

CASE REPORT

**IMPIANTO POST-ESTRATTIVO A CARICO IMMEDIATO INSERITO CON  
TECNICA FLAPLESS E CONCOMITANTE RIDGE PRESERVATION: UN  
APPROCCIO MINIMAMENTE INVASIVO**

La risoluzione implanto-protetica di un elemento dentario compromesso prevede tradizionalmente diversi step-chirurgici. Inoltre il mantenimento o il ripristino di un adeguato supporto tissutale, sia esso osseo che mucoso, comporta talvolta ulteriori interventi.

La volontà da parte del clinico di ottimizzare al meglio il trattamento e del paziente di ridurre al minimo dolore, disagi e condizionamenti della routine quotidiana, portano oggi a scegliere approcci sempre meno invasivi pur senza dover alterare la qualità del risultato finale.

Nel presente caso viene illustrato l'impiego di una tecnica mini-invasiva, per la risoluzione di un elemento compromesso, attraverso un trattamento di tipo implanto-protetico. In un unico intervento viene pertanto effettuata l'estrazione, l'inserimento dell'impianto con concomitante compattazione ossea alveolare, una tecnica di preservazione del volume osseo e dei tessuti molli ed una protesizzazione provvisoria con elemento fisso a carico immediato.



Dr Stefano Scavia, Milano.

[stefano.scavia@unimib.it](mailto:stefano.scavia@unimib.it)



Fig. 1-2 - Un primo esame clinico e radiologico mostra un elemento dentale trattato endodonticamente e ricostruito con un perno metallico di rilevanti dimensioni. In radiografia è riscontrabile una frattura a carico della componente infraossea radicolare<sup>1</sup>.

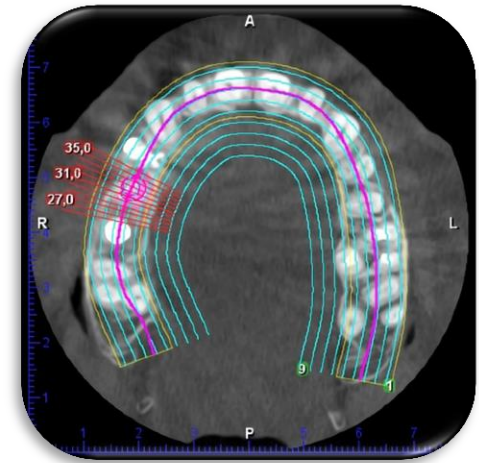
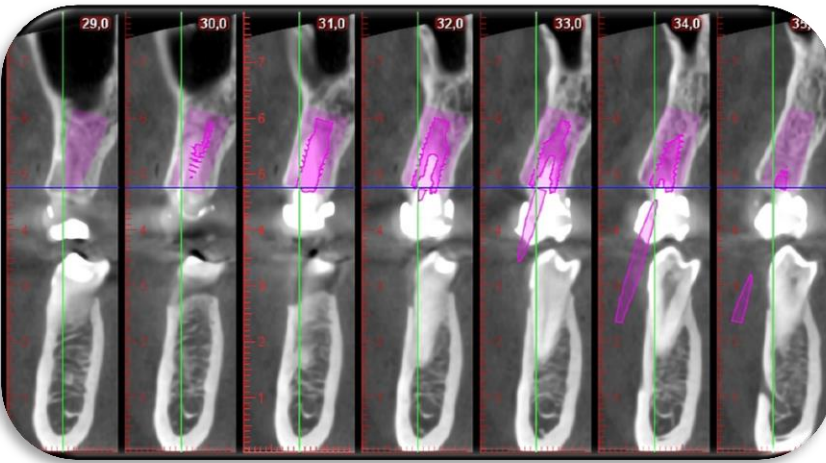
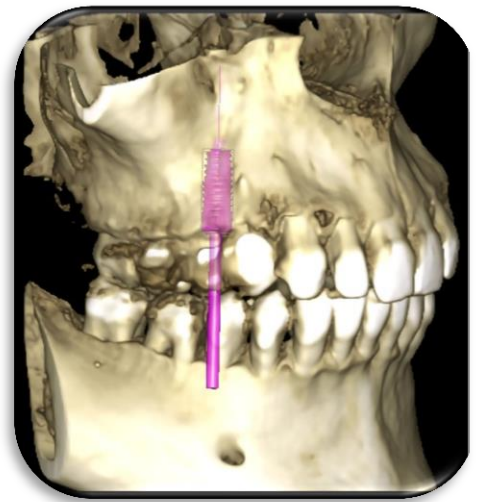
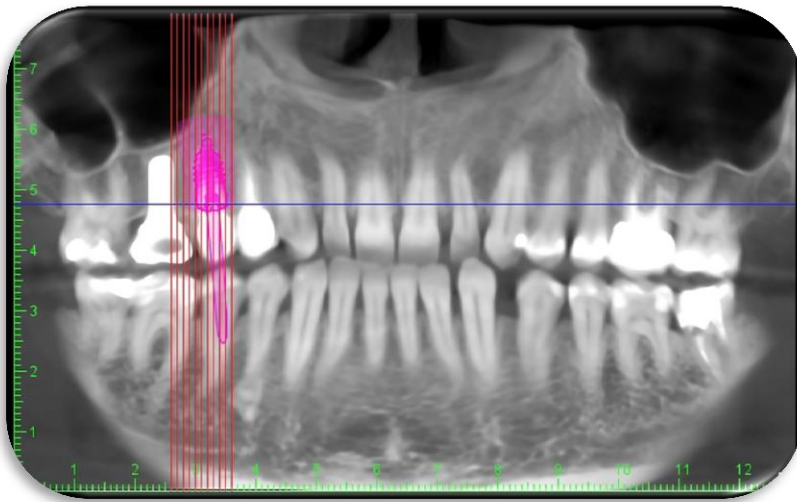


