

Ebanista sinus lift vs chirurgia implantare computer guidata

Un caso clinico complesso

GIUSEPPE FANELLI, FEDERICO BEGNOZZI

Introduzione

In questo articolo ,si vogliono evidenziare le metodiche cliniche capaci di risolvere i problemi odontoiatrici del paziente,con minore morbidità post-operatoria, con un costo economico ridotto e in un tempo molto più breve.

Ebanista sinus lift, è una metodica utilizzata per effettuare il grande rialzo del seno mascellare e che ha delle precise indicazioni e metodi di approccio.

La chirurgia computer guidata in implantologia osteointegrata è una metodica che ha conosciuto notevoli sviluppi, negli ultimi anni e credo che ancora ne conoscerà negli anni a venire, grazie alla sua scientificità e conseguente affidabilità.

L'aspetto economico ricopre, comunque, in questo momento storico/sociale, un ruolo importante in quello che è l'albero decisionale a cui il paziente va incontro nel momento in cui si rivolge ad un professionista, che propone questo tipo di soluzioni.

È nostro compito percepire queste necessità ed approfondire quelle soluzioni che permettono al paziente di aderire, con soddisfazione, ai piani di trattamento proposti per il suo caso.

*Medico/odontoiatra
Odontotecnico*

Introduction

In this article, we want to highlight the clinical methods capable of solving the problems of the dental pa-

tient, with less postoperative morbidity, with a low economic cost and in a much shorter time.

Cabinetmaker sinus lift, is a method used to make the large sinus lift and that has precise indications and methods of approach.

The computer guided surgery in implant osseointegration is a method which has experienced significant developments in recent years and I believe still will know in the coming years, thanks to its scientific and consequent reliability.

The economic aspect plays, however, in this historical moment / social, an important role in what is the decision tree in which the patient undergoes when caters to a professional, which offers this type of solution.

And 'our task perceive these needs and deepen those solutions that allow the patient to adhere, with satisfaction, the treatment plans proposed for the case.

Materiali e metodi

Case report

Paziente di sesso femminile in app buona salute, di anni 68, con un importante edentulia dei settori posteriori sup.

La richiesta è una soluzione protesica fissa, che non aveva trovato riscontro nel corso di precedenti visite, presso altri professionisti.

La difficoltà clinica più evidente è rappresentata dall'arcata sup sn, che oltre all'edentulia, presenta una pneumatizzazione importante del seno mascellare, al punto che, lo stesso, risulta essere separato dal cavo orale da un sottilissimo strato di tessuto osseo (Fig.1 OPT iniziale).

I pochi elementi dentari residui presentano gravi compromissioni parodontali, ed in modo particolare una importante mobilità a carico degli elementi 24, 23, 22, 13, 14.

In ultima analisi possiamo contare su solo tre elementi stabili.

L'arcata inferiore non presenta, al contrario gravi compromissioni, ed offre un affidabile riferimento funzionale ed occlusale.

Vengono rilevate le impronte studio delle arcate dentarie, un arco facciale anatomico, ed avviata la procedura per uno studio 3D del caso, attraverso un esame strumentale TC delle arcate dentarie, con l'ausilio di una mascherina radiologica utile al caso.

Fig. 1 OPT



Fig. 2



Fig. 3



Le foto cliniche iniziali, evidenziano elementi importanti relativi ai canoni estetici di riferimento, la festonatura parodontale e la quantità di gengiva aderente, oltre alla forma dei denti, in particolare quella degli incisivi centrali sup, che svolgono una importante funzione di sostegno del labbro sup della paziente (fig. 1, 2, 3).

Viene compilata una cartella parodontale, con la misurazione delle mobilità, del sanguinamento, della profondità e posizione dei difetti, oltre alla registrazione della quantità di gengiva aderente, che risulta

particolarmente insufficiente nell'emiarcata sup di sn.

Avendo raccolto una anamnesi completa e dettagliata dello stato di salute generale, si possono preparare i momenti degli interventi necessari a risolvere i problemi odontoiatrici del caso.

Il piano di trattamento comporta due momenti distinti:

- Il primo che prevede il posizionamento di impianti nei settori posteriori del mascellare ed in particolare, la porzione sup di sn., riceverà, in un'unica soluzione un innesto di osso a blocco e due impianti.

