

N. 4/1985  
Ottobre-Dicembre 1985  
Periodico trimestrale di tecnica,  
scienza e merceologia odontoiatriche

# ESTRATO

GARBACCIO Dr. Dino

Via Trento, 4 - BIELLA  
Tel. 015 - 26070

*Monoedentulismo  
risolto con  
implantoprotesi*  
D. Garbaccio

# Monoedentulismo risolto con implantoprotesi

D. Garbaccio

PROPOSTANOVAXA4

Il medico coscienzioso nell'affrontare un caso di monoedentulismo deve innanzitutto chiedersi in che modo potrà risolvere il problema producendo il minor danno possibile e con il miglior risultato estetico e funzionale.

Di fronte alla mancanza di un dente, sorge sempre il dubbio se sia opportuno sacrificare due denti, quasi sempre sani, per sostituirne uno solo, quando, intervenendo con un impianto adatto, si può rimediare sia funzionalmente che esteticamente, evitando l'alterazione fisiologica ed anatomica dei pilastri esistenti. La soluzione tradizionale, cioè il sacrificio dei denti sani prossimi al mancante, crea una notevole mutilazione, poiché i denti devitalizzati e ricoperti hanno sicuramente una minor durata dei denti vivi.

Dal punto di vista protesico, inoltre, la ricostruzione con un ponte di uno o più elementi non sempre permette di mantenere le caratteristiche preesistenti; spesso, ad esempio, ci si trova di fronte all'impossibilità di ricreare un diastema.

Varie sono le situazioni che si possono presentare: la mancanza di uno o più denti può essere dovuta ad agenesia, ad incidente, ad estrazione.

## *Agenesia*

I casi di agenesia sono abbastanza frequenti: da studi recenti risulta che il 5% dei ragazzi tra i 4 e i 14 anni presenta agenesia o degli incisivi superiori ed inferiori o dei secondi premolari inferiori.

## *Traumatismo*

La perdita di denti per traumatismo viene riscontrata più frequentemente nei giovani e soprattutto nelle zone degli incisivi, essendo per lo più conseguenza di cadute.

## *Estrazione*

I casi di edentulismo da estrazione sono i più numerosi e a questo proposito riportiamo testualmente quanto esposto da *Corneo* in una recente pubblicazione: "Abbiamo constatato come la tendenza di alcuni operatori (specie nell'ambito delle cure cosiddette SOCIALI) sia

di avere la pinza per estrazioni assai 'pronta', anche quando il dente sarebbe facilmente curabile".

Ognuno di questi casi presenta una situazione diversa, che, se viene affrontata con l'impianto adatto e con una precisa tecnica (che si ottiene solo con l'esperienza), avrà un risultato positivo.

Esaminiamo ora attentamente come si presenta l'osso nei diversi casi. Naturalmente ricorriamo all'ausilio delle radiografie per visualizzare ogni particolare situazione.

Nelle agenesie l'osso è quasi normale, ossia permette di utilizzare un impianto di profondità, offre uno spazio sufficiente di contenimento del manufatto tra le due corticali (vestibolare e linguale nell'inferiore, o vestibolare e palatina nel superiore), ed un piano abbastanza ampio della compatta occlusale, che facilita l'introduzione dell'impianto stesso.

Nel caso di trauma, dobbiamo considerare le due possibilità: il paziente si presenta appena dopo l'incidente (che può essere lussazione od avulsione completa), oppure a distanza di tempo.

Nel primo caso è possibile intervenire subito con un impianto se l'avulsione non ha creato alterazione dell'osso circostante, per cui, usufruendo della profondità e del tessuto di sostegno del dente stesso, cioè della lamina dura, viene a crearsi una specie di bicorticalismo tra quest'ultima e la parte in cui è possibile impattare l'impianto.

Naturalmente ciò non è consigliabile se il terreno è alterato da processi infettivi. In questi casi di controindicazione all'impianto immediato, bisogna ricorrere ad una protesi mobile provvisoria che permetta a distanza di tempo, cioè a guarigione avvenuta, di valutare la situazione e decidere se intervenire con un impianto. Naturalmente poi, in generale, esistono tutte le indicazioni e le controindicazioni già proposte e

riproposte da tutti coloro che hanno voluto cimentarsi in questa branca dell'odontoiatria.

