

Sped. in abbon. postale - Gruppo III
(Pubblicazione mensile)

RIVISTA ITALIANA DI STOMATOLOGIA

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICI DENTISTI ITALIANI
SOCIETA' ITALIANA DI STOMATOLOGIA

ANNO XI

N. 6

GIUGNO 1956

DIRETTORE

UMBERTO SARAVAL

Primario Stomatologo Osped. Civile
VENEZIA



COMITATO DI REDAZIONE

A. ARLOTTA (Milano)
N. L. CALARESE (Napoli)
L. CASOTTI (Torino)
E. GRANDI (Trieste)
O. HOFFER (Milano)
G. MACCAFERRI (Parma)
L. MARZIANI (Roma)
P. L. MASI (Firenze)
L. RUSCONI (Parma)
F. RUSPA (Torino)
F. VICHI (Firenze)



AMMINISTRATORE

UGO ROTELLI

Calle Ballotte 4866 - Telef. 22-928
VENEZIA

In questo numero:

dalla vecchia dentistica alla moderna stomatologia;

alterazioni della mucosa linguale da intossicazione sperimentale con antimitotici;

riduzione di frattura mandibolare con apparecchio di Roger Anderson;

studio statistico sugli impianti alloplastici nei mascellari;

l'efficacia dei dentifrici al fluoro;

libri nuovi;

rassegna della stampa;

congressi, convegni e conferenze;

notiziario.

a FIRENZE dal 24 al 25 Settembre 1956

31° CONGRESSO ITALIANO DI STOMATOLOGIA

per informazioni ed iscrizioni:

Segreteria del Congresso di Stomatologia, Firenze, Via S. Gallo 25

Direzione e Redazione: U. SARAVAL, Venezia, Campo Manin 4017

Studio statistico sugli impianti alloplastici nei mascellari

Dott. GIORGIO CIRIELLO

(ass. vol.)

L'interesse suscitato dagli impianti alloplastici nei mascellari trova la sua esatta valutazione nella quantità di pubblicazioni e conferenze attinenti a questo tema, che arricchirono negli ultimi tempi periodici e Convegni. Ma come di solito succede per ogni innovazione, ai pochi sostenitori di questo metodo si contrappose un numero ben maggiore di avversari, e le interminabili discussioni, che ne seguirono, ebbero il solo ed inevitabile risultato di creare una comprensibile perplessità, che è stata ancor più sentita, dato che in questo caso il presupposto teorico cozza in maniera evidente colla realtà clinica. E' logico ammettere, che una convincente chiarificazione in tal senso non poteva essere offerta, che da un'indagine sui risultati fino ad oggi conseguiti. Perciò, in considerazione delle attuali difficoltà di abbracciare con uno sguardo riassuntivo quanto è stato fatto finora e con quale esito, anche perchè in una buona parte dei lavori pubblicati questi particolari sono tacciuti, ho pensato di far cosa utile sottoponendo ai più accreditati studiosi dell'argomento un questionario, che oltre a fornire una documentazione dei casi trattati da ciascuno di essi coi relativi risultati, potesse altresì riassumere il loro pensiero sulle principali cause d'insuccesso.

Ammetto di essermi trovato in un certo imbarazzo sulla scelta delle domande, volendo conciliare i contrastanti propositi di ottenere una esauriente risposta limitando, per ragioni facilmente comprensibili, il numero dei quesiti.

Osteggiato da queste difficoltà, nel concretizzare il mio proposito ho dato la preferenza alle interrogazioni qui sotto riprodotte che furono redatte in quattro lingue (italiano, francese, inglese e tedesco).

Epoca del 1° impianto
N° degli impianti eseguiti fino ad oggi
N° degli impianti sottomucosi parziali superiori
N° degli impianti sottomucosi parziali inferiori
N° degli impianti sottomucosi totali superiori
N° degli impianti sottomucosi totali inferiori
N° degli impianti endoossei
Materiali impiegati
Percentuale dei successi
Quali furono le cause più frequenti di insuccesso

Quantunque conscio di non aver risolto troppo brillantemente il mio compito, come ho avuto modo di accertare attraverso le stesse risposte ricevute, ciò che ha reso particolarmente arduo il mio compito di raggruppare in quadri riassuntivi tutti i dati in mio possesso, ed anche se i risultati di questa inchiesta sono stati ben lontani dalle mie intenzioni, tuttavia ritengo che la pubblicazione di essa possa rivestire se non altro l'interesse di curiosità.

