

# Full Arch a carico immediato

Luigi Gallo\*, Luis Alberto Iorio\*\*

\* Odontoiatra, libero professionista in Viterbo

\*\* Odontotecnico in Roma

Il carico immediato è una procedura implanto-protesica con la quale, nell'ambito di limitate sedute ambulatoriali, si ottengono protesi fisse ancorate a impianti osteointegrati.

L'evoluzione del protocollo di carico immediato rappresenta l'esempio più significativo di come e quanto la terapia implantare negli ultimi anni si sia lasciata influenzare, guidare e trasformare, dai nuovi concetti di biologia e biomeccanica di pertinenza di altre branche della scienza.

## Caso clinico

### Situazione clinica iniziale

Paziente di sesso maschile, 61 anni, non fumatore, nessuna patologia generale, buona compliance. Il paziente è portatore di protesi mobile totale completa sia superiore che inferiore, totalmente incongrue; si richiede una riabilitazione sovra-implantare di tipo fisso. La nostra esperienza ci porta ad attuare dei protocolli, là dove le strutture lo consentono, a carico immediato, propendendo verso riabilitazioni che presentano, per l'arcata superiore, 6 impianti.

Le protesi preesistenti, realizzate circa 25 anni prima, presentavano notevoli problematiche, riguardanti l'occlusione, la dimensione verticale e la posizione denti. Il paziente fa richiesta esplicita di modifica estetica e funzionale (Figg. 1a-1d).

La condizione di edentulia a livello mascellare comporta spesso condizioni di atrofia ossea che possono condizionare il progetto protesico, al fine di realizzare una protesi funzionale che garantisca altresì estetica e fonetica; in particolare gli



Fig. 3a - Ceratura diagnostica.



Fig. 3c - Prova fonetica ed estetica.

elementi dentari e il processo alveolare sono determinanti per il sostegno dei tessuti molli periorali.

### Esami strumentali

Sono state effettuate una ortopantomografia ed un Cone Beam Tomography (CBCT) per la valutazione tridimensionale del tessuto osseo (Fig. 2).

Da tale esame si evince che le strutture residue sono in buone condizioni. Si procede alla creazione di 2 placche di registrazione utilizzando tecniche di impronta tradizionali come per la costruzione di due protesi mobili totali; segue poi la ceratura diagnostica, in modo tale che il laboratorio potrà eseguire il protocollo per la realizzazione del carico immediato avendo già i parametri corretti. Il laboratorio preparerà quindi sia una ceratura diagnostica superiore



Fig. 3b - Registrazione della verticentrica.



Fig. 3d - Dima chirurgica e Portaimpronta occlusale.



Fig. 4a - Posizionamento della dima chirurgica.



Fig. 4b - Fori piloti.



Fig. 4c - Utilizzo del bisturi circolare.

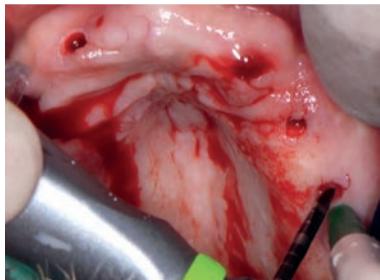


Fig. 4d - Preparazione alveoli implantari.

che inferiore, posizionando correttamente i denti superiori ed il gruppo frontale inferiore, l'inclinazione del piano occlusale e la dimensione verticale. Sulla base di questa ceratura verrà poi costruita una "protesi in resina trasparente" utilizzata sia nella fase chirurgica come dima, sia nella fase protesica come portaimpronta occlusale (Figg. 3a-3d).

### Soluzione terapeutica adottata

Per quanto riguarda la porzione chirurgica implantare, la scelta ricade sull'utilizzo di un impianti Neodent Drive a connessione conica.

Gli impianti Neodent Drive hanno un fixture design innovativo, sviluppato per ottenere una maggiore stabilità primaria, condizione necessaria nei protocolli di immediate loading. Il corpo conico dell'impianto e il design della filettatura lo rendono particolarmente indicato per osso di tipo III e IV e negli alveoli post-estrattivi, visto anche il posizionamento sottocrestale richiesto dal protocollo.

Fig. 4e - Controllo del parallelismo.

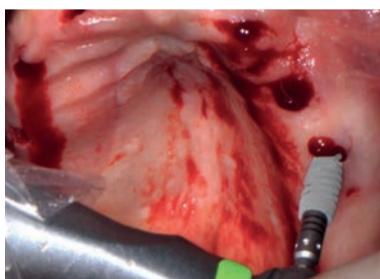


Fig. 4f - Inserimento fixture Neodent Drive.

altezza 2,5 e con inclinazione 0°.

Per la porzione anteriore, invece, e dunque, a livello degli impianti 12 e 22 utilizziamo dei Monconi Conici Mini con inclinazione 17° e un collo trans-mucoso da 2,5 mm.

A questo punto vengono avvitate le cappette di titanio sui MUA; viene fatto calzare passivamente alle stesse il portaimpronta occlusale, e solidarizzato il tutto rigidamente con resina a basso coefficiente di retrazione. Infine viene iniettato il materiale da impronta attraverso dei fori vestibolari, antecedentemente effettuati.