Qualora il paziente si presenti a distanza di tempo dal trauma, diverse sono le situazioni che si possono presentare. O vi è stata una notevole perdita di sostanza ossea, per cui si è creato un riassorbimento sia anteroposteriore sia in profondità, oppure la perdita è stata minima. Solo nel primo caso le difficoltà d'intervenire con un impianto sono notevoli, poiché ci si trova di fronte ad una cresta ossea molto sottile e spesso le corticali risultano quasi collabite.

Vari implantologi, non avendo a disposizione impianti adatti, intervengono a cielo scoperto, asportando chirurgicamente la cresta sottile, per creare un piano abbastanza ampio da permettere l'introduzione del manufatto. Personalmente sono contrario a questa tecnica, perché con le mie stesse mani asporterei quella parte di osso che è il punto più importante di sostegno a livello oclusale e che contribuisce notevolmente al risultato positivo dell'impianto.

Nella scelta del tipo di impianto per risolvere il monoedentulismo, l'implantologo deve anche preoccuparsi, in caso d'insuccesso, di non apportare un ulteriore danno e mutilazione con irreparabile perdita di sostanza ossea.

Gli impianti adatti non sono molti, pochi hanno la possibilità di penetrare ed essere stabili nel tempo, oltre che immediatamente, data la ridotta quantità dell'osso. Esclusi gli aghi, la maggior parte degli altri necessita di un bloccaggio immediato durante tutta la fase di guarigione dell'osso (e non si sottraggono a questa necessità neppure gli ultimi tipi di impianto costruiti con materiali "biocompatibili").

Per tutti i casi di monoedentulismo, uso la mia vite autofilettante bicorticale, che unisce alla dimensione ridotta caratteristiche tali da favorire risultati assai soddisfacenti.

Queste viti sono in titanio, hanno una lunghezza di mm 30, un diametro al gambo di mm 2,2 e sono fornite in 3 o 4 spire con diametro di mm 3,5 o 4,5.

La scelta viene fatta in base alle comuni regole implantologiche.

La prima caratteristica della vite è nel nasello, la cui forma facilita l'immissione contrastando la penetrazione della prima spira, anche nelle creste molto sottili.

La caratteristica più evidente e più importante è comunque nelle spire, che presentano delle fissurazioni aventi forma di scalpello, lungo

tutta la voluta. Questi intagli, che rendono la vite veramente autofilettante (si evita l'uso dei maschiatori), incidono chirurgicamente l'osso e ne asportano piccoli frammenti, senza provocare compressione. Dall'ultima spira parte il gambo liscio che termina con una porzione quadrangolare atta all'uso degli inseritori.

Dopo quasi quindici anni di utilizzazione di questo impianto, posso constatare di aver raggiunto risultati positivi.

Studiando le cause di insuccesso degli impianti, alcuni Autori sono giunti alla conclusione che, per la maggior parte, sono dovuti al cono di riassorbimento osseo perimplantare di cresta, che è conseguenza o di traumi da sollecitazioni di ogni tipo durante la fase di guarigione, o di infiltrazioni di sostanze varie nella zona perimplantare.

Personalmente ritengo invece che tale cono sia conseguenza dei reiterati traumi durante l'intervento stesso, con l'uso di quattro o cinque strumenti diversi che, più che creare una strada all'impianto, procurano una ferita lacerocontusa unita a surriscaldamento delle cellule circostanti.

Pertanto ho ridotto al minimo i traumi all'atto dell'intervento. Con un solo strumento, un allargacanal per contrangolo, preparo la strada alla vite. Questo drill, del diametro di mm 1,2 e della lunghezza di mm 28, è uno strumento molto tagliente, che viene affilato dopo tempera. La disparità di diametro rispetto alla vite è voluta, in quanto con l'allargamento chirurgico determinato dallo strumento tagliente, si crea un tunnel nel quale il libero movimento permette la percezione della corticale opposta, senza ledere eccessivamente le cellule circostanti.

Lo strumento più piccolo, inoltre, facilita la fuoriuscita di frustoli durante il sanguinamento.

Dopo aver sperimentato personalmente tutti i vari sistemi per evitare il surriscaldamento dell'osso, dalle frese più sofisticate alle erogazioni più o meno abbondanti di soluzioni sia fisiologiche che ozonizzate (riportate da vari Autori stranieri), sono arrivato alla conclusione che l'unico sistema che ha dato risultati positivi è quello più semplice e più logico: lasciare che il sangue fuoriesca e raffreddi lo strumento che lavora liberamente a velocità ridotta.

