

Technical notes in protesi implantare

**Fabio Galli, Matteo Deflorian,
Andrea Parenti, Fabio Ballestrasse,
Edoardo Martino**

Tecnica di cementazione su pilastri implantari con linea di finitura verticale

Fabio Galli

IRCCS- Istituto Ortopedico Galeazzi.
Servizio di Odontostomatologia
(Direttore: Prof. R.L. Weinstein).
Responsabile Protesi Implantare,
Reparto di Implantologia e
Riabilitazione Orale (Responsabile:
Dr. Tiziano Testori)

Matteo Deflorian

IRCCS- Istituto Ortopedico Galeazzi.
Servizio di Odontostomatologia
(Direttore: Prof. R.L. Weinstein).
Reparto di Implantologia e
Riabilitazione Orale (Responsabile:
Dr. Tiziano Testori)

Andrea Parenti

I.R.C.C.S. -Istituto Ortopedico
Galeazzi, Servizio di
Odontostomatologia Direttore:
Prof. R.L. Weinstein - Reparto di
Implantologia e Riabilitazione Orale.
Responsabile Dr.Tiziano Testori

Fabio Ballestrasse

DDS; Reparto di Implantologia e
Riabilitazione Orale (Responsabile:
Prof. Tiziano Testori). IRCCS Istituto
Ortopedico Galeazzi. Servizio di
Odontostomatologia (Direttore: Prof.
R.L. Weinstein)

Edoardo Martino

DDS; Reparto di Implantologia e
Riabilitazione Orale (Responsabile:
Prof. Tiziano Testori). IRCCS Istituto
Ortopedico Galeazzi. Servizio di
Odontostomatologia (Direttore: Prof.
R.L. Weinstein)

INTRODUZIONE

La cementazione di corone protesiche su pilastri implantari è una fase delicata ed importante non solo per l'ottenimento di una perfetta cementazione che non crei una sovra occlusione ma soprattutto nell'ottica di evitare di lasciare residui di cemento che potrebbero inficiare il successo a medio/lungo termine della riabilitazione implanto-protesica. Le riabilitazioni di tipo cementato rispetto a quelle avvitate presentano il vantaggio di avere un tavolo occlusale integro e una maggior facilità nella passivazione delle strutture. Lo svantaggio è che queste riabilitazioni sono associate con maggior frequenza a complicanze biologiche come mucositi periimplantari e periimplantiti come dimostrano vari articoli in Letteratura^{1,2}. Uno dei principali fattori favorevoli l'insorgenza di malattia periimplantare è la presenza di residui di cemento non rimossi attorno al pilastro implantare. Uno studio di Wilson del 2009³ dimostra come l'81% di impianti che presentano segni e sintomi di malattia periimplantare hanno residui di cemento intorno alle corone protesiche.

QUESITO CLINICO

Quali accorgimenti clinici permettono la cementazione di una riabilitazione implanto-protetica riducendo il rischio di complicanze biologiche a lungo termine?

Scopo del presente lavoro è la descrizione di una metodica di cementazione di corone su pilastri implantari con linee di finitura verticali che garantisca una più efficiente rimozione degli eccessi di cemento.

DESCRIZIONE TECNICA

1. Utilizzare sistemi ingrandenti.
2. Dopo la rimozione delle corone provvisorie eseguire la rimozione di cemento provvisorio con l'ausilio di una sonda parodontale e lavaggi delicati con spray acqua.
3. Detersione del moncone implantare definitivo con pellet di cotone imbevuti di alcool bianco.
4. Asciugatura delicata con spray aria del moncone implantare (Fig. 1).
5. Imbibire con clorexidina fili retrattori di misura 00 lunghi circa 2-3 cm.
6. Inserire delicatamente i fili così preparati nel solco attorno al moncone implantare (Fig. 2).
7. In caso di corone multiple unite posizionare un filo interdentale cerato negli spazi interdentali.



Fig. 1 Pilastri implantari con linea di finitura verticale detersi prima della cementazione delle corone definitive.

8. Posizionare un cemento provvisorio all'interno della corona definitiva.
9. Applicare la corona protesica sul pilastro implantare alloggiandola nella posizione corretta mantenendo i fili retrattori imbevuti in situ. Porre un rullo di cotone tra le arcate e invitare il paziente a chiudere la bocca.
10. Prima del termine della fase di indurimento del cemento sfilare i fili retrattori imbevuti di clorexidina orizzontalmente senza esercitare trazioni in senso coronale.
11. Eseguire la detersione degli spazi interdentali col filo interdentale precedentemente posizionato.
12. Controllare e rimuovere e con l'ausilio di sonde parodontali o specilli i restanti eccessi di cemento.
13. Eseguire Rx endorali a termine della procedura per indagare la presenza di eventuali residui a livello interprossimale (Figg. 3,4).

CONCLUSIONI

L'utilizzo di fili retrattori imbevuti di clorexidina crea una barriera fisica tra margine del restauro protesico e solco periimplantare impedendo così al cemento di fluire nella porzione più apicale del tragitto trans-mucoso del pilastro implantare con linee di finitura verticali.



Fig. 2 Fili imbevuti di clorexidina inseriti nel solco attorno al moncone implantare.



Fig. 3 Corone definitive al termine delle fasi di cementazione.

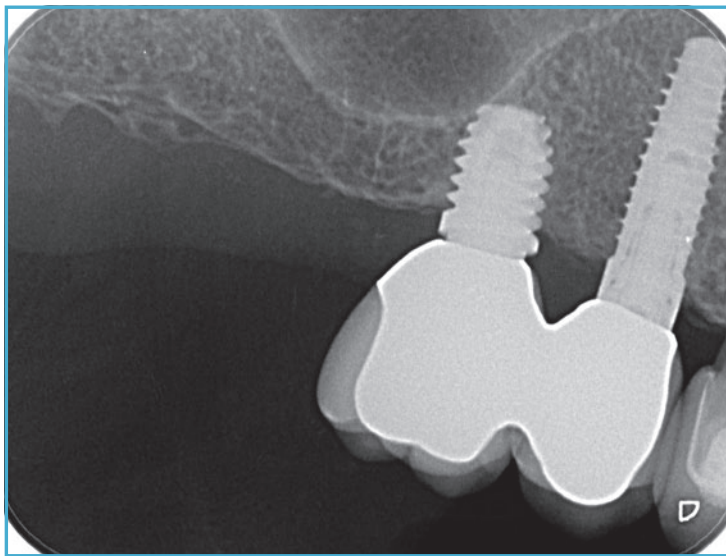


Fig. 4 Rx endorali a termine della procedura di cementazione che dimostrano assenza di cemento negli spazi interprossimali.

BIBLIOGRAFIA

1. Sailer I, Muhlemann S, Zwahlen M, Hammerle CHF, Schneider D. Cemented and screw-retained implant reconstructions: a systematic review of the survival and complication rates. Clin Oral Implants Res 2012;23(Suppl 6):163–201.
2. Wittneben JG, Millen C, Bragger U. Clinical performance of screw- versus cement-retained fixed implant-supported reconstructions--a systematic review. Int J Oral Maxillofac Implants 2014;29 Suppl:84-98.
3. Wilson TG. The Positive Relationship Between Excess Cement and Peri-Implant Disease: A Prospective Clinical Endoscopic Study. J Periodontol 2009;80:1388-92

**Indirizzo per
la corrispondenza:**
Dr Matteo Deflorian
IRCCS Istituto Ortopedico
Galeazzi - Via Riccardo
Galeazzi 4, 20161, Milano
deflon@hotmail.it