

PROTOCOLLO “PRESERVING NATURE” PER REALIZZAZIONE TECNICA SOCKET SHIELD

La Socket Shield nasce ufficialmente nel 2010: ad oggi, la letteratura sulla tecnica è consistente ed in costante crescita. Sebbene alcune parti della tecnica siano comuni a vari autori, non è semplice indicare un protocollo di lavoro univoco, che spesso è condizionato dalle esperienze di ogni singolo clinico.

Prima di discutere le fasi cliniche è importante precisare che alcuni fattori sono essenziali per una corretta esecuzione della tecnica. Questi sono:

- la rimozione dell’apice assieme alla porzione radicolare palatina
- lunghezza della shield pari a 6-8mm
- estensione mesio-distale della shield a livello dei picchi interprossimali (forma a “C” in zona coronale)
- posizionamento dell’impianto a distanza della shield (mantenimento della Jumping distance)

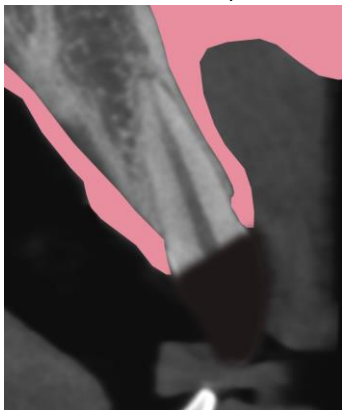
L’influenza di altre scelte non è stata ancora pienamente valutata e, pertanto, alcune decisioni possono dipendere dalle preferenze del clinico. Tra queste:

- il livello a cui abbassare la shield (a livello osseo o leggermente più coronale)
- la necessità di riempimento dello spazio tra radice e impianto con del biomateriale
- la profondità di affondamento dell’impianto

Non è compito di questo documento elencare quali siano le indicazioni e le controindicazioni per l’esecuzione della tecnica.

Il protocollo di seguito proposto è frutto del confronto avvenuto in seno alla SISS tra i soci fondatori e prende il nome di “**Preserving Nature**”. La sua applicazione, specie se unito all’apposito kit di frese assemblato dalla SISS, garantisce facilità di esecuzione e predicibilità nei risultati clinici*.

- 1) Attenta diagnosi della cbct: misurazione della lunghezza e dello spessore della radice e dei volumi ossei, dell’osso apicale a cui ancorare l’impianto e la distanza rispetto alle strutture nobili
- 2) Rimozione della componente coronale dell’elemento compromesso

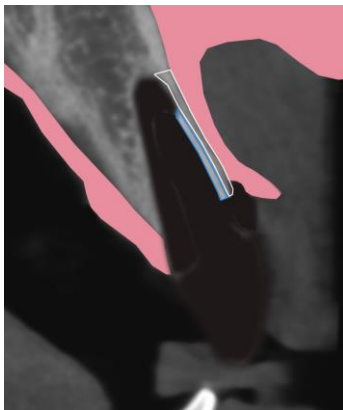


- 3) Abbassamento del futuro margine coronale della shield al di sotto del margine gengivale libero (0,5mm circa al di sopra della corticale) oppure a livello della corticale ossea. Può essere utile impiegare un retrattore gengivale tipo Zekyra nel primo caso oppure allestire un micro-lembo splittando le papille e visualizzando il margine della corticale ossea, nel secondo. Il raccordo può essere effettuato anche in un secondo momento, per lasciare maggiore spessore alla shield prima dell’estrazione della componente orale della radice

- 4) Svuotamento del contenuto endodontico nel lume canalare
- 5) Esecuzione dei tagli mesiale e distale per la separazione delle componenti orale e buccale della radice: il taglio deve essere spostato leggermente più linguale per favorire una "forma a C" della shield nella zona coronale; l'estensione fino ai picchi ossei mesiali e distali, ne consentirà il mantenimento garantendo il sostegno alle papille. La lunghezza corono-apicale dei tagli deve essere pari a $\frac{3}{4}$ della lunghezza della radice (circa 6-8mm)
- 6) Esecuzione di un taglio vestibolare inclinando la fresa in direzione apico-vestibolare: raccordando questo taglio ai precedenti l'apice rimarrà ancorato alla porzione palatale della radice
- 7) Rimozione delicata e lenta della componente orale della radice: la corretta esecuzione dei tagli indicati precedentemente garantirà la sua rimozione con l'apice annesso. In questa fase è essenziale appoggiarsi sulla corticale orale ed essere accorti per evitare di lussare la shield appena sagomata