Con questa tecnica il cono di riassorbimento intorno al collo, in questa vite, compare solo in pochissimi casi.

In questi anni di esperienza ho po-

tuto appurare che il rapporto tra il numero delle spire e l'osso non ha dato risultati diversi con viti a 4 o 5 spire, mettendo in evidenza la massima importanza dell'appoggio corticale, piuttosto che il numero delle spire. Anzi, il numero minore delle spire evita nell'arco degli anni, con la possibile, ma non scontata, riduzione dell'osso, il rischio di deiscenza dato il sistema di profondità.

E ciò in netta antitesi con alcuni implantologi che sostengono che l'impianto deve avere una superficie implantare uguale o superiore alla superficie del dente che va ad impiantare (dimenticando così anche gli impianti ad ago, che pur offrono un contributo notevole all'implantologia).

Parecchi sono ora i sostenitori dell'appoggio corticale, però la maggior parte degli impianti esistenti non ha una precisa e determinata forma adattabile a tale uso, perciò non raggiunge lo scopo, se non casualmente.

Un'obiezione che viene sovente fatta all'implantologia è che non avendo il manufatto un attacco epiteliale, come il dente naturale, sia sottoposto a processi infiammatori. Secondo il mio parere, se esiste un processo infiammatorio, esiste solo a livello della mucosa e non dell'osso ed esclusivamente nei casi in cui non sia stata rispettata l'igienicità della protesi.

Altro appunto che viene fatto all'implantologia è che l'impianto, non es-

sendo fornito di parodonto e quindi non in grado di ammortizzare i carichi, si infossi, determinando una lisi ossea e una conseguente espulsione dell'impianto stesso.

Nessun processo infettivo ho notato a carico dei miei impianti e quando ho dovuto constatare l'espulsione, questa è stata sempre conseguente alla distruzione dell'osso perimplantare con mobilità del manufatto.

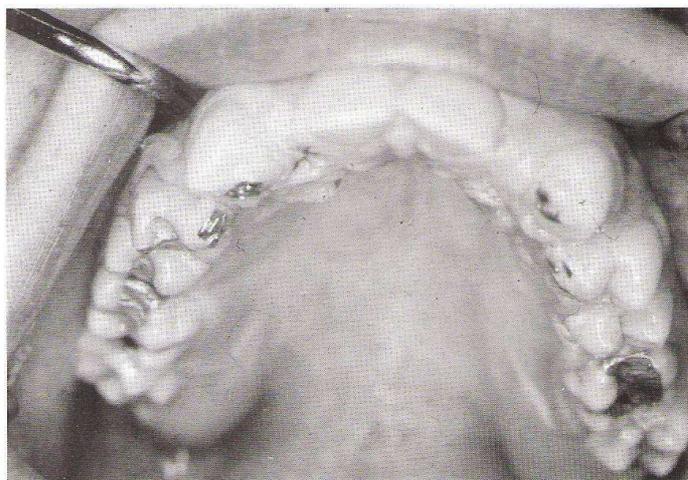
Ma la maggior parte degli insuccessi sono dovuti più ad errori di valutazione o di immissione vera e propria, oppure a marcati traumi occlusali. Il carico precoce non può essere causa di insuccesso, se si evitano provvisori che alla ambigua provvisorietà associano mancanza di precisione.

Per concludere, ribadisco che nessun segno di approfondimento ho riscontrato nei miei impianti, dato l'appoggio corticale che è stato, fin dall'inizio, il costante obiettivo che, oltre al mantenimento, ha avuto sempre la costante precisa funzione di bloccaggio in qualsiasi fase dopo l'immissione.

Inoltre non esiste nessuna possibilità di rotazione neppure nei monoimpianti, dove sarebbe stato più evidenziato l'eventuale svitamento. Questi soddisfacenti risultati sono ottenuti con una minima anestesia, un minimo trauma e con l'assenza quasi totale di dolore e gonfiore durante e dopo l'intervento, il che dimostra l'assoluta atraumaticità.