A mia giustificazione, voglio però aggiungere di aver cozzato contro una duplice difficoltà, prima di tutto per non aver potuto disporre degli indirizzi di tutti gli AA. più importanti ed in secondo luogo per non aver ricevuto risposta da tutti coloro che furono, a volte anche ripetutamente, interpellati. Per tali motivi la pubblicazione di questa nota ha subito un notevole ritardo nella speranza (in effetto risultata vana) di poter ulteriormente arricchire la mia statistica. A questo proposito va segnalato che le cifre qui sotto riportate in massima parte si riferiscono ai risultati conseguiti fino ai primi mesi del 1955, in quanto di proposito non ho voluto tener conto delle successive comunicazioni giunte da qualche Collega per il doveroso rispetto di conservare l'esatta proporzione fra le casistiche dei vari AA. che gentilmente hanno risposto al mio appello. Criterio, che naturalmente ho seguito anche nel riportare la mia statistica personale, dalla quale anzi ho escluso tutti i casi eseguiti in data posteriore al settembre 1954 per aver modo di dare un più preciso giudizio sull'esito a ragionevole distanza di tempo, ed anche per aver da tale epoca iniziato esperienze con indirizzo del tutto diverso.

OSPEDALI CIVILI RIUNITI DI VENEZIA
 AMBULATORIO STOMATOLOGICO
 diretto dal Prof. U. SARAVAL

Mister Michael Berman D.D.S. M.D.

Intending to make an adjourned statistical study upon the implantations of alloplastic material in the jaw-teeth and well knowing the importance of your contributions on this subject, I beg you kindly to answer the following questions.

With many thanks and best greetings.

[Signature]

1) Time of your first implantation 5 years

2) How many implantations did you execute till now? 22

3) » » » subperiosteal partial maxillar sup.? 0

4) » » » » mandibular? 1

5) » » » total maxillar sup.? 2

6) » » » » mandibular? 19

7) » » » endomaxillar (into the bone)?

8) Employed materials Titanium

9) Percentage of success 45%

10) What are the most frequent causes of insuccess? Chronic inflammatory process of the gum tissue around the metal post.

Sincere yours

Copia dello stampato redatto in lingua inglese coll'aggiunta delle risposte da parte dell'Autore interpellato.

Come si può rilevare dall'esame delle tabelle più sotto riprodotte, dovendosi ritenere gli impianti endoossei essenzialmente diversi da quelli sottomucosi o periosteali sia per problemi biologici e tecnici sia per giudizio prognostico, ho pensato sia altrettanto giusto per maggiore chiarezza considerare separatamente le rispettive statistiche dalle quali ho avuto cura anche di tener distinta quella riguardante i metodi di ancoraggio protesico ideati da SKINNER e RUSCONI, metodi che non possono essere identificati come impianti veri e propri.

Se si esamina la tabella n. 2 riguardante gli impianti endoossei, benchè non si possa giungere a conclusioni di qualche rilievo, a causa dell'insufficienza dei dati raccolti, tuttavia essa permette considera-

TABELLA N. 2

Nome	Epoca del 1° impianto	N. degli impianti eseguiti	Materiale impiegato	Percentuale dei successi
Formiggini	ottobre 1946	28	Nichel-cromo (Austalon chir.)	85 %
Blum	1947	?	Resina	50 %
Rottenberg	1948	200-250	Resina	40-50 %
Rialland	1949	60	Resina acrilica polim. a caldo	100 %
Lew	1950	1	Vitallium	?
Ciriello	febbraio 1952	16	Resina acrilica (Palapont e Palavit)	62 %
Mack	marzo 1952	3	Cromo-cobalto	0 %
Grandin	ottobre 1952	18	Resina	50 %
Murillo	aprile 1954	31	Resina acrilica Dentafil	20 %

zioni che, grosso modo, confermano quanto ho affermato in altro mio lavoro.

Delle nove casistiche presentate sei riguardano impianti eseguiti in resina acrilica nelle rimanenti invece si adoperò nichel-cromo-cobalto.

Tra questi ultimi i dati forniti dal FORMIGGINI meritano di essere considerati a sé, poiché, prescindendo dal materiale, rispondono a norme costruttive affatto particolari e la percentuale stessa di successi vantati da quest'A. ne fa fede. Per cui a mio avviso, non possono essere messi a confronto cogli altri impianti endoossei e specialmente con quelli metallici i cui risultati sono stati prevalentemente negativi.

