

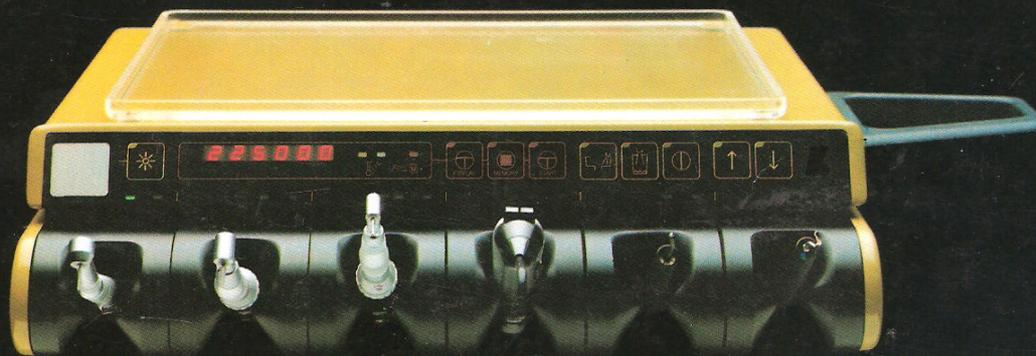
DENTAL CADMOS

2

ISSN 0011 - 8524

Rivista mensile
di odontoiatria
e tecnica dentaria

ANNO 51 - N. 2 FEBBRAIO 1983 SPED. IN ABB. POST GR. 3/70 I.P.



MASSON  DIVISIONE ODONTOIATRICA CADMOS
Via Giovanni Pascoli 55 - 20133 Milano

La vite autofilettante bicorticale: estensione alle zone edentule distali superiori ed inferiori

1 - Introduzione

La vite autofilettante bicorticale che ho presentato nel n. 6 del *Dental Cadmos* del giugno 1981, presenta alcune caratteristiche particolari che le consentono di:

- utilizzare sempre due zone di stabilizzazione formate da osso compatto (bicorticalismo) (Fig. 1);
- eseguire l'intervento con l'uso di un solo alesatore (un *drill Torpan Maillefer* n. 12, mm 28), eliminando così la serie di alesatori a diametro progressivo ed il maschiatore (Fig. 2);
- impedire microfratture e false strade;
- ottenere la guarigione della ferita per prima intenzione (senza riassorbimento secondario di zone compresse);

- estendere la possibilità di impianto anche a zone edentule precedentemente vietate alle viti tradizionali (creste sottili a clessidra).

Tenendo sempre presenti questi principi, le ho apportato alcune modifiche, per renderla adatta ad essere

inserita anche nelle zone distali della mandibola, dove la presenza del nervo mandibolare limita le possibilità d'inserimento di qualunque manufatto e nelle zone del tuber, dove la scarsa presenza di trabecole ossee mineralizzate è spesso causa di insuccesso.