### 1° caso

Ragazza di 16 anni. Agenesia dei laterali superiori, risolta con due impianti a vite e protesi immediata (Figg. 1-2-3-4).



◀ Fig. 1 - Ragazza di 16 anni. Mancano i laterali superiori per agenesia. Foto prima del trattamento.

Fig. 2 - La foto mostra l'impianto di due viti bicorticali subito dopo l'intervento.

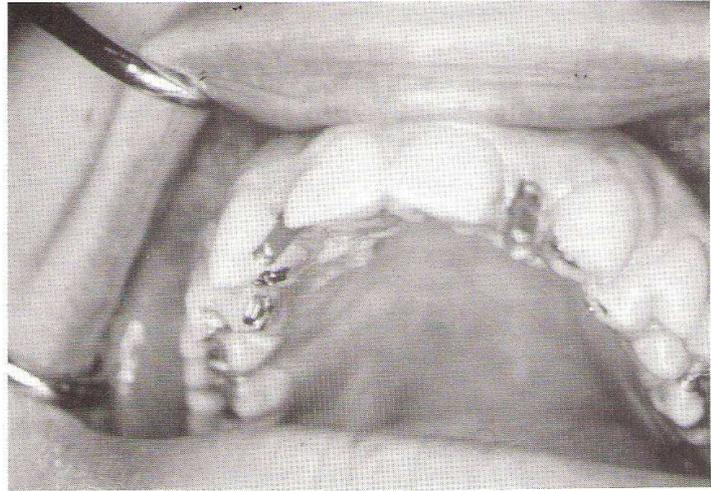


Fig. 3 - Radiografia panoramica che dimostra fin dove devono giungere le viti.

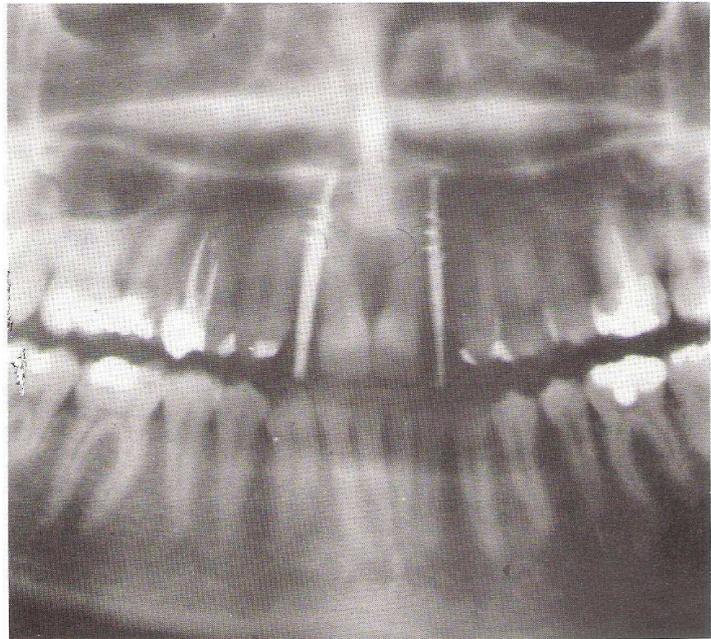
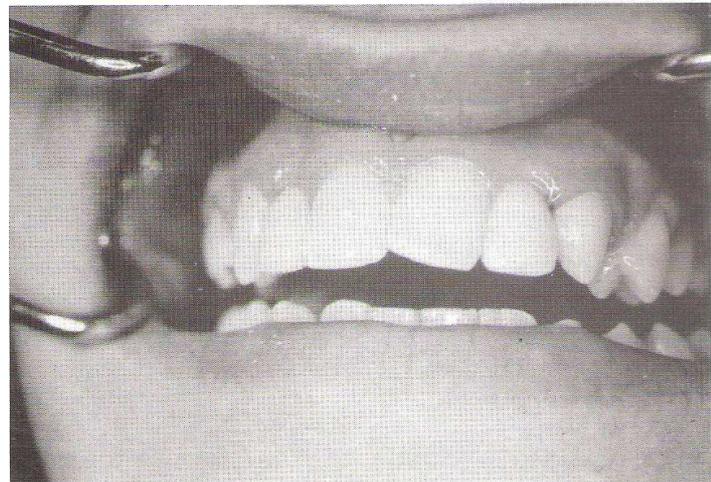
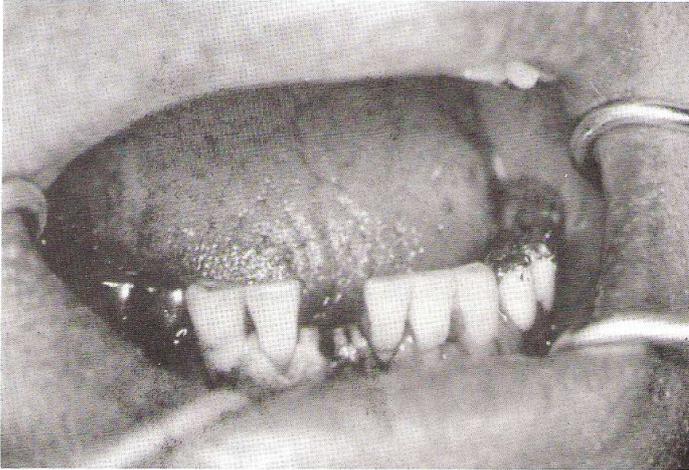


