

RIVISTA ITALIANA DI STOMATOLOGIA

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

ANNO X

N. 1

GENNAIO 1955

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:

le endoprotesi in ortopedia;
gli impianti endomascellari a sostegno
di protesi;
considerazioni sugli impianti sottoperiosteali;
rilievo dell'impronta nell'impianto sotto-
periosteale;
l'impronta nell'intervento per impianto
sottoperiosteale;
su alcuni casi di impianto sottoperiosteale
in Vitallium;
infibulazione metallica endomascellare;
protesi fisse a mezzo di infibulazioni endo-
mascellari;
dalla pratica e per la pratica;
rassegna della stampa;
congressi, convegni, assemblee;
notiziario;
necrologio;
indice bibliografico.

AMMINISTRAZIONE: U. Rotelli, Venezia, Calle Ballotte 4866

L'impronta nell'intervento per impianto sottoperiosteale

(Comunicazione al 29^o Congresso Italiano di Stomatologia, Venezia, Settembre 1954)

Dr. S. DE RYSKY

Assistente Clinica Odontoiatrica Università di Pavia

In questa breve relazione che faccio precedere alla proiezione delle diapositive, mi riferirò alla tecnica per l'impianto sottoperiosteale limitatamente alla parte riguardante il rilievo dell'impronta.

Per quanto riguarda il materiale da impronta, la tecnica ci pone a disposizione: gli *idrocolloidi*, particolarmente e direi costantemente impiegati dagli operatori anglo sassoni, e di cui abbiamo una assai minore esperienza, gli *alginati*, da noi impiegati nei primi interventi per impianto e che abbiamo ora vantaggiosamente sostituiti con la pasta di Kerr in bastoncini.

Gli alginati infatti, essendo spesso sporchi di sangue lungo i bordi dell'impronta rischiano di residuare particolarmente nella loggia sottolinguale. Questo inconveniente dovuto dall'anfrattuosità della ferita chirurgica, non ha tuttavia prodotto particolari complicazioni, anche perchè, da quanto ho potuto constatare dalle prove di laboratorio eseguite su campioni di Imprex, Zelex, Kalginate, Jeltrate e D. P., tali materiali sono batteriologicamente sterili, probabilmente in grazia alle essenze vegetali a loro commiste.

Ci è infatti noto a questo proposito, dalle ricerche di Cavel, Sarti, Schorl e Kusama Tecce, Borghesio, Checcacci, ecc.; che l'azione disinfettante delle essenze vegetali in quantità minima si esplica sia per contatto che allo stato di vapore superando per alcune essenze ed in particolari condizioni il potere battericida del fenolo. Per contatto diretto, come appunto si attua nel caso degli alginati l'azione battericida delle essenze si prolunga indefinitivamente nel tempo.

Ci siamo tuttavia orientati nella scelta del materiale verso la pasta di Kerr perchè un'impronta con questo materiale ci permette, esercitando una maggior pressione sul piano osseo, di scartare automaticamente i lembi scollati nel mucoperiostio, nell'impronta per l'impianto parziale di riprendere come dirò in seguito in un tutto uno, con una seconda impronta sovrapposta alla prima, sia la parte

edentula che la rimanente arcata dentale conservando gli esatti rapporti tra loro intercorrenti.

Vi è inoltre da tener presente le caratteristiche per il particolare impiego per cui sono stati creati da un lato gli alginati e dall'altro la pasta di Kerr; quelli infatti per il rilievo di parti mucose molli per le quali è da evitarsi qualsiasi compressione, questa per il rilievo della dura superficie dei monconi dentali.

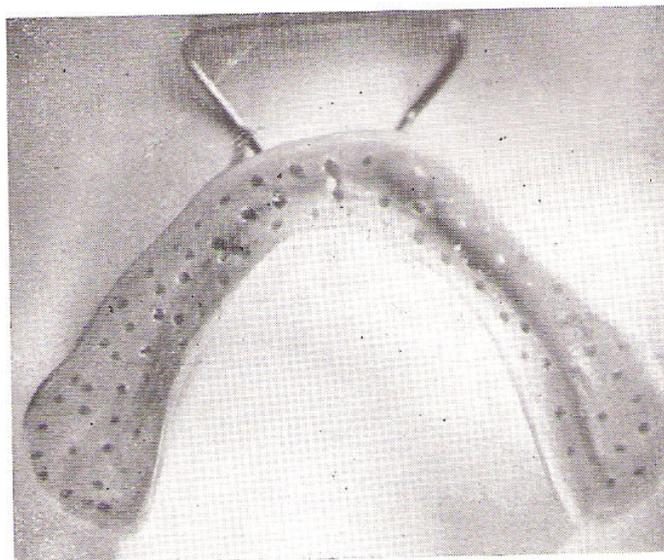
Il Bodine a questo proposito afferma che nell'impronta sulla superficie ossea di impianto non si può far questione di compressione.