Il secondo che prevede:

- l'avulsione di tutti gli elementi dentari residui ed il contemporaneo posizionamento di quattro impianti con tecnica chirurgica computer guidata,
- il rilievo di un'impronta intra-chirurgica,
- la realizzazione di una protesi di Toronto avvitata direttamente sugli impianti, da posizionare nel giro di qualche ora.

Fig. 4



Clinica

Preparata la bocca della paziente con operazioni di igiene, levigatura e pulizia radicolare, decidiamo il posizionamento di quattro impianti, due per parte, nei settori diatirici sup.

Sup a sin viene adottata la tecnica di rialzo del seno mascellare, con approccio crestale, che prevede il posizionamento contemporaneo di

un innesto a blocco, nel seno mascellare, all'interno del quale si posiziona preventivamente un impianto osteointegrato.

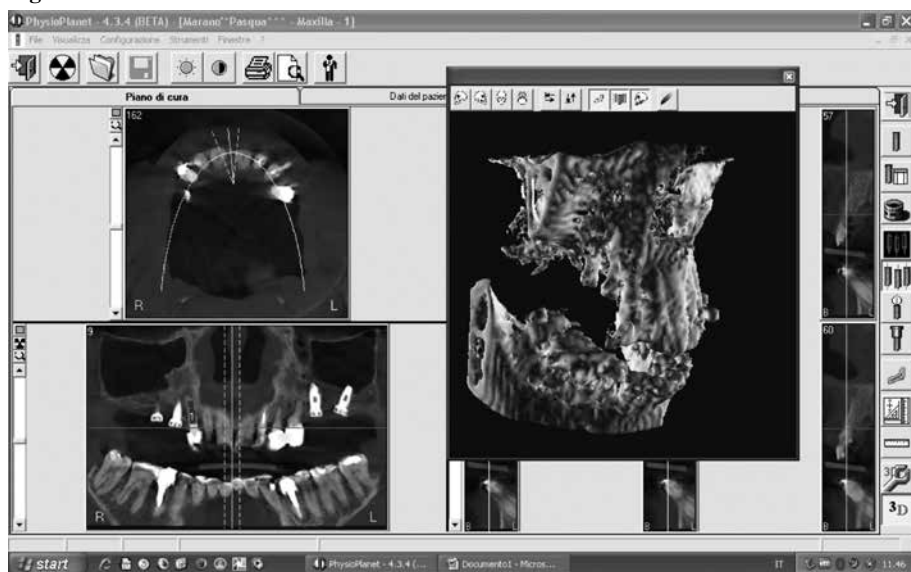
In definitiva l'integrazione avviene tra il tessuto osseo innestato e quello del ricevente, abbassando le percentuali di insuccesso o di complicazioni cliniche, come la lacerazione della membrana sinusale o l'emoseno, complicanze tipiche dell'approccio al grande rialzo del seno mascellare con accesso vestibolare.

La tecnica chirurgica denominata "Ebanista sinus lift", ci permette il posizionamento di impianti in mascellari molto riassorbiti, senza la necessità di un intervento di rialzo del seno mascellare in due tempi

Fig. 5



Fig. 6



(prima, l'innesto di osso e trascorsi circa sei mesi di attesa per l'attecchimento dello stesso, pensare al posizionamento di impianti), come prevede il classico approccio con la finestra vestibolare nel caso in cui l'altezza dell'osso residuo sia inferiore ai 4 mm.

La descrizione della tecnica adottata si trova in letteratura a cura del suo ideatore il dott Rosario Rizzo.

Nell'emiarcata sup dx, si procede al posizionamento di due impianti realizzando un piccolo rialzo.

Lasciamo guarire la paziente ed attendiamo la osteointegrazione dei

Fig. 7



Fig. 8



nostri primi quattro impianti ,per circa sei mesi.

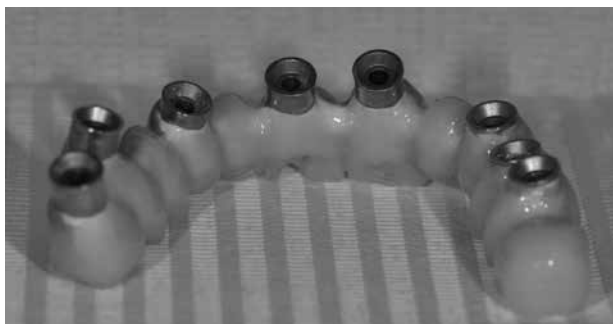
Monitoriamo la paziente nel periodo di guarigione e verifichiamo l'avvenuto attecchimento del nostro

sporre l'intervento successivo.