Fig. 4 - Risultato finale. I denti vicini sono rimasti intatti.

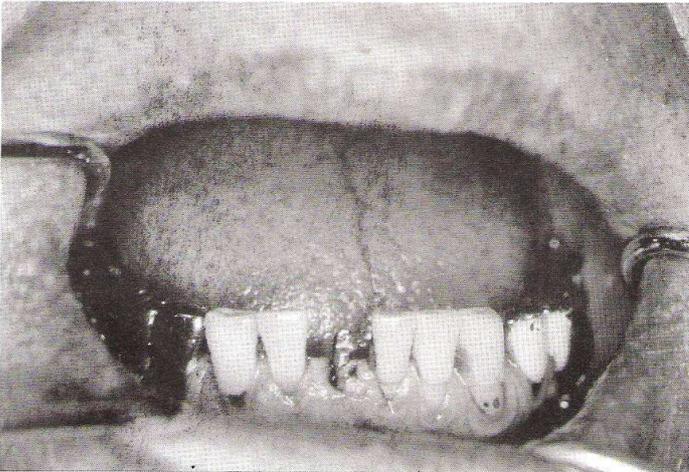


## 2° caso

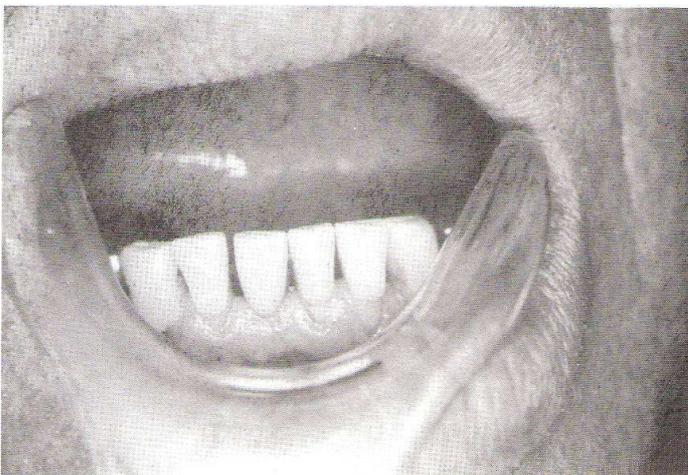
Lussazione di un incisivo inferiore.  
Sostituzione immediata del dente  
avulso con impianto a vite (Figg.  
5-6-7-8).



◀ Fig. 5 - Perdita di un incisivo inferiore per lussazione (foto prima dell'intervento).



◀ Fig. 6 - Applicazione di una vite bicorticale: foto subito dopo l'impianto.



◀ Fig. 7 - Foto dimostrante il buon risultato estetico, senza aver compromesso altri denti adiacenti.

Fig. 8 - Radiografia panoramica di controllo.



### 3° caso

Portatrice di protesi mobile in seguito ad estrazione di dente forse curabile. A guarigione avvenuta (dopo 8 mesi), impianto a vite (Figg. 9-10-11-12).

Fig. 9 - La paziente è portatrice di una protesi mobile per la mancanza dell'incisivo superiore laterale.

