RIVISTA ITALIANA DI STOMATOLOGIA

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICI DENTISTI ITALIANI

DIRETTORE

AMEDEO GIOIA

REDATTORE-GAPO

UMBERTO SARAVAL

CONREDATIORI

GIUSEPPE MACCAFERRI - GIOVANNI BRIASCO

AMMINISTRATORE
UGO ROTELLI

XXIII GONGRESSO DI STOMATOLOGIA

Genova, 17-21 Settembre 1947

DIREZIONE: Dr. A. Giola, Presidente dell'Associazione Medici Dentisti Italiani - Roma - Via Boncompagni, 37 - Telef. 42-791.

REDAZIONE: Prof. U. Saraval, Primario Stomatologo nell'Ospedale Civile - Venezia - Tel. 25-190.

AMMINISTRAZIONE: Dr. U. Rotelli - Venezia - Mercerie, calle Ballotte 4866 - Tel. 22-928

EDITORE MARIO FRESCHING - PARMA - PIAZZA GHIAIA N. 7 - TELEFONO 26-41

Protesi dentaria a mezzo di infibulazione diretta endoalveolare (1)

Dott. MANLIO S. FORMIGGINI

Prima di dare inizio alla mia esposizione sento il dovere di ringraziare il Consiglio Direttivo della Sezione Lombarda dell'Associazione Medici Dentisti per avermi concesso l'onore di esporre per la prima volta in vostra presenza il risultato dei miei studi su di un argomento sul quale già si cimentarono altri studiosi ma sempre con risultato praticamente negativo. Intendo parlare della « protesi a mezzo di infibulazione diretta endoalveolare ».

La sostituzione dei denti permanenti, caduti in seguito a traumi o eliminati spontaneamente per malattie a carattere espulsivo o estratti chirurgicamente, con elementi fissati direttamente nei mascellari, costituì in ogni tempo l'aspirazione vuoi dei pazienti, vuoi degli stomatologi. Ora se non temessi di peccare d'immodestia affermerei che con il metodo che sto per esporvi ho fiducia di avere soddisfatto tale aspirazione.

Lo spunto per l'applicazione del mio sistema lo ebbi dalla trascuratezza di un cliente al quale estrassi un canino superiore perchè affetto da paradentite con ascessso periapicale. Dopo l'estrazione introdussi nell'alveolo uno stuello di garza iodoformizzata raccomandando al cliente di mantenerla in sito e di tornare all'indomani per estrarla. Per contro tornò dopo due mesi assicurandomi che il drenaggio era ancora al suo posto. Il fatto mi parve strano perciò volli esaminare attentamente l'infermo: la mucosa orale si presentava con aspetto normalissimo e l'apertura di accesso alla cavità alveolare appariva pressochè obliterata. Introdotto a stento uno specillo constatai l'esistenza del drenaggio che ritenni opportuno di estrarre seduta stante. L'estrazione però riuscì difficile, dolorosa e cruenta perchè fra le maglie della garza si era formato del tessuto connettivo che la fissava alla parete alveolare. Mi sorprese il fatto che lo stuello non fosse stato eliminato come corpo estraneo e che non avesse provocato alcuna reazione infiammatoria. Allora mi venne fatto di pensare che la garza

⁽¹⁾ Conferenza tenuta il 27 Febbr. 1947 a Milano per la Sez. Lombarda dell'A.M.D.I.

avrebbe potuto essere sostituita con un tessuto simile ma inalterabile e preparai un rotolino di retina d'acciaio inossidabile che poi applicai in un caso simile al precedente. Dirò subito che l'esito fu negativo perchè in breve tempo il rotolino fu eliminato come corpo estraneo. Compresi allora che non si trattava soltanto di introdurre il corpo estraneo nell'alveolo ma di mantenervelo a forza. Fu così che in sostituzione del rotolino ideai una vite di filo d'acciaio inossidabile, che

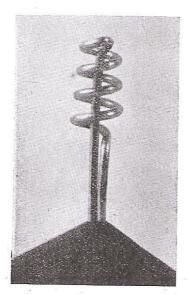


Fig. 1 · La vite di acciaio foggiata a spirale conica, con filo centrale, per applicazioni protesiche endoalveolari.

potrebbe anche essere costruita con altri metalli inalterabili, preferibilmente con tantalio se non fosse così raro da noi. Tale vite può essere costruita in due maniere: con filo robusto (di circa 18/10) foggiato a spirale leggermente conica, terminata alla base con un breve tratto diritto e parallelo all'asse del cono, oppure con filo più sottile (12/10) foggiato come la precedente ma con l'aggiunta di un asse centrale dello stesso filo che partendo dall'apice della spirale raggiunge l'altra estremità della medesima alla quale viene poi fissato con un punto elettrico o ancor meglio con saldatura (fig. 1).