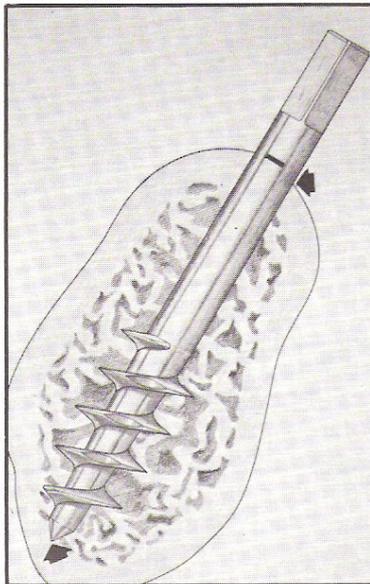


Fig. 1

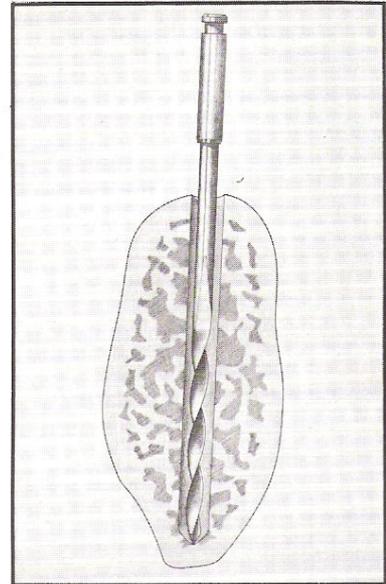


Fig. 2

2 - Edentulismo distale inferiore

Il bicorticalismo, inteso come esposto nel concetto di questa sistemica, sino ad ora era stato raggiunto solo con gli impianti ad ago. Richiamandomi appunto all'ago, uso una vite con la punta più lunga e con il diametro uguale a quello dell'ago: mm 1,2 (Fig. 3).

2.1 - Tecnica operativa

Previa anestesia esclusivamente locale, si crea una via direzionale usando un *drill* Maillefer n. 12 mm 28, direttamente attraverso la mucosa ed il periostio. La direzione si sceglie in base alla radiografia ed alla palpazione, tenendo presente che il decorso del nervo mandibolare costringe ad un posizionamento obliquo per evitarlo.

Superata la mucosa ed il periostio, si avverte la resistenza dello strato corticale occlusale.

La punta del drill serve anche da sonda, per saggiare l'ampiezza e la forma della cresta stessa. Superata la corticale, si penetra nel tessuto osseo spugnoso; la sensazione è di procedere nel «vuoto». È ora opportuno allargare la parte iniziale del tunnel creato dalla fresa «sbandierando» lo strumento nella sua parte iniziale tagliente (Fig. 4). Il raggiungimento del diametro necessario per poter poi inserire la vite senza sfregamenti, viene controllato con un piccolo strumento il cui diametro è di mm 2, il *Tun-*

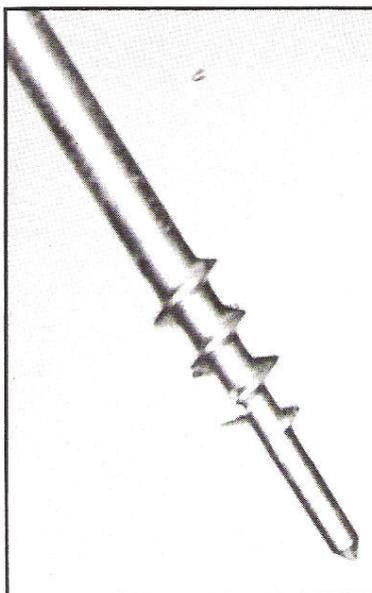


Fig. 3

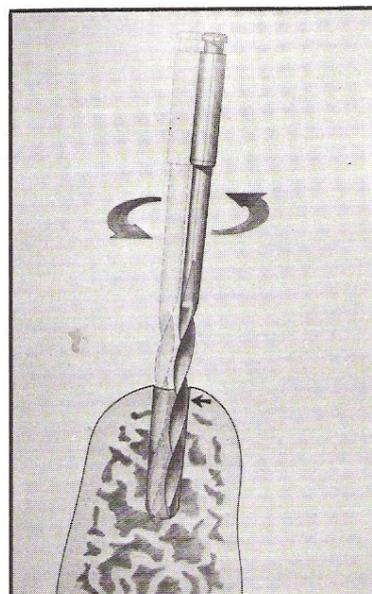


Fig. 4



Fig. 5

nel-check (Fig. 5). La fuoriuscita di sangue, oltre ad essere l'unico sistema per raffreddare il campo, è un ottimo segno dell'azione di taglio eseguita dal *drill*, mentre con frese a diametro maggiore si hanno spesso pericolose ischemie dei tessuti compressi, che ne alterano irreversibilmente le

cellule periferiche. Estratto il *drill*, occorre controllare sul suo gambo, la profondità raggiunta, segnata dal sangue. Raffrontando il drill con la vite si incide sul gambo di quest'ultima una piccola tacca con la fresa ad alta velocità (Fig. 6). Si procede poi direttamente all'inserimento della vite, senza ma-