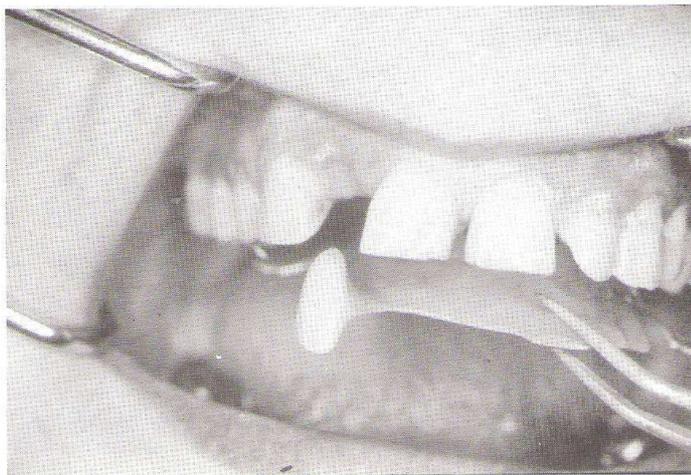
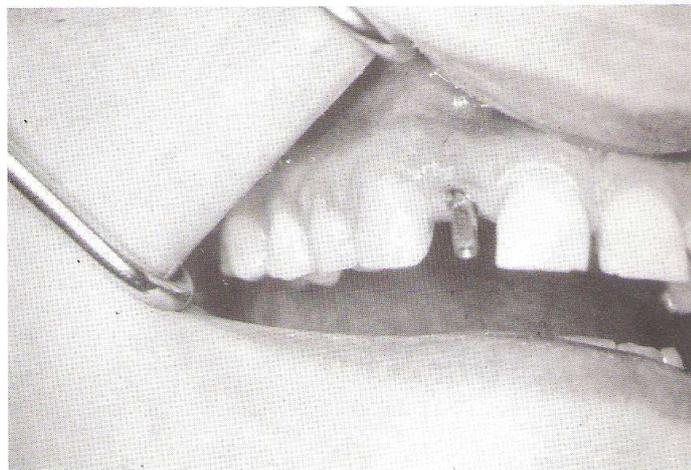


Fig. 10 - Applicazione di una vite bicorticale: foto subito dopo l'intervento.



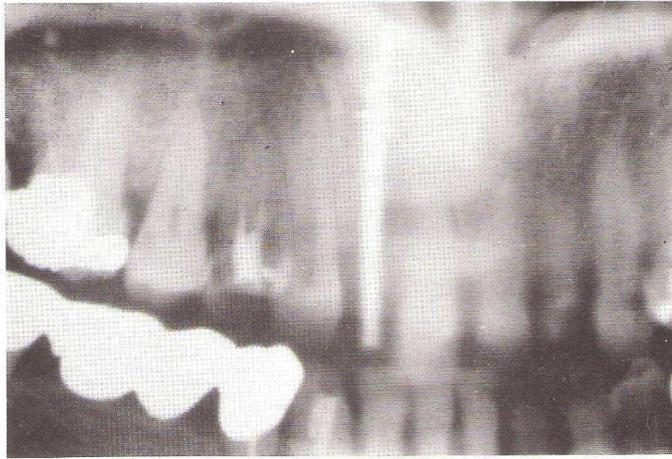


Fig. 11 - Panoramica che mostra fin dove deve giungere la vite.

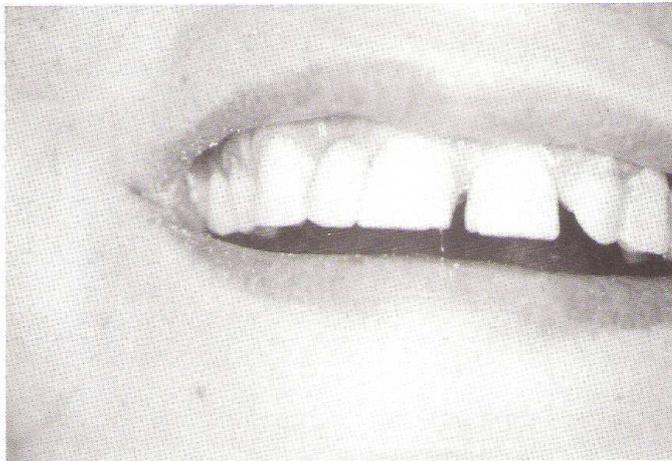


Fig. 12 - Foto finale.