Fig. 3-4-5-6 - Previa realizzazione di CBCT viene simulato su software 3D il posizionamento implantare.

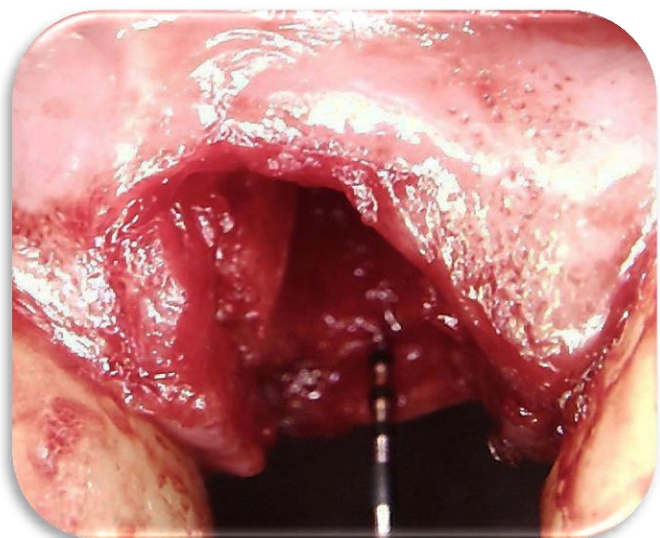
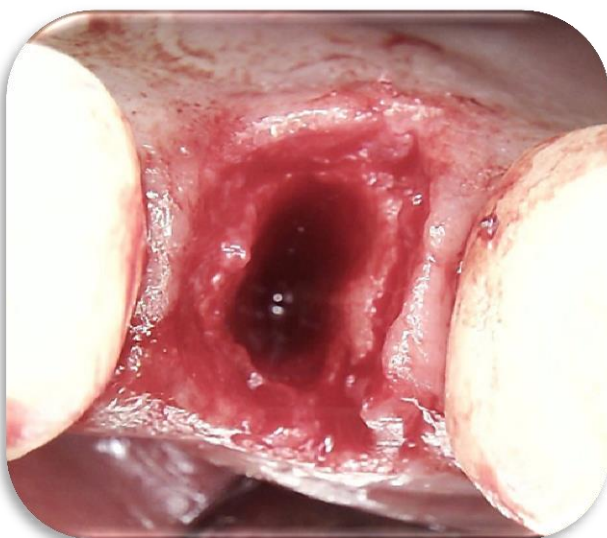


Fig. 7-8 – Viene eseguita l'estrazione atraumatica dell'elemento e la misurazione dello spessore mucoso.



