta ed espone i margini gengivali dei molari superiori, tanto che a destra si nota il problema estetico residuo in seguito alla chirurgia resettiva resasi necessaria per trattare tasche e forche presenti sui pilastri di ponte (Figg. 1-2).

- **Esame intraorale**

Il sito chirurgico di interesse è in ottime condizioni cliniche, i tessuti molli sono integri e non riportano segni di infiammazione, lo spessore della cresta residua sembra buono, i denti contigui non presentano sondaggi patologici.

- **Esame radiografico**

La radiografia endorale mostra un'altezza ossea residua fino alla corticale del pavimento del seno mascellare pari a 4mm. Il seno si presenta libero da opacamenti o altri segni patologici (Figg. 3-4).

---

## Materiali

Impianto SPI (Alpha-Bio <sup>Tec</sup>, Israele)

Inseriti piezoelettrici Kit USE Hydro per la preparazione del sito implantare (Silfradent, Italia)

Separatore ematico Medifuge per ottenere la membrana e il blocco di fibrina CGF (Silfradent, Italia)

Moncone estetico 15° (Alpha-Bio <sup>Tec</sup>, Israele)

Osso Bovino Naturale Alpha-Bio's GRAFT (Alpha-Bio <sup>Tec</sup>, Israele)

Sutura PTFE 5-0 (Omnia, Italia).

## Obiettivi del trattamento e piano di lavoro

Il piano di trattamento prevede di predisporre un rialzo di seno mascellare per via crestale supportato dall'utilizzo di fattori di crescita autologhi CGF (Concentrated Growth Factors), ottenuti da centrifugazione di sangue intero della paziente per stimolare e velocizzare la rigenerazione ossea in un sito suscettibile di malattia parodontale, e il posizionamento contestuale di un impianto SPI one stage, da protesizzare con moncone estetico e corona protesica in ceramica.

Il sito chirurgico si presenta in ottime condizioni di salute (Fig. 5). Si procede pertanto, previa somministrazione di anestetico locale, all'incisione di un lembo trapezoidale eseguendo una linea di incisione palatale e due incisioni intrasulcolari mesiale e distale, in modo da posizionare apicalmente il lembo e quindi la gengiva cheratinizzata palatale a livello della porzione vestibolare dell'impianto (Figg. 6-7). Una volta sollevato il lembo a tutto spessore si inizia la preparazione del sito implantare a mezzo degli inserti piezoelettrici fino ad arrivare alla corticale del pavimento del seno, che viene successivamente consumata dall'inserto apposito, per poi essere sollevata per idropulsione attraverso gli inserti ad irrigazione interna (Figg. 8-9-10). Dopo aver eseguito una rx di controllo (Fig. 11) e la manovra di Valsalva per verificare l'integrità della membrana di Schneider, si procede all'inserimento della membrana di CGF delicatamente compressa con gli inserti piezoelettrici, utilizzati come compattatori al fine di proteggere la membrana del seno da eventuali traumatismi indotti dalla spigolosità del materiale da innesto e dall'impianto stesso (Figg. 12-13-14). Un blocco di fibrina CGF viene sminuzzato e inglobato al biomateriale a base di idrossiapatite bovina e quindi posizionato nel tragitto osseo preparato per sollevare la membrana e permettere l'inserimento di un impianto SPI da 8mm x 4.2mm.

L'impianto viene inserito dapprima manualmente, poi con il cricchetto manuale sostituito infine dalla chiave dinamometria che mostra una stabilità di 35 Nw dell'impianto (Figg. 15-16). Applicata della doxiciclina iclato per uso topico all'interno della cava per evitare la crescita batterica nelle prime settimane, si posiziona una vite di guarigione alta 6mm (Fig. 17), che sostiene il tessuto gengivale portato vestibolarmente e apicalmente e modificato creando una mezza luna che permette, tramite una sutura in PTFE a materasso interno modificata (Gottlow), un ottimo sigillo marginale e quindi una guarigione per prima intenzione (Figg. 18-19).