Per ciò che concerne gli impianti in resina acrilica si può rilevare che le percentuali di successi oscillano entro limiti assai ampi, vale a dire, dal 20 al 100% benchè pressapoco si equivalgono nel maggior numero dei casi con valori che variano dal 40 al 60%. Io penso però che questi dati contrastano fra loro solo in apparenza, poichè nella valutazione dei risultati è opportuno tener conto di mol-

TABELLA N. 3

Nome	Epoca del 1° impianto	N. degli impianti sottomucosi parziali		N. degli impianti sottomucosi totali		Materiale impiegato	Percentuale di successi
		Sup. (A)	Inf. (B)	Sup. (C)	Inf. (D)		
Dahl	1940	3	1	6	1	Vitallium	?
Weinberg	1948	complessivamente 27				Vitallium	85 %
Ogus	oltre 5 anni	—	—	4	24	Vitallium	93 %
Lew	maggio 1950	2	5	6	34	Vitallium	A) 100 % B) 20 % C) 30 % D) 80 %
Berman	5 anni	—	1	2	19	Vitallium	45 %
Schmidt	settembre 1950	—	14	—	—	Nichel-cromo	80 %
Marziani	inverno 1951	4	3	4	7	Tantalio	100 %
Mack	marzo 1952	3	3	—	1	Cromo-cobalto varii tipi	85 %
Mazzotto Sabras	maggio 1952	—	—	3	6	Durallium	C) 100 % D) 83 %
Capozzi	settembre 1952	—	13	1	3	Durallium Tantalio	B) 100 % D) 66 %
Parant	1952	2	3	—	3	Vitallium	50 %
Grandin	ottobre 1952	—	3	2	3	Remaniam	87 %
Reichenbach	3 anni	—	—	2	10	Wisil	100 %
Hammer	marzo 1953	—	—	2	21	Remanit	95 %
Borghesio		—	5	—	6	Vitallium (8) Arden (1) Remanit (1) Stellite (1)	100 % (in un caso la sottostruttura è è parzialmente esposta).
Kallenberger	giugno 1953	1	1	1	6	Vitallium	77 %
Plischka	settembre 1953	—	—	3	5	Tantalio (4) Wisil (2) Remanit (2)	100 %
Ciriello	settembre 1953	2	2	1	—	Resina acrilica Palapont e Palavit)	A) 50 % B) 50 % C) 0 %
De Rysky	ottobre 1953	2	—	—	1	Vitallium Wisil	100 %
Pejrone Sebastiani	febbraio 1954	3	1	2	3	Vitallium	100 % (in 1 caso l'im- te esposto).
Cross	marzo 1954	7	—	—	—	Wisil	85 %
Ullik	giugno 1954	—	6	1	—	Vitallium	in 3 casi l'im- pianto è in par- te esposto.

teplici fattori ed in modo speciale delle particolarità tecniche di esecuzione, che possono modificare sostanzialmente i risultati clinici. A sifatte conclusioni sono indotto dallo studio della mia stessa casistica dalla quale ho potuto desumere che l'interpretazione del risultato assume un diverso significato a seconda se il caso viene considerato da un punto di vista clinico e funzionale oppure se esaminato attraverso reperti anatomo-radiologici, come è altrettanto diverso l'esito se l'impianto è lasciato a sé oppure se incorporato in una protesi od ancorato ad elementi naturali.

Con questi presupposti, penso, si possano agevolmente spiegare le differenze risultanti dalla mia inchiesta.

Anche per la statistica riferentesi agli impianti sottomucosi si deve ripetere quanto è stato premesso al commento della precedente. Purtroppo dai dati riprodotti non è possibile trarre conclusioni ma soltanto qualche considerazione a scopo orientativo.

Innanzitutto, per facilitare il compito del lettore, ho ritenuto opportuno fare un quadro riassuntivo dei dati esposti nella tabella in esame. Da esso risulta che il numero degli impianti parziali eseguiti dagli AA. nominati furono complessivamente di 27 nel mascellare superiore e di 62 nella mandibola, nella quale vennero inseriti 155 totali contro 40 nel superiore. La preponderanza degli interventi nella mandibola appare evidente anche dall'esame delle singole casistiche in cui tale condizione si è costantemente verificata con una sola eccezione: quella dello svedese DAHL. Questo fatto, per logica conseguenza, induce a considerare la percentuale dei successi negli impianti inferiori con maggiore attendibilità rispetto a quella dei superiori.

Dall'esame dei risultati si nota come il per cento dei successi nei parziali superiori è in genere assai elevato e va dal 100% vantato da LEW, MARZIANI, PEJRONE ed altri all'85% di CROSS che costituisce sempre una media più che rispettabile.