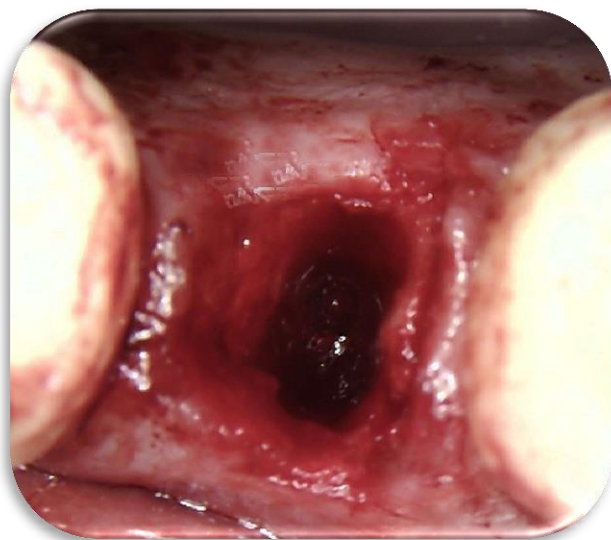
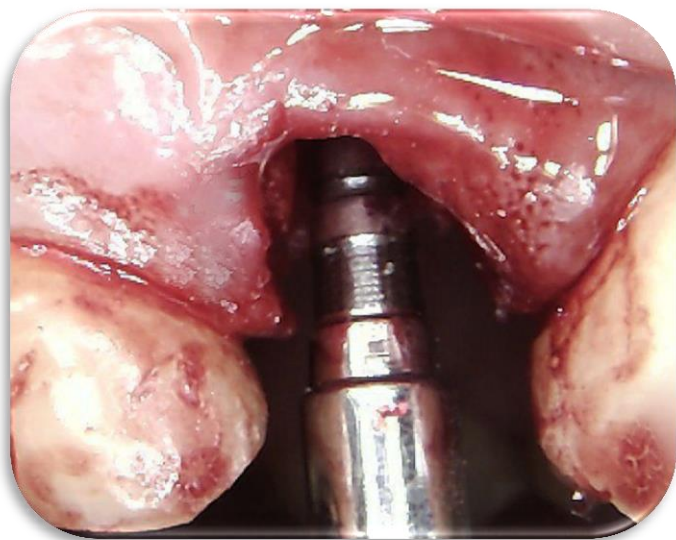
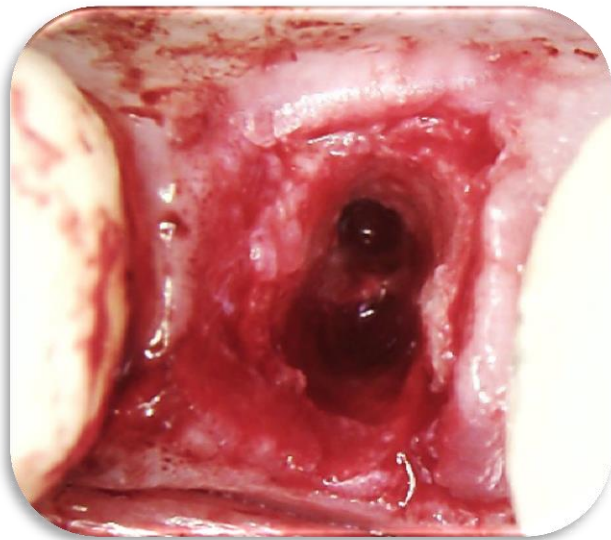


Fig. 9-10-11-12 – Attraverso l'accesso del solo alveolo post-estrattivo viene effettuata la preparazione del sito implantare con osteotomi, il primo a punta e sezione conica, i successivi a sezione tronco-conica, attivati da strumentazione "magneto-dinamica".

