



CASE REPORT

Gestione di un elemento dentale fratturato e sua sostituzione con un impianto post-estrattivo a carico immediato in una zona ad alta valenza estetica.



Dr. Davide Riccardo MOIRAGHI

Libero professionista in Milano



Dr. Luca Alberto MANFREDDA

Libero professionista in Trecate (Novara)



Odt. Massimo BISCARO

Titolare di laboratorio

anthogyr

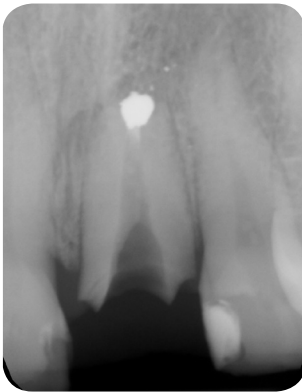
A global solution for dental implantology

Presentazione del caso

La paziente si presenta alla nostra osservazione per decementazione di una corona tipo Richmond su 2.1. All'esame obiettivo si osserva la frattura verticale della porzione vestibolare della radice.

La paziente di 58 anni è in buono stato di salute, fuma meno di 10 sigarette al giorno e all'esame extra-orale presenta una simmetria del viso di forma ovale, un'apertura della bocca nella norma.

Pianificazione del trattamento



L'elemento dentale ha subito un intervento di chirurgia endodontica retrograda circa 10 anni prima.

Rx pre-operatoria

Il piano di trattamento ideale prevede l'avulsione dell'elemento, la preservazione dell'alveolo con biomateriali e la gestione dell'edentulia con un provvisorio tipo Maryland, Cone-beam a 3 mesi e poi inserimento dell'impianto con eventuale carico immediato.

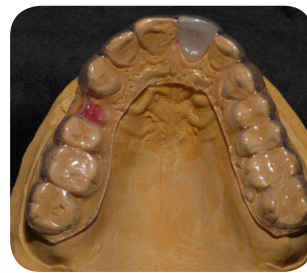
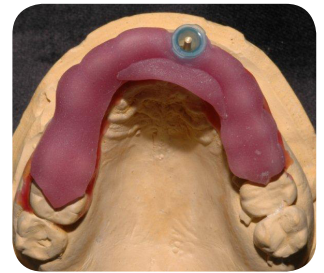
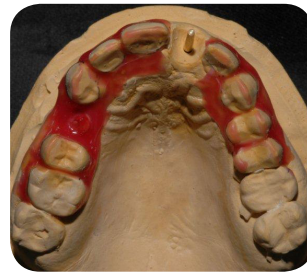
La paziente richiede una soluzione più breve nonostante le siano state spiegate le possibili complicanze e gli eventuali insuccessi.

Considerando le esigenze della paziente e la presenza dei picchi ossei mesiali e distali all'elemento, progettiamo l'avulsione della radice, l'inserimento immediato dell'impianto e della corona provvisoria.

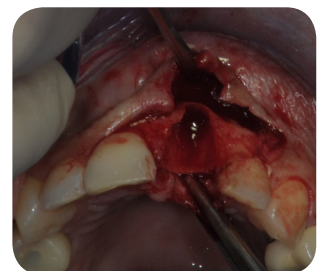


Realizzazione del caso

Dima chirurgica, Corona sgusciata provvisoria per il carico immediato e mascherina di controllo della posizione implantare in senso corono-apicale.

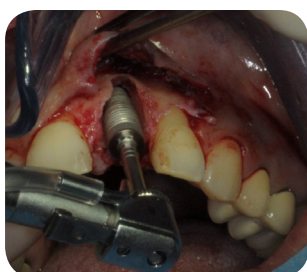
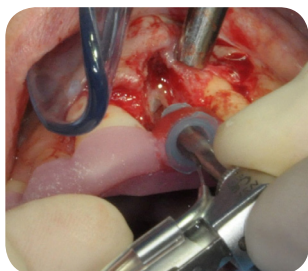
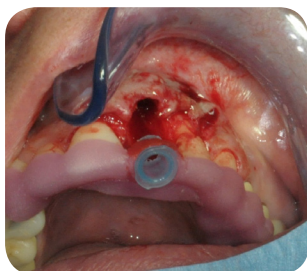


Disegno del lembo ed avulsione della radice che presenta una frattura verticale a tutto spessore e che ha determinato un riassorbimento della parete vestibolare dell'alveolo. Inoltre, durante lo scollamento si crea una lacerazione del lembo dovuto ad aderenze di tipo cicatriziale in zona apicale a 2.2.



CASO CLINICO / NOVEMBRE 2013

Si procede all'inserimento dell'impianto Anthogyr Tapered Full-BCP diametro 5 mm per lunghezza 13 mm.



Controllo radiografico in seguito all'inserimento della fixture implantare.