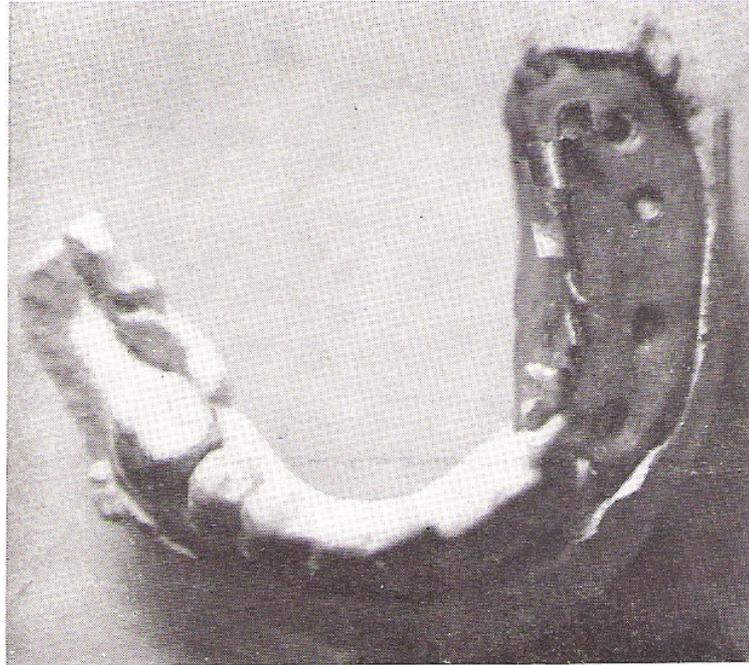
Così come nella scelta del materiale di impronta, più ancora nella forma, nel materiale e nell'estensione dei portaimpronte individuali, ci siamo attenuti alle esigenze dei particolari di tecnica operatoria che ci ha dettato l'esperienza dei casi finora operati presso la Clinica Odontoiatrica di Pavia. Costruiamo i nostri portaimpronte in resina, con rinforzo in grosso filo di Wipla o in argento, permettendo quest'ultimo una più agevole sterilizzazione del pezzo.

L'estensione è commisurata a quella che sarà l'estensione della sottostruttura metallica e limitata dai particolari anatomici della regione d'impianto datici dal rilievo radiografico e dall'osservazione diretta. Pur tendendo, per dare la massima estensione possibile all'innesto metallico, a estendere proporzionatamente la superficie abbracciata dal portaimpronte, è ovvio che si ridurrà tale superficie in corrispondenza dei forami mentonieri, della regione che distolinguualmente rimane sottosquadrata alla linea miloidea e alla obliqua intera e a quella corrispondente alla parte più profonda dell'inserzione del frenulo linguale.

La forma di tali portaimpronte verrà perciò tracciata su di un modello in gesso ricavato dalla regione di impianto, a mucosa ancora indenne. In corrispondenza del fornice vestibolare, dove la mucosa si allontana dal piano osseo, si asporta un piccolo spessore di gesso allo scopo di dare al margine del portaimpronte una opportuna aderenza.

Nella preparazione di portaimpronte per impianto parziale, si dovrà tener presente la necessità di rilevare insieme alla superficie ossea anche gli elementi presenti sull'arcata e ciò per dare la possibilità al laboratorio, di porre il modello che si ricaverà in





articolatore, si da costruire il moncone metallico di giusta altezza ed in posizione centrica. A tale scopo il portaimpronte, avente pur sempre l'estensione della sottostruttura, sarà munito sulla superficie opposta al piano osseo di due o tre prominenze, opportunamente sottosquadrate, in Wipla, resina o argento che permetteranno l'inglobamento della prima impronta, con una seconda impronta in pasta, che comprenderà, come si è detto, anche la seguente arcata dentale.

Nell'impianto completo, l'altezza e la posizione dei monconi metallici saranno determinate in laboratorio con notevole approssimazione, mediante i comuni blocchi di masticazione in cera. Su tali blocchi, sarà segnata la posizione dei canini, l'altezza articolare e le altre registrazioni come nella prassi comune alla protesi normale.

L'impiego dei portaimpronte descritti per la presa dell'impronta nell'intervento per impianto, oltre alle modalità tecniche di cui si è parlato ci permette per la relativa precisione propria dei portaimpronte individuali, una facile adattabilità fra i lembi scollati del mucoperiostio. L'introduzione del portaimpronte sarà vieppiù facilitata allontanando dalla superficie interna della mandibola i due lembi linguali mucoperiostei fra loro uniti da un punto in seta passante sotto l'estremità libera della lingua. I vestibolari saranno agevolmente scostati dalla semplice pressione delle dita sulla superficie interna delle guance, pressione che si eserciterà ovviamente al momento dell'introduzione nella bocca del portaimpronte.

Particolarmente, quando si usi come materiale di impronta l'alginato o l'idrocolloide, è consigliabile asportare previamente e con molta cura tutti i frustoli di periostio ed i coaguli eventualmente residuati sulla superficie di impianto. La loro presenza infatti altererebbe l'esatto rilievo dell'impronta.

Colato il modello in gesso duro, vi verrà tratteggiata l'estensione della sottostruttura e segnato il punto od i punti dove si riterrà opportuna la presenza dei monconi artificiali.

RIASSUNTO

Dopo alcune considerazioni sui vari materiali per impronta usati nell'intervento per impianto sottoperiosteo, l'A. esamina materiali e forma con cui possono essere costruiti i portaimpronta individuali e la tecnica del rilievo dell'impronta.