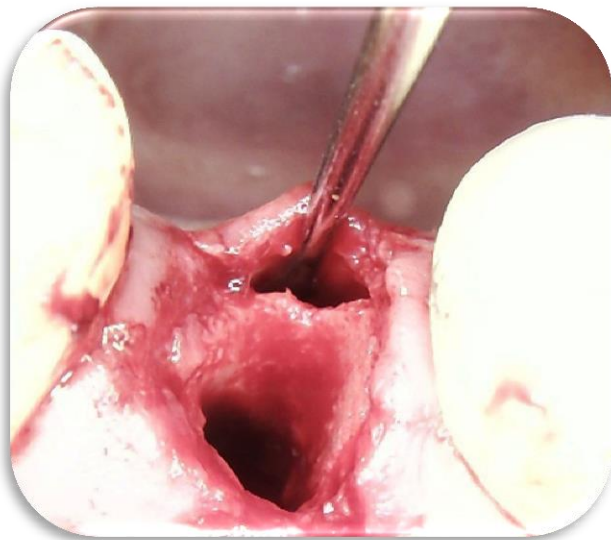
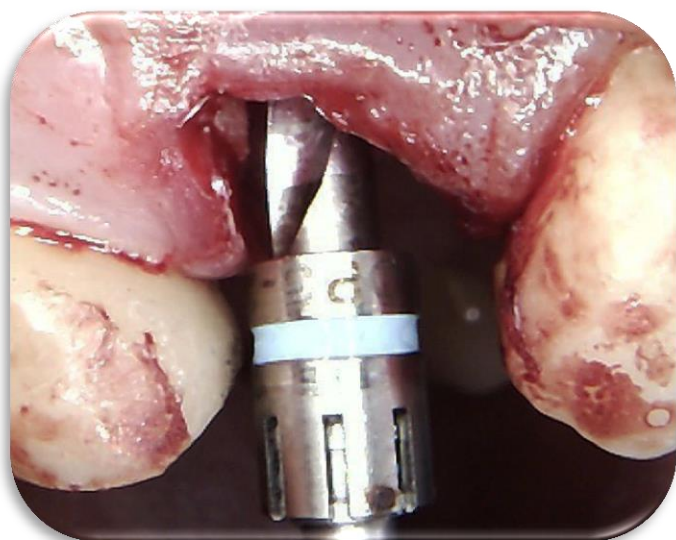


Fig. 13-14 – Il sito implantare viene rifinito con fresa rotante. Con scollatori sottili si procede al parziale scollamento a tutto spessore della mucosa vestibolare e palatina



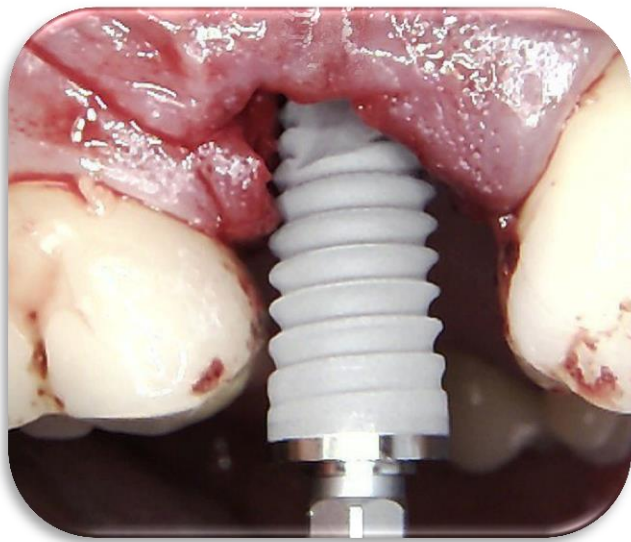


Fig. 15-16-17-18 – Viene inserito l’impianto a livello del margine osseo crestale con un torque che supera i 35Ncm. Una membrana in collagene nativo viene adattata morfologicamente al sito e forata in corrispondenza del collo implantare