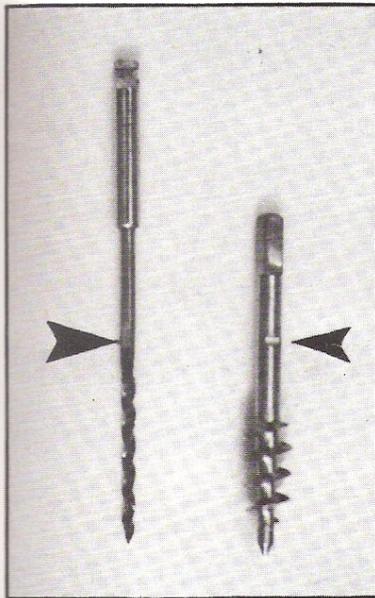


Fig. 6

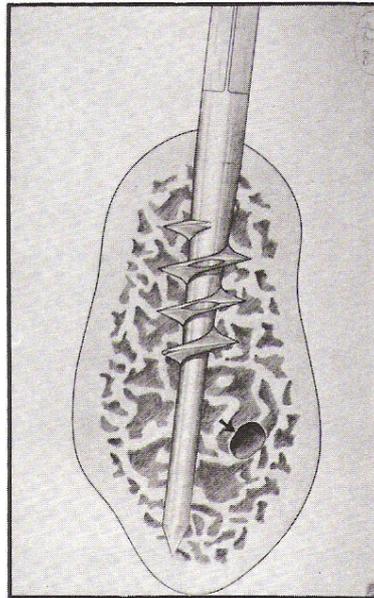


Fig. 7

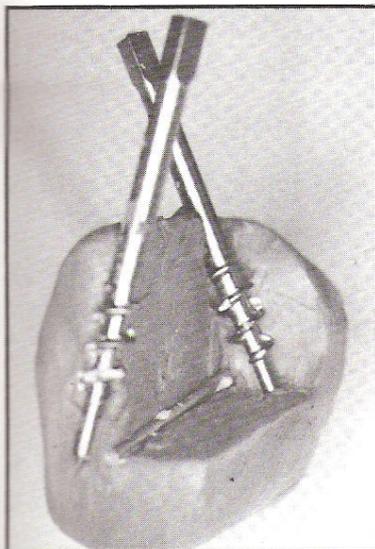


Fig. 8

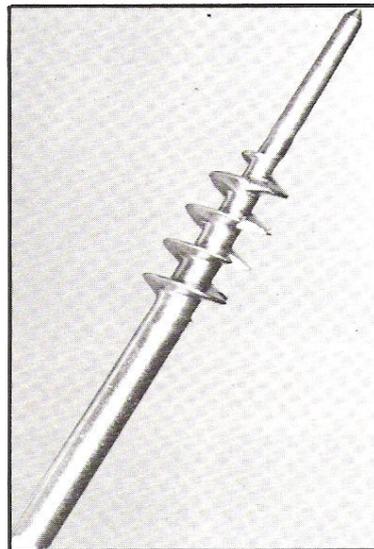


Fig. 9

schiatori.

L'avvitamento avviene dolcemente con un movimento di va e vieni a settori di mezzo giro per volta, con una certa pressione.

Raggiunta la conchiglia mandibolare la vite si blocca. Si ottiene così il bicorticalismo, dopo che le spire si sono allagate nella parte

sottostante la corticale occlusale e contemporaneamente l'apice si è bloccato sulla conchiglia mandibolare, dopo aver superato lateralmente il nervo mandibolare (Fig. 7).

Si procede ora ad inserire una seconda vite e, se necessario, anche una terza, usando la stessa tecnica e

disponendole a tripode (Fig. 8). La divergenza obbligata che assumono così le viti, rende la loro stabilità assai maggiore rispetto ad una lama o agli aghi. I tre monconi delle tre viti così inserite a tripode, saranno poi parallelizzati tradizionalmente con falsi monconi, oppure saldando con la saldatrice di *Mondani* apposite barrette in titanio che, molate con una fresa al tungsteno, daranno origine ad un moncone adatto alla protesizzazione.

