

III - 2. LA PROTEZIONE DELL'OSTEOGENESI RIPARATIVA CON LA METODICA DEL MONCONE AVVITATO

(U. Pasqualini)

Quando possiamo considerare chiuso il periodo di guarigione delle ferite chirurgiche per l'immissione endoossea degli impianti alloplastici?

Benché sia noto che il manufatto alloplastico — se biologicamente inerte — non interferisce con i processi osteogenetici, quale ruolo vi gioca il suo « perno uscente », non tanto come inevitabile comunicazione con l'ambiente esterno (di cui ci siamo già ampiamente occupati), quanto *come trasmettitore delle sollecitazioni meccaniche?*

E ancora, fino a che punto possiamo supporre fisiologica una sollecitazione che in un altro periodo della guarigione può essere patologica o viceversa?

Nella nostra esperienza, benché di fronte a non poche sconcertanti eccezioni, possiamo prudenzialmente consigliare di bloccare gli impianti o fra di loro o con altri elementi naturali il più precocemente possibile avendo notato che l'immediata protesizzazione (eseguita secondo le regole della gnatologia) contribuisce a diminuire il numero degli insuccessi.

In tali casi (che rappresentano la maggioranza nella casistica della nostra Clinica) dobbiamo orientarci verso l'evidenza di benefiche sollecitazioni provocate dal giusto carico masticatorio o sul riconoscimento di una protezione dell'osteogenesi ad opera della precoce immobilizzazione degli impianti?

In altre parole noi non ci sentiamo di affermare se sia la protesi come bloccaggio e quindi scudo alle sollecitazioni o invece la protesi come sollecitazione per il giusto carico masticatorio a favorire la guarigione.

Il che, tradotto in pratica, significa che noi non sappiamo ancora se costruire delle protesi in occlusione effettiva (riferendoci sempre al periodo di guarigione) o protesi a masticazione temporaneamente esclusa.

Pensiamo che non si possa rispondere separatamente ad ognuno dei due quesiti, perché ciascuno di essi comprende problemi che si estendono all'altro, così che la risposta deve essere comune per ambedue: *temporanea eliminazione del « moncone uscente »*.

Le migliori condizioni per una rapida ed efficiente guarigione delle ferite chirurgiche (con il ripristino del tessuto osseo intorno, al di sopra e attraverso i manufatti alloplastici inclusi) si verificano solo se il manufatto è completamente immerso nella compagine del tessuto osseo, *senza comunicazione con l'ambiente esterno* e ciò non tanto per eliminare la paventata ed in realtà non esistente comunicazione con l'ambiente esterno, *ma per escludere il braccio di leva* che trasmette al manufatto incluso le sollecitazioni dall'esterno e lo sottopone a continue mobilizzazioni.

Infatti risultano adeguatamente bloccate dalla osteogenesi riparativa solo quelle inclusioni alloplastiche che durante il periodo di guarigione delle ferite chirurgiche hanno potuto opporre all'inevitabile traumatismo proveniente dall'esterno, o per la loro posizione in una zona favorevole delle arcate, o per la loro morfologia o per la loro estensione, o per la loro immersione in profondità, una adeguata resistenza.

Da tali considerazioni che derivano dalla nostra esperienza in campo umano, oltre che, come vedremo, da una nostra precedente ricerca in campo animale (*Pasqualini, 1962*) abbiamo ricavato l'idea di questo impianto « a moncone avvitato ».

Esso è scomposto in due parti avvitabili una nell'altra:

una parte ritentiva endoossea (che secondo la morfologia della zona d'impianto può essere costruita secondo una o l'altra delle forme tradizionali) (1) ed *il moncone esterno per la protesi*.

La parte endoossea è priva del « perno uscente ». Al posto di questo, oltre il colletto che dovrebbe continuare con il moncone protesico, c'è una corta sezione filettata intorno o sopra la quale si esegue la sutura.

Nella base del moncone protesico esterno, separato, è ricavata la corrispondente filettatura « femmina » che permetterà la sua futura unione con la parte inclusa *dopo che quest'ultima sia stata bloccata nella compagine del tessuto osseo dall'osteogenesi riparativa* (fig. 182).

In un prossimo lavoro daremo un dettagliato rapporto dei risultati ottenuti con questa nuova metodica in campo umano. Anti-

(1) Cestelli, radici scheletrate, viti, lame, barre subcorticali, lame universali e polimorfe.

ci siamo che almeno fino ad ora con essa abbiamo costantemente ottenuto una valida immobilizzazione degli impianti.

In questa nota preventiva, dopo avere esposto il principio del nuovo impianto « a moncone avvitato », desideriamo invece ricordare la nostra precedente sperimentazione in campo animale da cui abbiamo ricavato le basi scientifiche che ce ne consentirono l'utilizzazione.