Diedi la preferenza a quest'ultimo tipo per ragioni di fissità e di elasticità e passai senz'altro all'applicazione pratica in un vecchio

della Casa di Riposo, persona fidata, alla quale raccomandai la più assoluta riservatezza sul mio intervento.

Purtroppo questo avvenne verso la fine del 1943, quando io fui costretto ad allontanarmi rapidamente da Modena perchè su di me pesava un doppio mandato di cattura. Mi rifugiai nella vicina Bologna con il nome di Manfredotti e per 17 mesi organizzai e diressi i servizi sanitari nel Comando Partigiano di quella zona. Intanto il mio studio veniva invaso dalle forze repubblichine che, col materiale professionale, asportarono anche le note che avevo riordinato sull'argomento.

Quando rientrai dopo la liberazione il primo soggetto era morto portando con sè il mio segreto. Allora, con maggior serenità, ricominciai da capo i miei studi.

Oggi mi presento a Voi con questa nota preventiva e con tre casi coronati da esito positivo ma, prima di illustrarveli, desidero intrattenervi brevemente sulla tecnica operatoria.

La mia vite può essere introdotta in alveoli di denti estratti di recente come in alveoli artificiali, creati nel processo alveolare edentulo e compatto ed è destinata a sostenere denti isolati come apparecchi di protesi. Quando si introduce in un alveolo beante la tecnica è semplice: si arroventa la vite alla fiamma, possibilmente senza portarla al calor rosso, poi la si immerge nello iodoformio che col calore si fonde e forma su la vite stessa una specie di vernice antisettica. Ciò fatto la si introduce nell'alveolo girandola a forza come si girerebbe qualsiasi altra vite, fino a quando saranno rimaste all'esterno soltanto le due estremità saldate insieme, destinate a lor volta a costituire il pilastro della futura protesi. E' superfluo dire che questo tempo deve essere preceduto da una opportuna preparazione dell'alveolo come nell'impiantamento di un dente (« greffe dentaire »).

Ciò premesso, resta evidente che quando si estrarrà un dente destinato ad essere sostituito con il mio sistema converrà misurare la grossezza e la lunghezza della radice con un compasso di spessore per avere una guida nella scelta della vite, che dovrà sempre essere leggermente più grossa perchè è necessario che si crei una sede propria nella parete alveolare. Per quanto si riferisce alla lunghezza occorre tenere presente che la vite o per meglio dire la spirale deve essere introdotta a fondo e restare completamente nascosta nella cavità alveola-

re: all'esterno sporgeranno soltanto, e neppure per intero, le due estremità della spirale e del perno centrale.

Diverso sarà il procedimento se ci si trova di fronte ad un mascellare edentulo: previa anestesia, nel punto prescelto si praticherà una piccola incisione nei tessuti molli sino al periostio, poscia si praticherà nell'osso una cavità simile a quella di un alveolo usando in primo tempo una fresa rotonda ed allargando poi la cavità con una di quelle frese che esistono già in commercio e che i francesi chiamano « couteaux de Rollins ». A questo punto non resta altro che introdurre, seduta stante, la vite prescelta con le stesse modalità usate nel caso precedente.

Nulla di particolare debbo raccomandare per la presa d'impronta: la si praticherà come se ci si trovasse di fronte ad un comune dente a perno, se non che per facilitarla si potrà rivestire l'estremità sporgente (il pilastro) con un tubicino d'acciaio inossidabile, che resterà infisso nella massa d'impronta e verrà poi inglobato nella protesi, preferibilmente di resina sintetica.

Nei miei casi non ho riscontrato il benchè minimo processo infiammatorio; può piuttosto accadere che alcuni giorni dopo l'atto operativo si riscontri la vite leggermente mobile. Allora la si fisserà girandola fino a che la si sentirà ben salda. Non dovete pretendere però in primo tempo l'immobilità assoluta perchè questa si avrà in seguito quando cioè tra i fili della spirale si sarà formato del tessuto connettivo e successivamente tessuto osseo che oblitererà la cavità alveolare.

Quanto al momento opportuno per l'applicazione della protesi la scelta resta affidata al giudizio dell'operatore e alle particolari esigenze del cliente.

Ora, egregi Colleghi, vi prego di esaminare i radiogrammi dei tre casi da me trattati con il mio metodo: avrei voluto portarvi i soggetti ma le condizioni del momento non me lo hanno permesso. Debbo pure confessarvi che avrei desiderato presentarmi a Voi con una statistica ricca di casi ma, come ben comprenderete, non avrei potuto allargare le mie esperienze senza correre il rischio di qualche indiscrezione.