3 - Edentulismo distale superiore

Risultati più o meno brillanti sono stati raggiunti con vari tipi di manufatti creati per risolvere i problemi dell'edentulismo superiore, risultati dovuti alle particolari condizioni anatomiche, che non permettono di trovare un sostegno, data la quasi totale mancanza di trabecole ossee e una ben difficilmente identificabile corticale opposta. La situazione anatomica di queste zone, per la presenza di seni mascellari più o meno ampi, limita la zona usufruibile delimitata dalle pareti posteriori dei seni, dalle fosse nasali e dalla parete dello pterigoideo, che si riuniscono ad imbuto. Un impianto in queste condizioni può sembrare irrealizzabile, ma, modificando la vite, si possono ottenere risultati positivi. A questo scopo ho allungato la sua punta ed aumentato il diametro delle spire (Fig. 9).

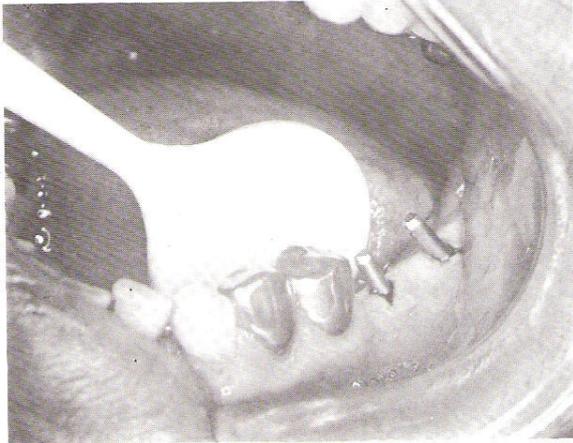


Fig. 10 a