Attraverso l'aiuto del computer, procediamo all'avulsione degli elementi residui ed al contestuale posizionamento di quattro impianti post-estrattivi (fig. 6, 7).

Questi ultimi, vengono collegati protesicamente ai precedenti quattro nella stessa seduta chirurgica, al fine di poter costruire una protesi avvitata a "parziale" carico immediato (fig. 8).

Fig. 10



innesto osseo e la conseguente osteointegrazione degli impianti.

In particolare è evidente l'aumento di osso ottenuto intorno all'impianto in zona 26 (fig. 5), rispetto all'esigua porzione di osso, che nelle condizioni iniziali, separava il seno mascellare della paziente dal cavo orale (fig. 1).

Procediamo all'intervento di riapertura degli impianti ed a predi-

Lo spazio tra la struttura e gli impianti è occupato da dischi elastici e radiotrasparenti "schok/assorber", che creano una visione radiografica che simula una mancata connessione (fig. 8).

La protesi viene realizzata in giornata e comporta la ricostruzione attenta della funzione e dell'anatomia della paziente (fig. 10, 11, 12, 13, 14).

Fig. 11

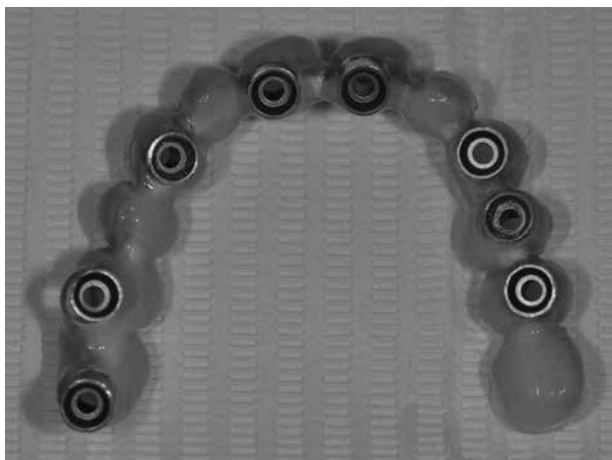


Fig. 12

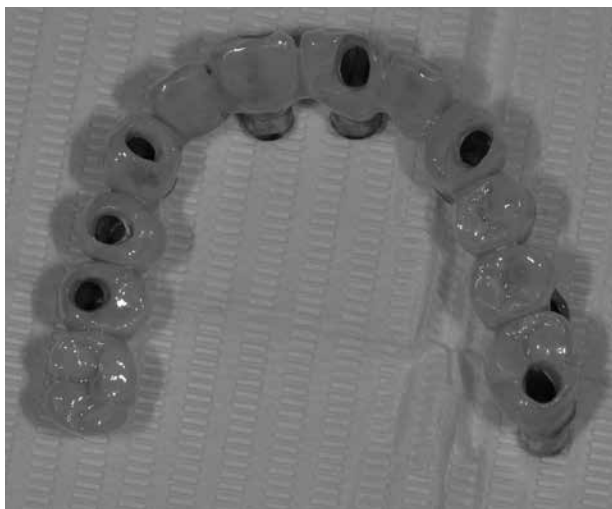


Fig. 13



Sono evidenti le festonature gengivali caratterizzate da tessuti ancora sofferenti per l'immediatezza dell'intervento (fig. 10, 11, 12, 13, 14).

A distanza di 40gg., i tessuti appaiono più maturi ed è possibile osservare il naturale accollamento degli elementi protesici alle strutture parodontali (fig. 15, 16, 17).

Considerazioni finali

La metodica illustrata nel caso clinico, permette di rispondere alle aspettative del paziente, che, come nel caso specifico, erano quelle di non essere costretto, mai, a convivere con una condizione di edentulia, seppur momentanea.

La prima fase clinica, ha permesso alla paziente di attendere il consolidamento del primo intervento descritto, senza rinunciare ad una vita di relazione soddisfacente, grazie al permanere degli elementi dentari residui.

La seconda fase clinica ha poi risolto in

Fig. 14



tempi molto contenuti, il posizionamento di una protesi fissa avvitata su impianti, che anche se non in grado di rispondere pienamente, alle esigenze funzionali (in particolare quelle masticatorie), risolveva molto bene gli aspetti estetici e fonatori, che sono serviti alla paziente ad affrontare la sua quotidianità con sufficiente tranquillità psicologica.