Mentre questi dati in fondo armonizzano coll'opinione corrente altrettanto non si può ripetere per gli impianti parziali inferiori, nei quali pur contandosi molte statistiche a pieno successo, quali quelle di MARZIANI, BORGHESEO, CAPOZZI, PEJRONE, altre ve ne sono che contrariamente al previsto scendono a limiti alquanto più bassi; cito

il 50% di ULLIK ed il 20% di LEW, ottenuto quest'ultimo su un totale di 5 casi.

Pur volendo, per le ragioni più sopra esposte attribuire a queste cifre solo un valore molto relativo, tuttavia non vorrei che esse potessero in qualche modo creare dei malintesi. Oltre ai fattori occasionali ed alle condizioni individuali, che indubbiamente possono incidere in maniera decisiva sull'esito finale, si deve tener presente anche il differente criterio tenuto dai diversi AA. nel giudicare i propri risultati. Cito ad esempio ULLIK che considera negativi i casi in cui si era verificata l'esteriorizzazione della sottostruttura anche in condizioni funzionali soddisfacenti, mentre per altri AA. (BORGHESIO, PEJRONE) questo stesso fatto assume una differente valutazione.

Circa i dati desunti dalle casistiche relative gli impianti totali, si osservano oscillazioni più ampie (dal 100% al 20%) nei superiori mentre negli inferiori le cifre sono contenute fra il 100 ed il 66%. Anche a questo proposito ritengo opportuno alcune precisazioni.

Per ciò che concerne gli impianti superiori, fatta eccezione per quelli di LEW, realizzati però con un tipo affatto speciale di impianto, che del resto non ha riscosso l'unanime consenso, dalle statistiche pubblicate si rileva una elevatissima percentuale di risultati favorevoli che contrasta singolarmente coll'opinione diffusa che nel mascellare superiore l'impianto totale ha assai minori probabilità di successo.

A mio avviso più degni di considerazione sono i dati riguardanti le endoprotesi mandibolari che per il numero dei casi presentati e per la notevole uniformità di risultati sembrano essere i più aderenti alla realtà. Anzi a questo proposito, io penso, si sia verificato il fatto opposto ai precedenti: basti infatti considerare la statistica di CAPOZZI nella quale si riscontra una percentuale del 66% riferibile però a 3 soli impianti, per rendersi facilmente conto come un insuccesso in un numero così esiguo di interventi possa pesare in misura notevole e non corrispondente ai dati che in futuro saranno esibiti da questo stesso A., e che potrebbero essere presentati se in luogo di una statistica individuale si fosse ricorsi ad una unica comprendente tutti gli elementi di cui dispongo.

Sebbene in questo genere di interventi ogni operatore deve farsi una sua propria esperienza, dato che spesso sono le condizioni individuali del paziente che determinano l'indirizzo da seguire, è tuttavia ragionevole si debba trarre profitto anche degli errori altrui.

Questo fatto appare evidente dalla costatazione, che in generale le statistiche dei primi AA. (WEINBERG, OGUS, LEW, BERMAN) contano un per cento di successi più basso nei confronti di coloro che hanno intrapreso questi lavori in epoca più recente.

Un commento a sé merita la mia casistica personale nella quale è ribadito con cifre quanto ho dichiarato nei miei precedenti scritti sulla inopportunità di usare la resina acrilica per impianti sottomucosi.

Nei riguardi del materiale, prescindendo dal tantalio usato da MARZIANI, CAPOZZI e PLISCHKA, dal nichel-cromo adoperato da SCHMIDT e dalla resina acrilica da me sperimentata, in genere per questi impianti si è ricorsi a speciali leghe inossidabili prevalentemente costituite da cromo e da cobalto. Fra esse la più usata fu il Vitallium dell'Austenal di New-York che ne ha studiato un particolare tipo ad uso chirurgico. Questo, come risulta dalla tabella allegata, oltre che da tutti gli AA. Nordamericani fu adoperato anche da molti Europei come DAHL, PARANT, BORGHESIO, KALLENBERGER, PEJRONE ecc. Tuttavia allo stesso scopo venne utilizzato anche il Durallium da MAZZOTTO, SABRAS, CAPOZZI; il Remanit da HAMMER, BORGHESIO; il Wisil da REICHENBACH, PLISCHKA, DE RYSKY, CROSS; l'Arden da BORGHESIO e così via.

Non vi è molto da aggiungere sulla tabella 4 riguardante i mezzi di ancoraggio protesico; ritengo sufficiente ricordare che CAPOZZI si è servito del cerchiaggio mandibolare e che ROTTENBERG ha usato un metodo analogo a quello adoperato da SKINNER e dagli argentini LINARI e OLIVEIRA.