Le due pellicole endoorali si riferiscono a due giovani soggetti: il primo è certo Z. G. di anni 20 da Castelfranco Emilia, giocatore di calcio al quale il 31 Ottobre 1946 estrassi il +1, il 22 Novembre applicai una delle mie viti ed il 3 Gennaio 1947 completai l'intervento con

un dente a tubo in resina sintetica. Il ritardo nella applicazione del dente è dovuto soltanto al fatto che il paziente, impegnato in lavori improrogabili, non ebbe la possibilità di allontanarsi dalla sua sede. Nessuna reazione infiammatoria in primo tempo nè tardiva. La radiografia eseguita a un mese di distanza dalla applicazione della vite dimostra una rarefazione ossea dovuta a pregresso processo suppura-

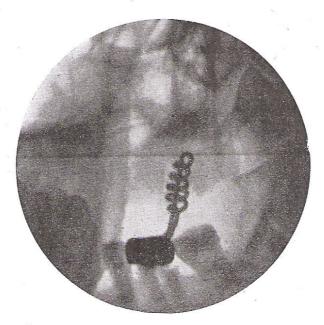


Fig. 2 - Paziente M. G. - Radiogr. della vite a 25 giorni di distanza dalla sua applicazione nell'alveolo del 2ª mol. super.

tivo ma si nota anche la tendenza alla formazione di tessuto connettivo che sta invadendo gli spazi fra giro e giro della vite. Il secondo radiogramma è di certo B. G. di anni 22 da Finale Emilia il quale il 13 Novembre subì l'estrazione del 3+ ed il 21 successivo l'applicazione della vite, completata poi il 30 dello stesso mese con un dente a tubo in resina sintetica. La radiografia, eseguita a soli 20 giorni di distanza dalla infibulazione dimostra la tendenza all'incarcerazione della vite da parte del tessuto neoformato, sebbene in corrispondenza dell'apice alveolare persista la rarefazione ossea dovuta al pregresso ascesso periapicale. Nessuna reazione infiammatoria.

Ma il caso più dimostrativo è il terzo che si riferisce a certo M. G.

di anni 40 da Cavezzo, mio affezionato cliente, il quale portava a sinistra in alto un ponte d'oro di quattro elementi sostenuto dal primo premolare e dal secondo molare. Una paradentite settica del +7 e del +8 mi costrinse a rimuovere il ponte e ad estrarre i due ultimi molari. Pensai allora di sostituire il pilastro posteriore estratto con una delle mie viti e, scelto tra i tre alveoli del +7 quello antero-esterno

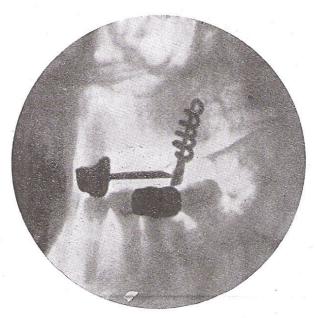


Fig. 3 - Paziente M. G. - Radiogr. della vite e dell'apparecchio di protesi (dal Iº premol. al 2º mol. super.) a 40 giorni di distanza dall'applicazione della vite.

che si presentava con asse a direzione parallela al pilastro anteriore, il 19 Novembre introdussi la vite. Anche in questo caso, come negli a'tri due, non ebbi alcuna reazione infiammatoria nè immediata nè a distanza; fui soltanto costretto, a otto giorni dalla applicazione, a dare un giro alla vite per renderla più fissa. Il primo radiogramma (fig. 2) fatto a venticinque giorni di distanza dalla applicazione dimostra il tessuto osseo ancora rarefatto intorno alla vite, cosicchè ho creduto di dover attendere altri venti giorni prima di applicare la protesi, consistente in un ponte di quattro elementi dei quali l'anteriore è rappresentato da una corona d'oro e gli altri tre da denti in resina, dei quali il posteriore a tubo. Per contro il secondo radiogramma, (fig. 3)

fatto a distanza di quaranta giorni, cioè con la protesi in sito, mette in evidenza la corona, lo scheletro della protesi e la vite, intorno alla quale, e questo è il fatto più interessante, si osserva già del tessuto osseo normale che tende ad invadere anche gli spazi fra giro e giro della vite, il che sta a dimostrare che non solo non si sono verificati quei fatti di osteoporosi che si hanno in presenza di corpi estranei ma



Fig. 4 - Fotografia della protesi delle fig. 2 e 3.

La corona d'oro che riveste il premolare sembra divisa in due per effetto del riflesso dell'intensa luce artificiale impiligata per eseguire la fotografia.

che il processo di riparazione e di ossificazione dell'alveolo sono già in atto. Dal punto di vista funzionale vi posso assicurare che il mio cliente, come gli altri entusiasta dell'applicazione, mangia già sull'apparecchio.

Spero che la mia povera esposizione e la modesta casistica siano sufficienti a dimostrarvi la bontà del mio metodo, e nutro fiducia che il felice risultato ottenuto nei primi tre casi possa fra non molto avere conferma nelle vostre e nelle mie successive esperienze.