Viene eseguita una rx di controllo (Fig. 20). Una fiala da 4mg di desametasone viene somministrata in loco intramuscolo per evitare edema e dolore.

La terapia post chirurgica prevede la somministrazione di azitromicina 500mg ogni ventiquattro ore per sei giorni, Brufen 600mg ogni dodici ore per quattro giorni, clorexidina 0.12% pura per un minuto ogni otto ore per un mese, ghiaccio in prima giornata e alimentazione morbida e fresca per i primi cinque giorni.

Il primo controllo viene eseguito a sette giorni (Fig. 21) e la rimozione sutura a quattordici giorni, dopo detersione della zona (Fig. 22). I controlli successivi vengono eseguiti a trenta e sessanta giorni per poi passare alla presa dell'impronta tramite pick-up a cucchiaio aperto e presa del colore (Figg. 23-24).

La finalizzazione protesica cementata è effettuata tramite l'utilizzo di un moncone estetico 15°, in modo da minimizzare l'eventuale problema estetico che potrebbe derivare dalla parabola gengivale e dalla linea del sorriso alte, da un colore degli elementi naturali contigui particolarmente chiaro e dall'inclinazione dell'impianto. Un provvisorio viene posizionato utilizzando il moncone definitivo estetico che è stato solo leggermente rettificato in laboratorio (Figg. 25-26-27) e si attendono quindici giorni per testare occlusione, estetica, detergibilità e adattamento dei tessuti molli. Si finalizza apportando le modifiche necessarie con una corona in ceramica sfruttando lo stesso moncone (Fig. 28).

La radiografia di controllo a sei mesi mostra la corticalizzazione dell'osso rigenerato apicalmente all'impianto e l'assenza di riassorbimento osseo crestale, indice di una buona integrazione dell'impianto e della componentistica protesica (Fig. 29).



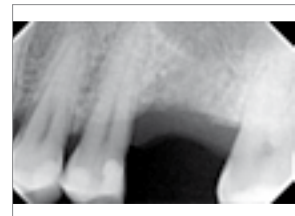
1 Sorriso della paziente



2 Close-up



3 Rx pre-operatoria



4 Rx pre-operatoria



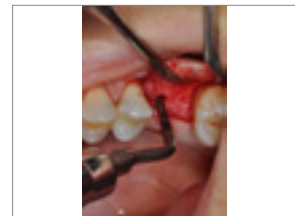
5 Sito pre-chirurgico



6 Incisione del lembo



7 Scollamento del lembo trapezoidale



8 Fase iniziale di preparazione del sito transcrestale



9 Preparazione del sito implantare



10 Sito implantare in visione occlusale



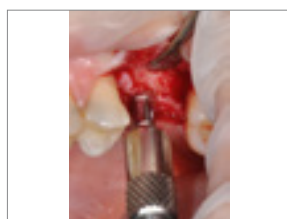
11 Rx intraoperatoria con pivot



12 Inserimento di CGF nel seno per via transcrestale



13 Miscelazione di biomateriale Alpha-Bio's GRAFT con CGF



14 Mix di biomateriale e CGF compattato nel seno con osteotomo



15 Kit chirurgico Alpha-Bio<sup>tec</sup>



16 Posizionamento impianto SPI con cricchetto dinamometrico (35 Nw)

# Le tecnologie a basso impatto biologico e l'utilizzo di monconi estetici nella riabilitazione implantare del paziente parodontalmente compromesso



17 Posizionamento della vite di guarigione



18 Posizionamento del lembo vestibolarmente



19 Sutura materassaio verticale modificata



20 Rx post-operatoria



21 Controllo a 7 giorni



22 Rimozione sutura a 14 giorni



23 Impronta con pick-up



24 Rilevazione del colore



25 Moncone estetico in posizione oclusale



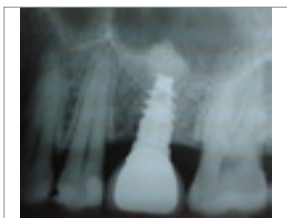
26 Moncone estetico in posizione vestibolare



27 Primo provvisorio



28 Cementazione definitiva corona 26



29 Rx finale



## Conclusioni e discussioni

Il successo e la sopravvivenza a lungo termine degli impianti in pazienti affetti da parodontite aggressiva non sono chiari (5). Esistono studi che mostrano una predicibilità simile a quella che si ha in pazienti non affetti da AgP, ma si tratta di casi in cui subito prima del posizionamento degli impianti è stata effettuata una lunga fase di terapia attiva parodontale per ottenere la stabilizzazione della malattia (6).