Naturalmente, trascorsi i sei mesi canonici per l'osteointegrazione, la paziente riguadagnerà tutte le sue funzioni compresa quella forza nel masticare, che come sappiamo, è deficitaria nell'edentulo o in chi soffre di grave mobilità dentale.

Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17



BIBLIOGRAFIA

- 1) G. FANELLI, *Un caso complesso di Toronto bridge a carico immediato. L'importanza della fase diagnostica pre-chirurgica*. Gazzeta Sanitaria vol. 62 N. 1 2012.
- 1) R. RIZZO, A. BONA, G. FANELLI, *GRS (guided restoration supplies) un nuovo sistema di chirurgia guidata*. Gazzeta Sanitaria vol. 59 N. 1 2009.
- 2) T. TESTORI, F. GALLI, M. DEL FABBRO, *Il carico immediato*.
- 3) AMSTERDAM M., *Periodontal prosthesis: Twenty-five years in retrospect*. Alpha Omegan 1974; 67: 8-52.
- 4) CHICHE G.J., PINAULT A., *Esthetics of anterior fixed prosthodontics*. St Louis: Quintessence, 1994.
- 5) DONG J.K., JIN T.H., CHO H.W., OH S.C., *The esthetic of the smile. A review of some recent studies*. Int. J. Prosthodont. 1999; 12: 9-19.
- 6) ENGELMAN M.J., *Clinical decision making and treatment planning in osseointegration*. Quint. Publ. Co; Hanover Park, IL, USA 1996; pp. 183-214.
- 7) HECKMANN S.M., HECKMANN J.G., WEBER H.P., *Clinical outcomes of three Parkison's disease patients treated with mandibular implant overdenture*. Clin. Oral. Res. 2000; 11: 566-571.
- 8) HODGE L., MAHAN P.E., *A study of mandibular movement from centric relation to maximum intercuspation*. J. Prosthet. Dent. 1978; 40: 244-252.
- 9) LOMBARDI R.E., *The principles of visual perception and their clinical application to dental esthetics*. J.Prosthet. Dent. 1973; 29:358-382.
- 10) MILLER E.L., BODDEN W.R., JAMISON H.C., *A study of the relationship of the dental midline to the facial median line*. J.Prosthet. Dent. 1979; 41:657.
- 11) O'BRIEN W.J., *Dental Materials and their selection*. Quint. Publ. Co., Hanover Park, IL,USA; 3th Ed. 2002.
- 12) POSSELT U., *Studies on the mobility of the human mandible*. Acta Odont. Scand. 1952; 10:1-150.
- 13) PRESTON J.D., *The golden proportion revisited*. J. Esthet. Dent. 1993; 5: 247-251.
- 14) RICKETTS R.M., *Planning treatment on the basis of the facial pattern and an estimate of its growth*. Angle Orthod. 1957; 27:14-37.
- 15) RIEDER C.E., *The prevalence and magnitude of mandibular displacement in a survey population*. J.Prosthet. Dent. 1978; 39:324-327.
- 16) ROACH R.R., MUIA P.J., *Communication between dentist and technician: An esthetic checklist*. In PRESTO JD., *Perspectives in dental ceramics. Proceedings of the fourth International Symposium on ceramics*. Chicago:Quintessence, 1988.
- 17) SHULTZ A.V., *Comfort and chewing efficiency in dentures*. J.Prosthet.Dent. 1991; 65:38-48.
- 18) TJAN A.H., MILLER G.D., *the J.G. Some esthetic factors in a smile* J. Prosthet. Dent. 1984; 51:24-28.
- 19) VIG R.G., BRUNDO G.C., *The kinetics of anterior tooth display*. J. Prosthet. Dent. 1978; 39:502-504.
- 20) YIP K.H., SMALES R.J., KAIDONIS J.A., *Differential wear of teeth and restorative materials: Clinical implications*. Int. J. Prosthodont. 2004; 17:350-356.
- 21) ZITZMANN N.U., MARINELLO C.P., *A cost effectiveness analysis of implant overdenture*. J. Dent. Res. 2006; 85:717-721
- 22) ZITZMANN N.U., MARINELLO C.P., *Treatment plan for restoring the edentulous maxilla with implant supported restorations: removable overdenture versus fixed partial denture design*. J. Prosthet. Dent. 1999; 82:188-196.
- 23) ZITZMANN N.U., SENDI P., MARINELLO C.P., *A n economic evaluation of implant treatment in edentulous patiens: preliminary report*. Int. J. Prosthodont. 2005; 18:20-27.