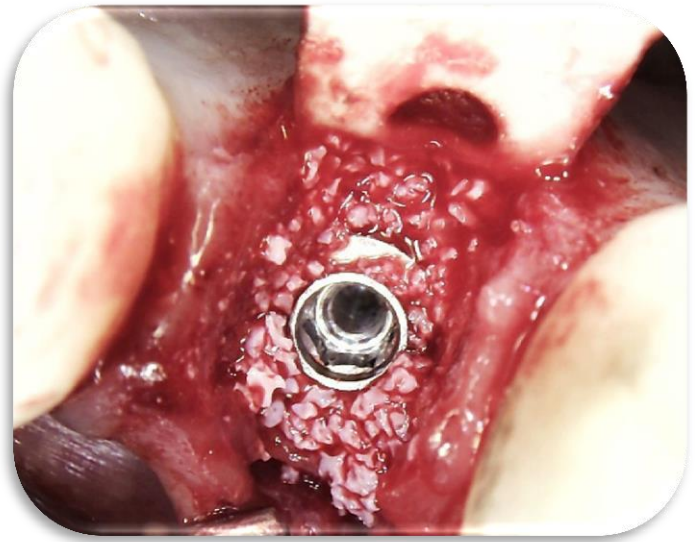
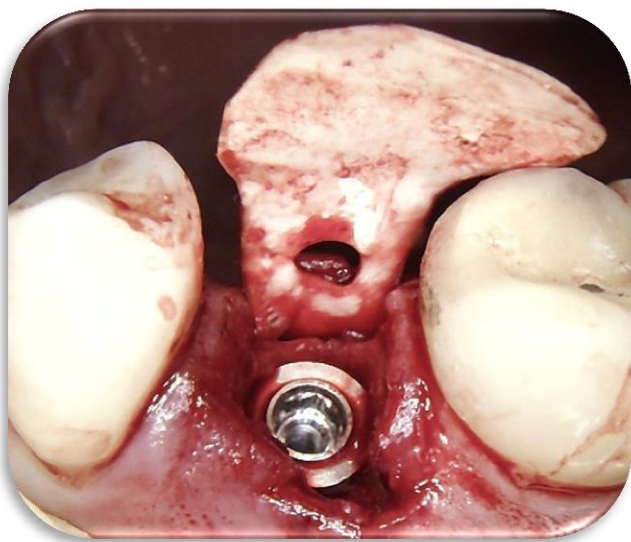


Fig. 19-20 – La membrana viene inserita sotto al periostio palatalmente ed il gap fra impianto e margine della cresta ossea residua (1 - 2mm) riempito con Equimatrix®.



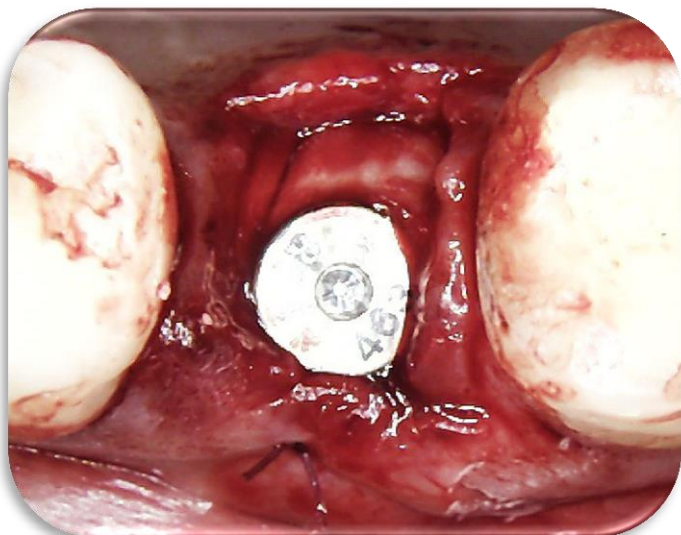
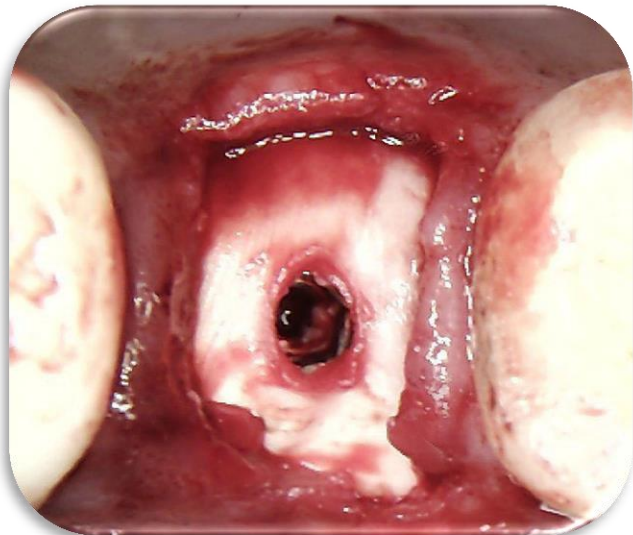