Non sappiamo quindi con certezza quale sarebbe la sopravvivenza degli impianti posizionati direttamente in pazienti con malattia attiva, ma si presuppone che questa sia notevolmente più bassa rispetto ai pazienti sani, vista la suscettibilità e l'immunocompromissione dei casi con AgP.

Prima di effettuare implantologia in pazienti gravemente parodontalmente compromessi è necessario perciò trattarli con adeguata terapia causale, valutare la condizione degli elementi residui limitrofi agli impianti e decidere se estrarre elementi con prognosi dubbia o piuttosto trattarli con terapia parodontale.

La riabilitazione implanto-protetica in questi pazienti richiede sempre, per raggiungere obiettivi estetici, una serie di interventi e accorgimenti per compensare i deficit ossei e tissutali.

In quest'ottica, al fine di raggiungere buoni risultati estetico-funzionali, i fattori fondamentali risultano pertanto essere: l'utilizzo di impianti autofilettanti in grado di trovare stabilità primaria in osso di tipo 3 e 4, l'impiego di sostituti ossei in aggiunta al CGF (Concentrated Growth Factors) ottenuto dal sangue del paziente tramite separatore ematico, l'ausilio della chirurgia piezoelettrica per la preparazione del sito implantare, la gestione dei lembi per ottimizzare i tessuti molli e, infine, l'impiego di monconi estetici anatomici che mimetizzino eventuali minus e ottimizzino l'angolazione del profilo d'emergenza.

## Bibliografia

1. Mohammad S. Al-Zahrani. Implant therapy in aggressive periodontitis patients: A systematic review and clinical implications. Quintessence International Volume 39. Number 3. March 2008 pag 211-215.
2. Reiner Mengel and Lavin Flores-de-Jacoby. Implants in Patients Treated for Generalized Aggressive and Chronic periodontitis: A 3-Year Prospective Longitudinal Study. J Periodontol Volume 76. Number 4 pag 534-543.
3. Nikolaos Donos, Lars Laurell & Nikolaos Mardas. Hierarchical decisions on teeth vs. implants in the periodontitis-susceptible patient: the modern dilemma. Periodontology 2000 Vol. 59 pag 89-104.
4. Reiner Mengel, DDS, Dr Med Dent, Phd, Lavin Flores-de-jacoby, DDS, Dr Med Dent, PhD. Implants in Regenerated Bone in Patients Treated for Generalized Aggressive Periodontitis: A Prospective Longitudinal Study. The international Journal of Periodontics & Restorative Dentistry Volume 25, number 4, 2005 pag. 331-341.
5. Reiner Mengel, Marion Behle and Lavin Flores-de-Jacoby. Osseointegrated Impants in Subjects Treated for Generalized Aggressive Periodontitis: 10 Year Result of a Prospective, Long-Term cohort Study. J Periodontol, December 2007 Volume 78. Number 12 pag 2229-2237.
6. Reiner Mengel, Tim Schroder, and Lavin Flores-de-Jacoby. Osseointegrated Implants in Patients Treated for Generalized Chronic Periodontitis and Generalized Aggressive Periodontitis: 3 Year Results of a Prospective Long-Term Study. J Periodontol, August 2001 Volume 72. Number 8 pag 977-989.



HTD CONSULTING®

**Agenzia Esclusiva e Servizio Clienti**  
**Alpha-Bio Tec Italia**

**HTD Consulting s.r.l.**  
Via M. Buonarroti 2 B  
53013 Gaiole in Chianti (SI)  
Tel. +39 0577 749047  
Fax +39 0577 744693  
info@htd-consulting.it  
www.htd-consulting.it