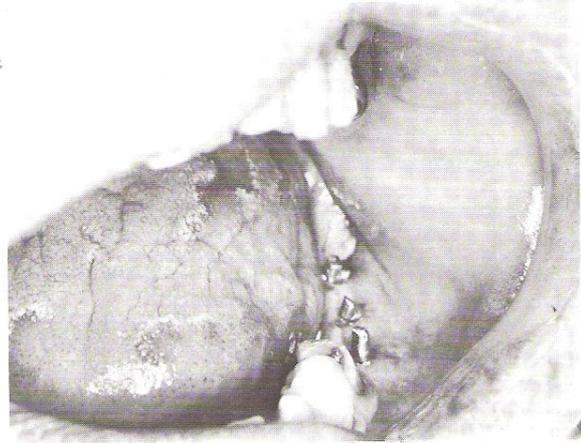


Fig. 11 a

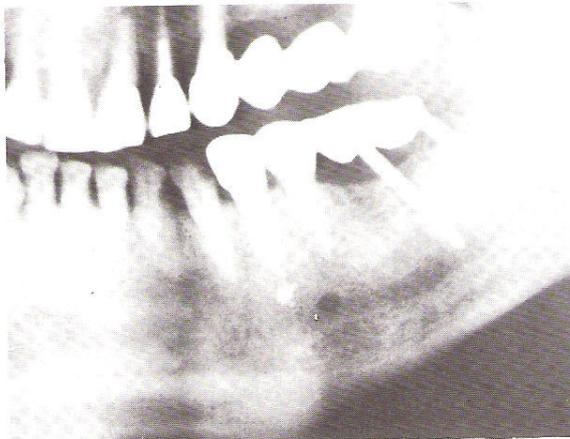


Fig. 10 b

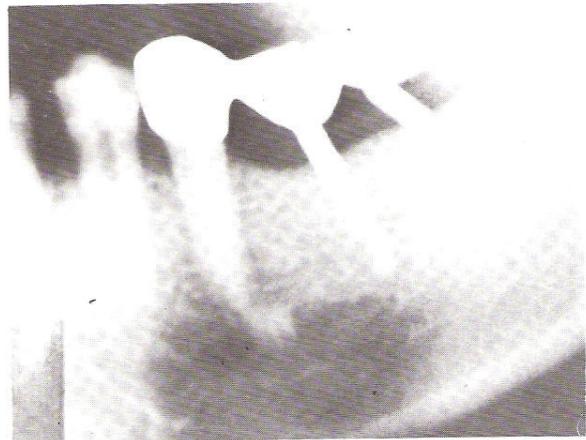


Fig. 11 b



Fig. 10 c



Fig. 11 c

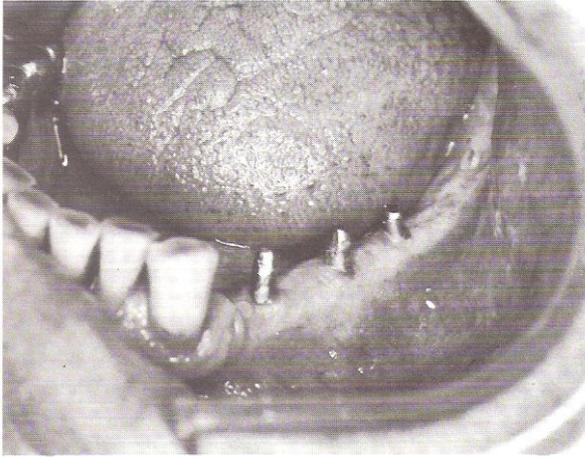


Fig. 12 a

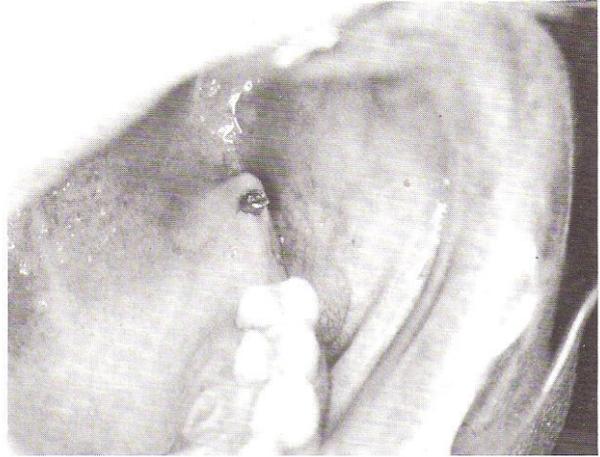


Fig. 13 a

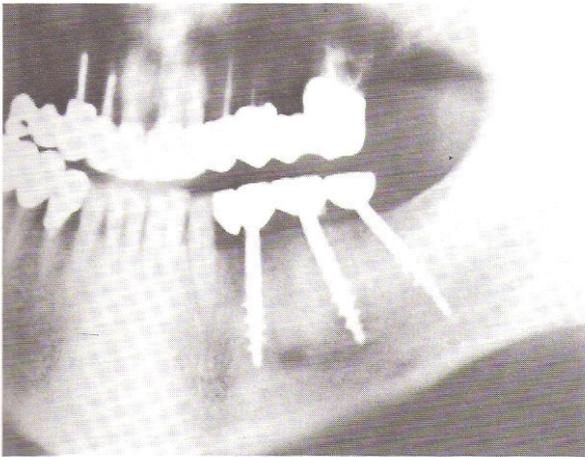


Fig. 12 b

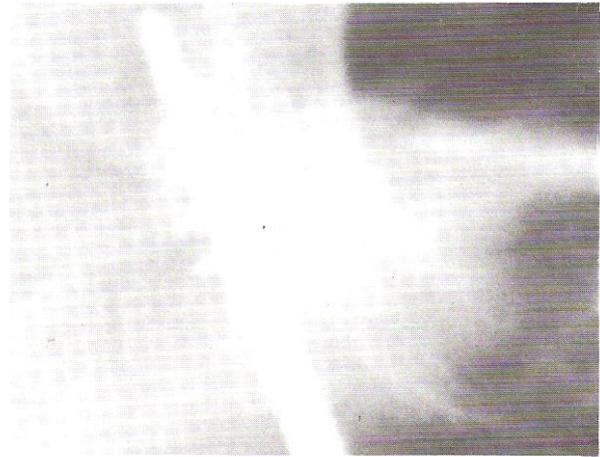


Fig. 13 b

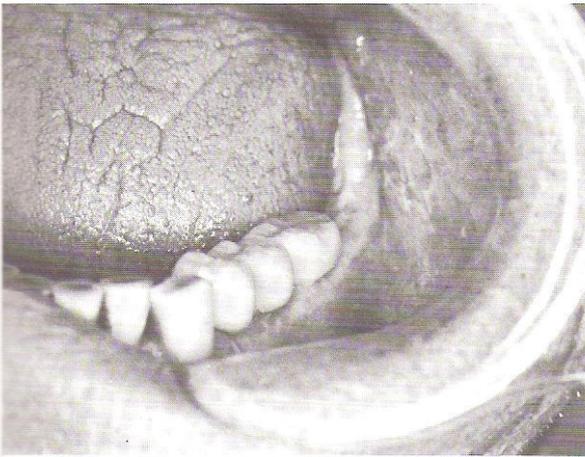


Fig. 12 c



Fig. 13 c

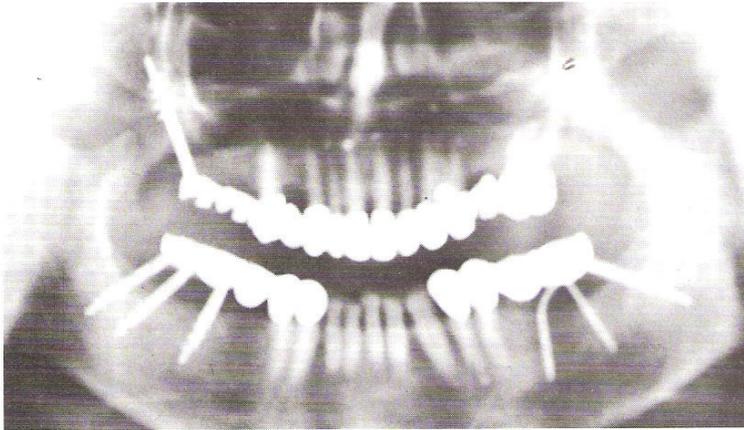


Fig. 14 a



Fig. 14 b

3.1 - Tecnica operativa

Si esegue l'anestesia locale soltanto nel punto dove si vuole inserire la vite; si crea

un tunnel, limitato nella sua profondità, ma dell'ampiezza necessaria; si immette la vite con direzione mesiodistale. Ci si accorgerà che la

vite penetra sino a che le spire avranno superato la corticale stessa. Dopo di che (ricordando la scarsa mineralizzazione dell'osso), sarà necessaria una forte spinta, con rotazione, fino a che la vite andrà ad impegnarsi nel cunicolo formato dalle corticali. Un lieve dolore accusato dal paziente e la sensazione di blocco della vite, avvertirà che la medesima è inserita perfettamente tra le corticali.

4 - Casistica

Abbiamo riportato alcuni casi di edentulismo distale inferiore e superiore, risolti con la vite autofilettante bicorticale (Figg. 10-11-12-13-14).

Bibliografia

- GARBACCIO D. - La vite autofilettante bicorticale: principio biomeccanico, tecnica chirurgica e risultati clinici. Dental Cadmos, n. 6, giugno 1981.
- GARBACCIO D. - Vite autofilettante bicorticale di Garbaccio. Rivista Europea di Implantologia, n. 1, genn.-feb. 1982.
- BOBBIO A. - Revalorização do parafuso em implantologia: inovação de Garbaccio. Ars Curandi Odontologia, vol. 8, n. 1, gennaio 1982.