Finalizzazione dell'intervento con rigenerazione peri-implantare di osso autologo, Bioss e Bioguide.

La corona provvisoria non presenta nessun contatto durante i movimenti escursivi di protusione e lateralità.

Per la gestione della lacerazione della mucosa del lembo vestibolare si effettua un prelievo epitelio-connettivale palatale stabilizzato a livello del sito ricevente, tramite l'utilizzo di una sutura riassorbibile Vycril 6/0.



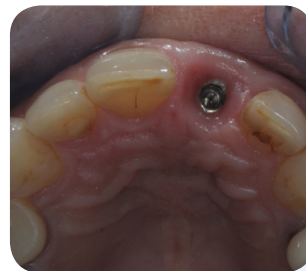
Radiografia di controllo in seguito al carico immediato con moncone in titanio anti-rotazionale.



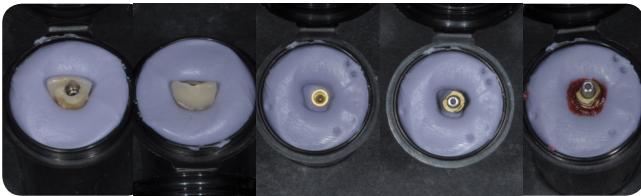
Guarigione a distanza di 4 settimane dall'intervento. Si noti come la forma ridotta del provvisorio permetterà la crescita e la maturazione dei tessuti molli.



Prima modifica del Provvisorio a distanza di 6 mesi. Vengono aumentati i profili di emergenza mesiali e distali.

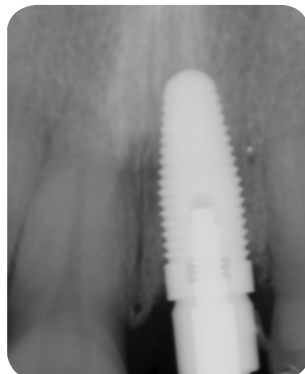


Realizzazione di un porta-impronte individuale.
Tecnica di coping da impronta modificato per dare all'odontotecnico la forma corretta del tragitto trans mucoso peri-implantare.

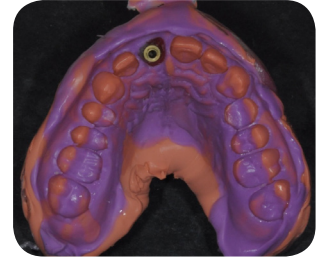
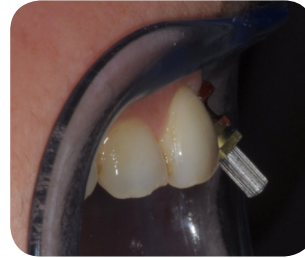


Coping da impronta
squadrato posizionato
in bocca.

Radiografia di controllo
della posizione del Coping
da impronta.

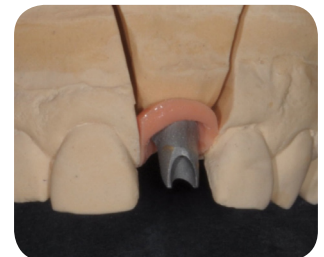


Impronte definitive. La posizione del coping da impronta
mostra l'impossibilità di realizzare una corona avvitata
sull'elemento.



Registrazione del piano
frontale con arco facciale
e bolla di riferimento per
poterlo riposizionare parallelo
al piano dell'orizzonte.

Montaggio in articolatore a valori medi, abutment in titanio
e realizzazione di una capretta in zirconia.



CASO CLINICO / NOVEMBRE 2013

Scelta del colore



Croma



Tinta



Valore

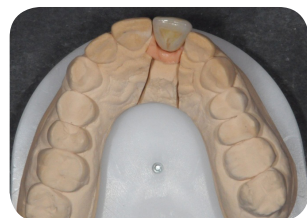


Comunicazione al laboratorio della presenza di intensivi a macchia e di una caratterizzazione verticale secondo il Dott. Lorenzo Vanini.

Registrazione dello spazio occlusale disponibile per la ceramizzazione.



Realizzazione della Prova estetico-funzionale lucida.



Prova estetico funzionale lucida. Si nota come il valore sia troppo basso e che la forma della ceramica comprima eccessivamente la papilla D.



Prova estetico-funzionale visione palatale.



Prova estetico-funzionale - Sorriso della paziente.

Fasi di laboratorio.



Posizionamento definitivo del moncone con forza di avvitamento di 30 N/cm.



Moncone definitivo in visione vestibolare.



Visione palatale.



Sorriso della paziente.



Finalizzazione

Cementazione e finalizzazione del caso dopo modifica del valore.



Controllo movimento di protusione.



Dettagli della corona definitiva.



Radiografia di controllo finale dopo cementazione che evidenzia l'utilizzo della tecnica del Platform-Switching.