Fig. 21-22 – La membrana viene ribaltata sopra l'innesto ed inserita vestibolarmente, facendo coincidere il foro con l'emergenza del collo implantare. La mucosa viene accollata attraverso un punto a materassino interno in PGA 5/00 (Serafast®) e viene posizionata una vite di guarigione per circa 10 minuti.

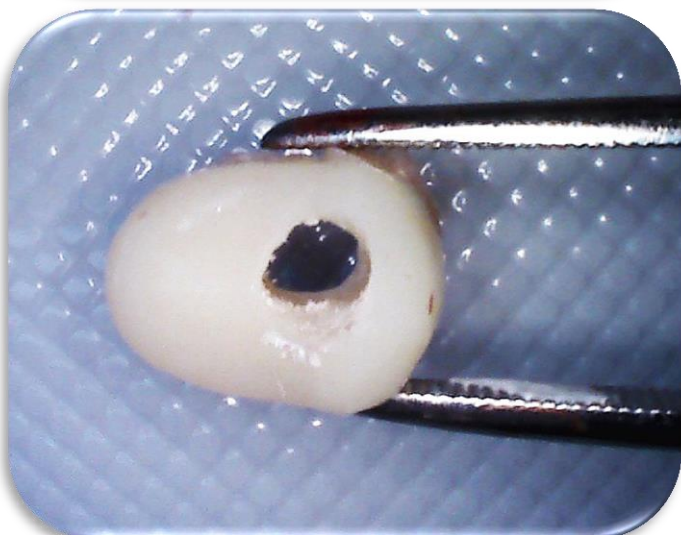
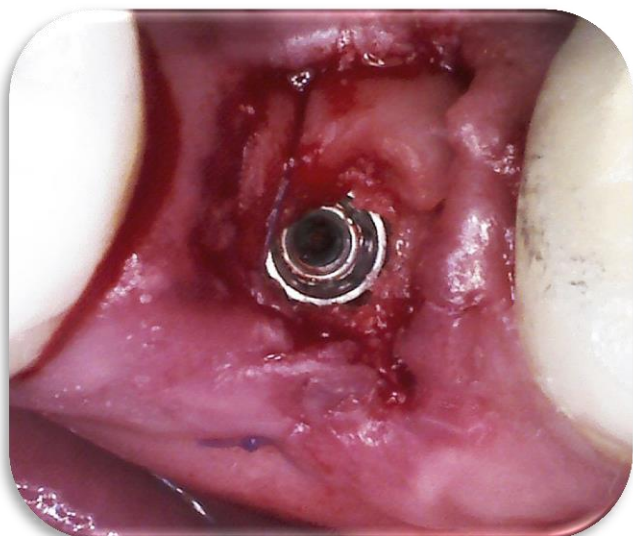


Fig. 23-24-25-26 – Viene rimossa la vite di guarigione e posizionato un abutment protesico chiuso con teflon. Una corona in policarbonato viene ribasata, rimossa e praticato un foro per la vite di serraggio.