Fig. 5a - Presa dell'impronta mediante chiave occlusale e solidarizzazione delle cappette in titanio al portaimpronte occlusale.



Fig. 5b - Solidarizzazione delle cappette in titanio.

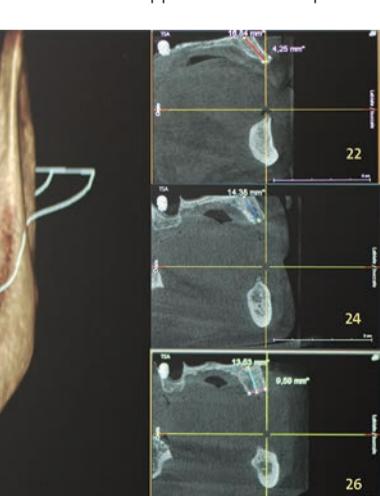


Fig. 2 - Cone beam.

50 e gli 80 newton, grazie al potere osteo-compressivo della fixture.

### Fase Protesica (Figg. 5a-5b)

Vengono poi posizionati i monconi prova che ci daranno la possibilità di scelta per una corretta inclinazione dei Monconi Conici Mini (MUA), così da assicurare un perfetto parallelismo implantare e per realizzare una protesi avvitata.

Per i settori posteriori, a livello 14, 16, 24 e 26 non è necessario utilizzare alcun tipo di inclinazione e dunque utilizzeremo dei Monconi Conici Mini con tragitto trans-mucoso.

### Fasi di Laboratorio (Fig. 6a-6b)

A questo punto le fasi di laboratorio saranno caratterizzate dalla creazione di un modello specifico, di una barra di rinforzo e di splittaggio degli impianti in fibra di vetro per solidarizzare rigidamente le fixture tra loro.



Fig. 6a

**Fig 6a** - Modello master e struttura di solidarizzazione implantare in fibra di vetro.



Fig. 6b

Fig. 6b

< pagina 6

Grazie poi al mock-up iniziale, il laboratorio ha confezionato una mascherina individuale per il riposizionamento del gruppo dentale, che permette una rapida creazione del manufatto.

**Finalizzazione protesica (Fig. 7a-7g)**  
Il paziente viene quindi fatto riaccomodare in poltrona così da effettuare le prove funzionali ed estetiche della struttura protesica ancora grezza e una ortopantomografia di controllo per verificare la congruità e la passivazione della struttura stessa.

La riabilitazione protesica risulta altamente precisa e dunque procediamo con le fasi di lucidatura del manufatto e poi alla collocazione in arcata.

Controlliamo la Dimensione Verticale, il Piano Occlusale e l'Occlusione mediante la placca di registrazione inferiore precedentemente preparata, che verrà utilizzata anche per la futura riabilitazione dell'arcata inferiore.

Il paziente viene dimesso dopo esser stato eruditamente riguardo le istruzioni post chirurgiche.



Fig. 7a



Fig. 7b



Fig. 7c

**Fig. 7a-7c** - Collocazione del manufatto protesico.



**Fig. 7d** - Controllo finale della DV e del Piano Occlusale.



**Fig. 7e** - Estetica finale.



**Fig. 7f** - Vista frontale.

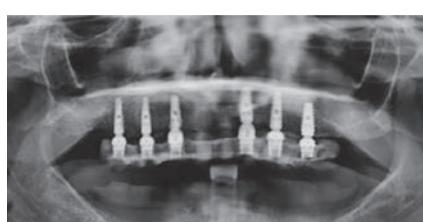
## Conclusioni

Il protocollo del carico immediato per un Full Arch offre indiscutibili vantaggi, sia di carattere psicologico e sociale sia perché garantisce efficienza operativa, riducendo i

tempi e minimizzando l'invasività chirurgica. Inoltre, è una tecnica che assicura una percentuale di successo superiore al 95%, soprattutto nei pazienti che devono eseguire riabilitazioni complete di un'arcata.

A livello mandibolare, è assolutamente sovrappponibile all'approccio tradizionale che cioè prevede il posizionamento degli impianti e un'attesa che varia dai 4 ai 6 mesi prima di posizionare i denti fissi.

A livello dell'arcata superiore è necessaria una più approfondita diagnosi per le particolarità anatomiche e per la sua diversa qualità ossea, dal momento che l'osso è meno denso rispetto all'arcata inferiore.



**Fig. 7g** - Ortopantomografia digitale di controllo.



## SCOPRI IL SISTEMA IMPLANTARE GRAND MORSE® NEODENT®

Progettato per consentire protocolli di carico immediato sia nel restauro singolo che nei casi di edentulia, il sistema implantare Neodent® GRAND MORSE®, con la sua ampia gamma di soluzioni protesiche, è la SCELTA DI ELEZIONE nell'implantologia dentale.

**Scopri di più su  
Neodent® Grand Morse®!**



**NEODENT®**  
A Straumann Group Brand

[neodent.it](http://neodent.it)  
Numero Verde: 800 810 500  
customerservice.it@straumann.com

Seguici su