Sebbene la mia inchiesta sulle più frequenti cause d'insuccesso non abbia portato neppure per quanto riguarda gli impianti sottomucosi alcun elemento nuovo, tuttavia reputo non privo di interesse riferirne il risultato, soprattutto perchè esprime in sintesi l'opinione di alcuni fra i più accreditati AA. Volendo dare alla mia esposizione una veste più organica, in luogo di uno schematico elenco di appunti, che necessariamente mi porterebbe ad inutili ripetizioni, ho pensato,

Nome	Epoca del 1° intervento	N. degli interventi eseguiti		Materiale impiegato	Percentuale di Successi
		Sup.	Inf.		
Skinner	1938	Numero imprecisato		Vitallium	100 %
Rusconi	Aprile 1952	—	27	Nichel-cromo (Svedia) 21 Tantalio 6	100 %
Capozzi	Dicembre 1953	—	25	Tantalio	100 %
Rottenberg	?	—	5	Vitallium	?

per facilitarne la comprensione, di raggruppare i vari rapporti fra loro attinenti.

Delle segnalazioni riferentisi a questioni operative chirurgico-protetiche ricordo lo scarso scollamento delle parti molli con conseguente limitazione di estensione della superficie di impianto messa in evidenza da GRADIN, la cattiva preparazione del piano osseo incolpata da OGUS, REICHENBACH e PLISCHKA, la mancata o difettosa presa dell'impronta indicata da MACK, PARANT e CROSS, l'eccessivo trauma nel rilievo del calco incriminato da LEW, l'insufficiente adattamento dell'impianto alla base ossea posto in rilievo da DAHL, LEW, CAPOZZI e KALLENBERGER ed infine l'eccessivo stiramento dei lembi mucosi al di sopra della endostruttura preso in considerazione da PEJRONE e SEBASTIANI.

Su questioni strettamente tecniche vertono le indicazioni fatte da GRANDIN sulle qualità negative dei materiali d'impronta, da CAPOZZI sulla inadeguata estensione della base dell'impianto nei confronti del carico masticatorio, da DAHL sulla fragilità della struttura metallica e da CROSS sul disegno (maglie troppo strette) e sullo spessore della endoprotesi.

Altri AA. diedero risalto all'influenza negativa di fattori meccanici come all'eccessivo carico masticatorio specie se l'impianto è contrapposto a dentatura naturale (DAHL, LEW), alla ripresa funzionale troppo precoce (PLISCHKA) e alla mancanza di una posizione di riposo (REICHENBACK).

A questioni biologiche si riferiscono, invece, WEINBERG che addita come causa d'insuccesso il riassorbimento dell'osso e BERMAN che attira l'attenzione sulla flogosi cronica attorno ai perni affioranti dalla mucosa.

Come si vede tutto questo era già largamente noto, e non penso che questa troppo rapida rassegna possa in qualche modo servire di orientamento; tuttavia mi lusingo faccia meditare chi, non ancora esperto, voglia dedicarsi a questo genere di lavori.

Prima di finire, a tutti i Colleghi che hanno cortesemente risposto alla mia iniziativa vada un doveroso e caldo ringraziamento tanto più vivo in quanto, è doloroso dirlo, Essi non rappresentano la maggioranza di coloro che ho interpellato.

RIASSUNTO

Attraverso un'indagine fatta presso i più accreditati Studiosi di impianti alloplastici a scopo protesico nei mascellari, l'autore riporta alcuni dati statistici sui casi da essi realizzati. Oltre alla percentuale dei successi nella sua inchiesta si interessò anche di conoscere l'opinione di ogni Autore interpellato sulle più frequenti cause d'insuccesso.

(Dr. G. Ciriello, S. Croce 704/b, Venezia).

RECENTISSIME PUBBLICAZIONI DELLA « RIV. ITAL. DI STOMATOLOGIA »:

<i>Moderni orientamenti di tecnica radiografica e di terapia nelle fratture dei condili della mandibola.</i> Prof. E. ZANETTI e Prof. C. E. PINI .	L. 2.000
(non rilegato L. 1.500).	
<i>Analgesia ed anestesia generale in stomatologia.</i> Prof. M. DE FAZIO - Dott. A. VITALE	L. 2.000
<i>Tumori ed ulcerazioni dei tessuti molli orali e considerazioni sul cancro.</i> Prof. U. SARAVAL	L. 2.000
<i>Correlazioni patogenetiche e d'agnostiche fra paradentosi e processi morbosi organici.</i> - Dr. M. SILVESTRINI BIAVATI	L. 1.700

Per acquisti rivolgersi all'Ammin. della Rivista, Venezia, Calle Ballotte 4866.