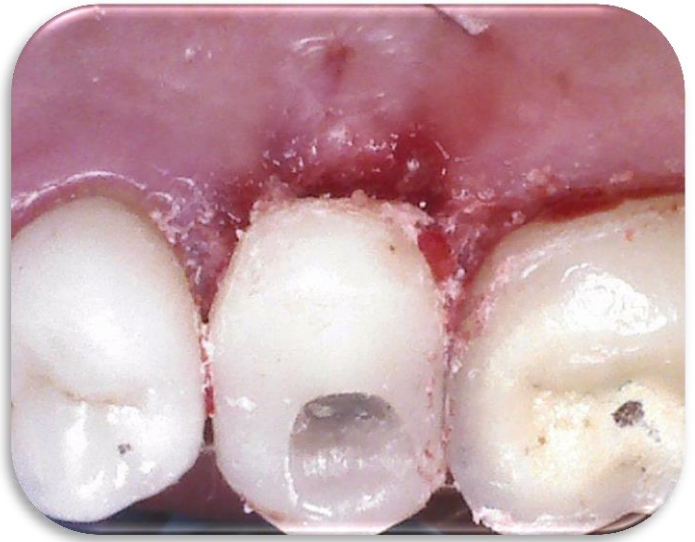
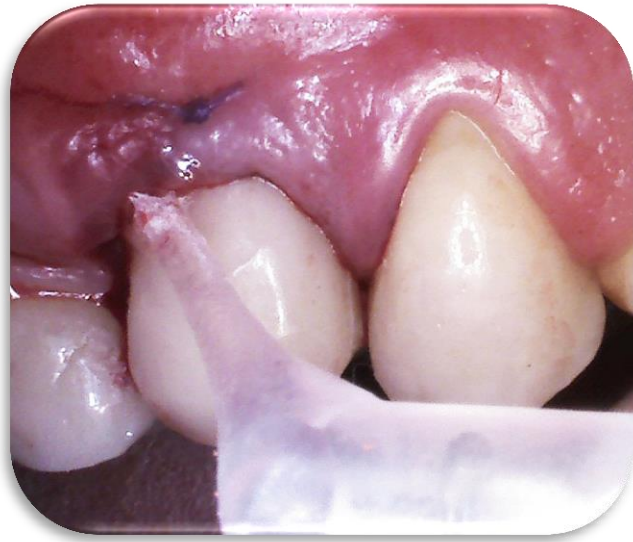
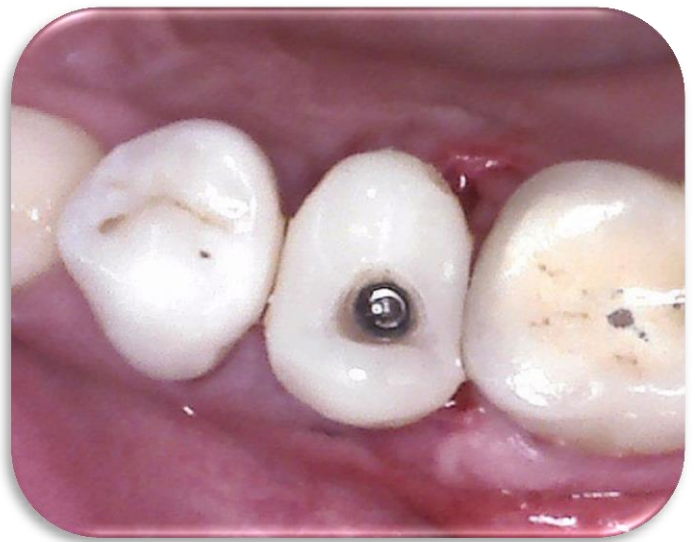


Fig. 27-28-29-30 – L'elemento viene solidarizzato al moncone, poi modellato, rifinito, lucidato e serrato. Chiuso il foro con un cemento provvisorio fotopolimerizzabile, il margine mucoso viene sigillato con uno strato di adesivo tissutale (Epiglu®).



