

IV - 2. CAPSULA IMPLANTOLOGICA ALVEOLARE (G. Ceffa)

Il chirurgo implantologo provvede alla preparazione dell'alveolo (1 e 2) dopo questa operazione rileverà una impronta dell'alveolo, e da questa il tecnico adatterà la capsula (queste si troveranno in commercio in varie misure) nella esatta dimensione dell'alveolo.

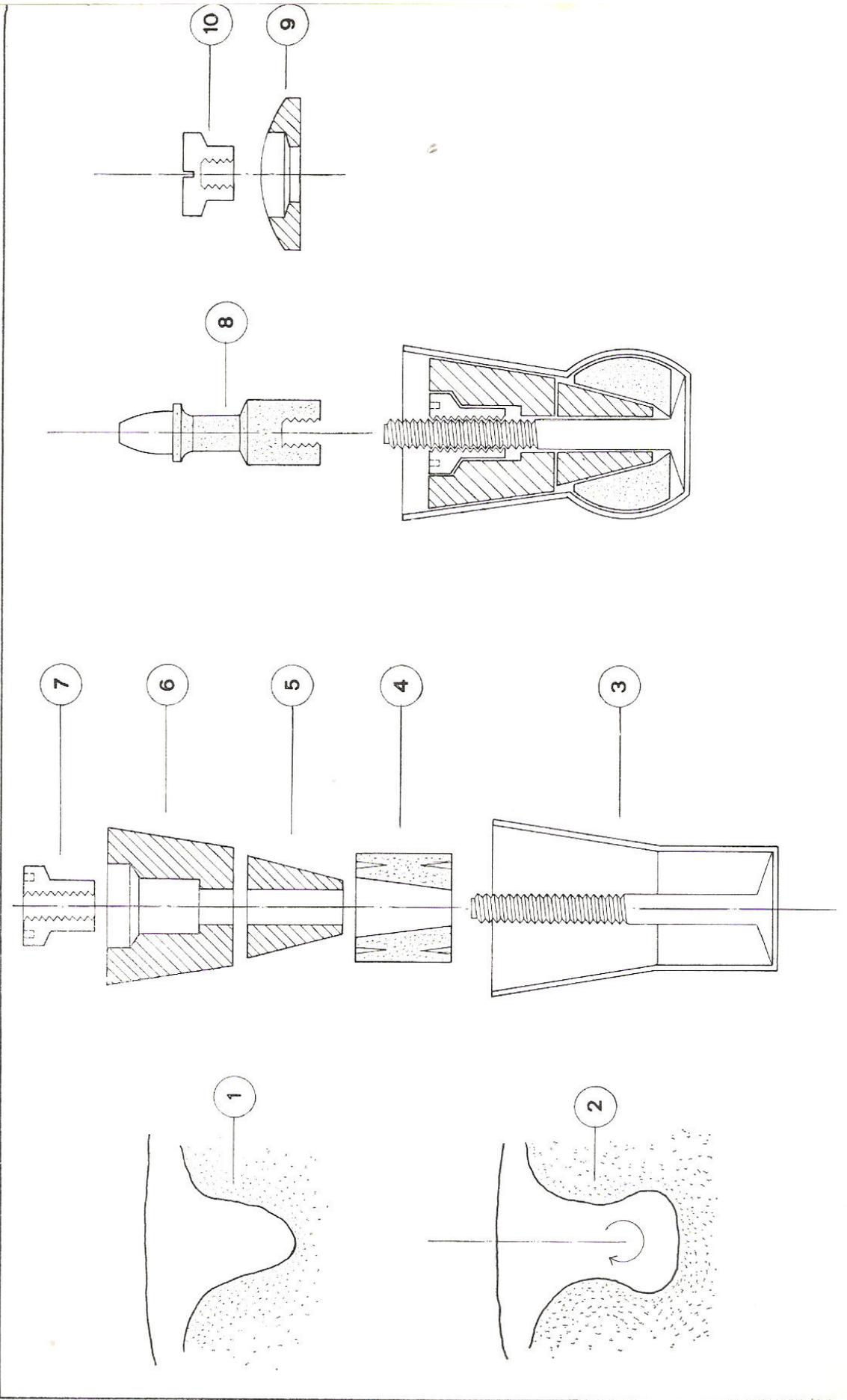
La capsula (3) è costruita in metallo nobile oro puro o platino, e consiste in un cilindro chiuso sul fondo e con una imboccatura leggermente svasata. Nell'interno di questo cilindro, vi è inserito un perno filettato ancorato saldamente sul fondo.

Su questo perno va inserito un cilindretto espansivo (4) sopra questo va inserito il cono di spinta (5) e sopra questo il tappo di chiusura (6) il quale porta una sede per una vite cava (7) la quale avvitata sul perno ne provocherà la discesa spingendo a sua volta il cono di spinta (5), il quale farà dilatare il cilindro di espansione (4) provocando la dilatazione della parte terminale della capsula, la quale prenderà la forma dell'alveolo, preparato chirurgicamente a sottosquadro e bloccando il tutto.

A questo punto, per l'implantologo si presentano due distinte possibilità:

A) Avvitare il perno moncone (8) il quale emergerà dalla cresta gengivale, risultando così un pilastro per la successiva costruzione, da solo o unitamente ad altri, di protesi fissa o rimovibile.

B) Inserire la capsula (9) la quale porta all'interno un nucleo elettromagnetico, fissarla con la vite (10) suturare la ferita, e a guarigione avvenuta costruire una protesi mobile, la quale porterà all'interno uno o più elettromagneti. Questi magneti unitamente a quelli cotto-cutanei, trattenuti dalle capsule, creeranno una forza fra essi, costringendo la protesi mobile ad aderire alla cresta gengivale, stabilizzando così la medesima.



* * *

Tra i vari metodi di implantologia orale endoossea, il sistema a capsula si differenzia per la sua adattabilità fisico-anatomica, e per i seguenti requisiti biomeccanici.

A) Nessuna comunicazione tra il cavo orale e l'osso alveolare, quindi meno pericolo di infezioni postoperatorie.

B) Ad impianto avvenuto la ferita viene suturata senza l'applicazione del perno moncone, e solo dopo un periodo di adattamento e comunque a guarigione avvenuta, verrà inserito il perno pilastro avvitandolo direttamente sulla capsula.

C) La fase operatoria comporta un minimo trauma, e viene eseguita ambulatoriamente con strumenti asettici particolari.

D) La resistenza dell'impianto tanto alla trazione, quanto alla compressione masticatoria, è identica ai denti naturali.

E) Possibilità di sostituire il moncone pilastro con altro perno di differente diametro ed inclinazione.

F) Possibilità di avulsione dell'impianto, smontando i vari pezzi che lo compongono.

G) Rifissazione, nel caso di allentamento dell'impianto, per riassorbimento dell'alveolo o altre cause.

H) Sono sufficienti quattro pilastri per reggere il carico masticatorio di un ponte circolare.

I) Possibilità di stabilizzare le protesi totali mobili, in specie le inferiori, senza utilizzare il perno moncone, questo nei soggetti a facile ulcerazione, o comunque intolleranti a protesi fissa.

Impianto in questo caso solo sottocutaneo, senza fuoriuscita di nessun perno dalla cresta gengivale.

La fissazione della protesi in questo caso, è ottenuta con effetto elettromagnetico.