- 8) Assottigliamento dello spessore della shield (idealmente compreso tra 0,5 e 1,5mm), abbassamento ulteriore fino a livello della corticale ossea (se ricercato e non già effettuato precedentemente) e preparazione di un bisello interno sul margine coronale



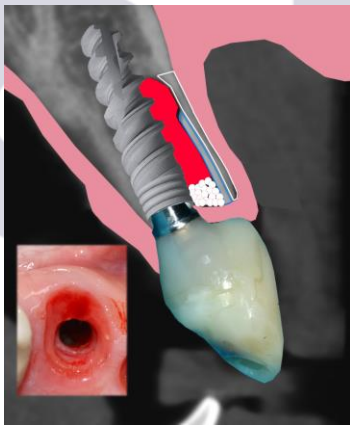
- 9) Preparazione del sito implantare ed inserimento dell'impianto. La distanza tra la superficie implantare e il margine interno della shield dovrà essere di 1-2mm (ove possibile). Distanze minori sono compatibili con un buon esito clinico anche se andrebbe evitato il contatto diretto della fixture con la shield che potrebbe portare anche alla sua lussazione durante l'avvitamento. L'impianto andrà affondato circa 2mm rispetto al margine della corticale (circa 4mm dal margine gengivale libero). Queste misure possono dipendere in relazione alla macromorfologia implantare e alla relativa connessione
- 10) Scelta del riempimento dello spazio tra impianto e shield:
 - inserimento di spugne di collagene
 - inserimento di biomateriale riassorbibile e collagenato (laddove >2mm e comunque laddove il clinico lo

volesse)

- nessun riempimento (solo clot)

tutte le precedenti opzioni sono valide; la scelta sarà influenzata dalle condizioni cliniche e dalle preferenze dell'odontoiatra

- 11) Realizzazione di un provvisorio a carico immediato o di una vite di guarigione customizzata. L'utilizzo di tale espediente consente di chiudere coronalmente lo spazio alveolare consentendo la creazione non solo di una valida "camera rigenerativa" (chamber concept) ma anche di un profilo di emergenza protesico che sostenga i tessuti molli e protegga la shield. Il manufatto dovrà essere opportunamente sagomato in modo che lasci uno spazio utile (2mm circa) ai tessuti molli per la copertura della shield e che non la comprima. Ciò è importante per evitare esposizioni del margine coronale della radice nel tragitto transmucoso e per evitare che venga fratturata durante l'avvitamento della protesi
- 12) Sutura del micro-lembo con punti staccati o a fionda (solo nel caso sia stato scolpito) e termine della chirurgia



- 13) Radiografia endorale di controllo
- 14) 3 mesi dopo circa, effettuati i dovuti controlli, smontaggio della vite di guarigione customizzata o della protesi provvisoria e controllo osteointegrazione. Controllo della completa copertura della shield da parte del tessuto molle
- 15) Impronta definitiva. Sia nel caso di flusso analogico che digitale, è essenziale trasmettere al laboratorio l'esatta morfologia del tragitto transmucoso creato al momento della chirurgia. Il profilo del manufatto dovrà essere pedissequamente ripetuto nella protesi definitiva che non dovrà comprimere ulteriormente i tessuti
- 16) Consegna della protesi definitiva e controlli finali

* La lettura di questo documento introduttivo e riassuntivo non garantisce una sufficiente educazione e preparazione per l'applicazione del protocollo *Preserving Nature*. **La SISS consiglia vivamente la partecipazione ad uno dei corsi formativi organizzati periodicamente in tutta Italia per una disamina approfondita della tecnica prima dell'esecuzione clinica dei primi casi e prima dell'acquisto del kit di frese dedicato.**