Fig. 31-32 – A 20 giorni dall'intervento si procede con la rimozione della sutura e dell'adesivo tissutale



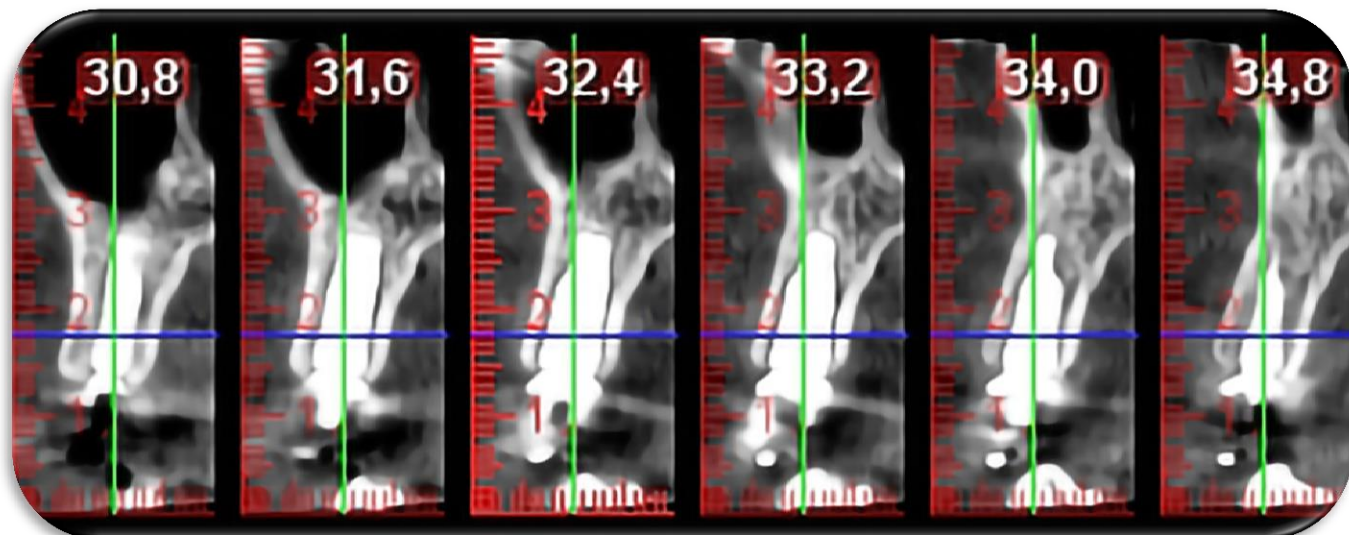


Fig. 33 – Controllo radiografico CBCT a 5 mesi dalla, è apprezzabile il mantenimento dei tessuti duri alveolari perimplantari e la presenza di entrambe le corticali completamente conservate.



Fig. 34-35-36 – Rimosso il provvisorio sono evidenti la conservazione ed il condizionamento dei tessuti molli. Si procede alla protesizzazione definitiva.

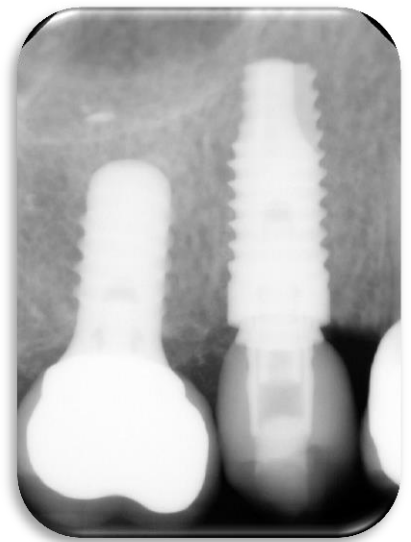


Fig. 37-38-39 – Follow-up clinico e radiografico ad un anno. I tessuti duri e molli appaiono mantenuti e non presentano segni infiammatori o di recessione.