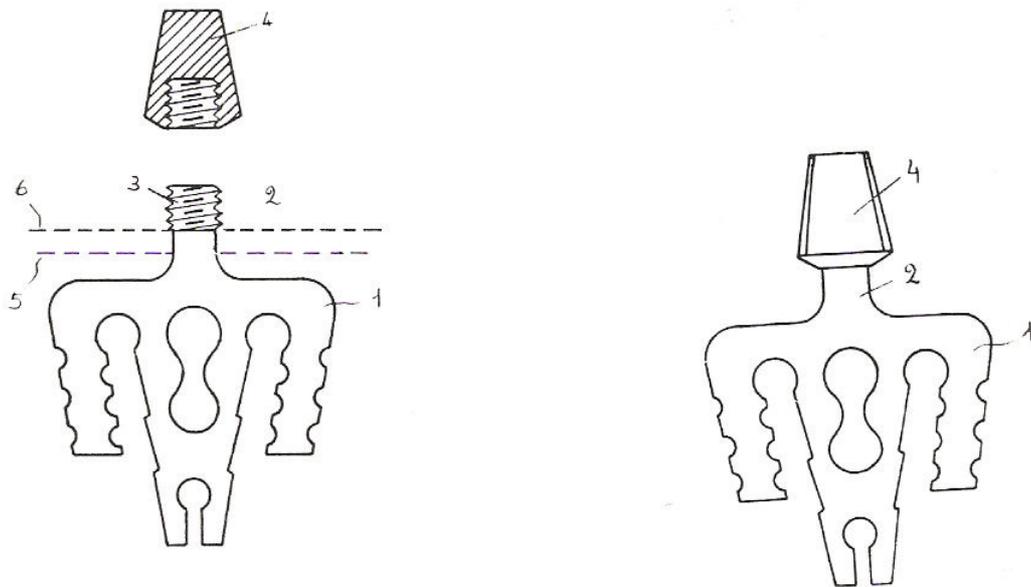
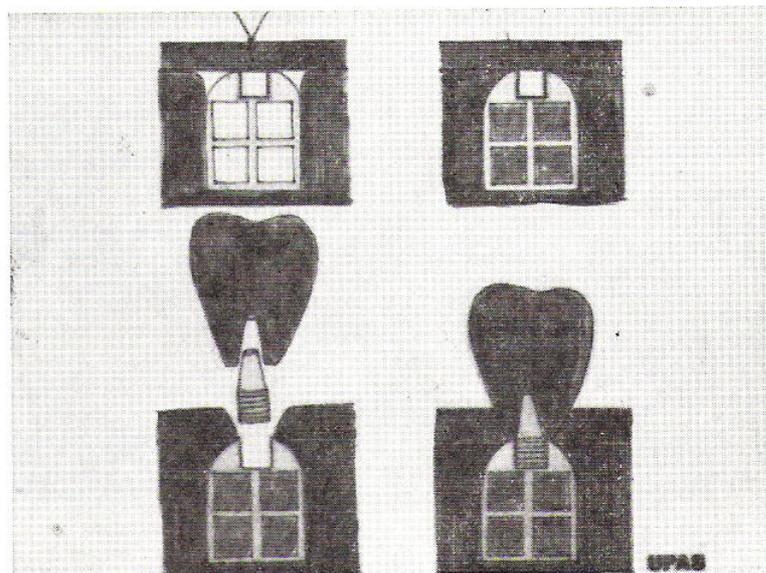


Figura 183

Le figure che seguono sono riprese dal nostro lavoro: *Repertiantomopatologici e deduzioni clinico-chirurgiche di 91 impianti aloplastici in 28 animali da esperimento* (1962).

La figura 175 schematizza il nostro primo metodo dell'impianto « a moncone avvitato » (in un cestello di Pasqualini). Recentemente

Figura 184



mente abbiamo constatato che già *Greenfield* nel 1913, sia pure con qualche trascurabile variante, aveva descritto un metodo simile e ne diamo notizia perché riteniamo doveroso ricordare questo valente e purtroppo poco conosciuto pioniere dell'implantologia.

La figura 185 dimostra come venivano inseriti, a cielo scoperto, questi nostri cestelli nella mandibola del cane.



Figura 185



Figura 186

Essi portavano nella parte superiore una filettatura « femmina » che avrebbe consentito l'ulteriore immissione stabile del moncone esterno.

La figura 186 dimostra come al di sopra di questi cestelli veniva eseguita la sutura protettiva. I controlli autoptici eseguiti a distanza di sei mesi convalidarono le nostre speranze di una corretta ritenzione per osteogenesi riparativa delle breccie chirurgiche necessarie all'introduzione degli impianti (figg. 187-188).

Figura 187

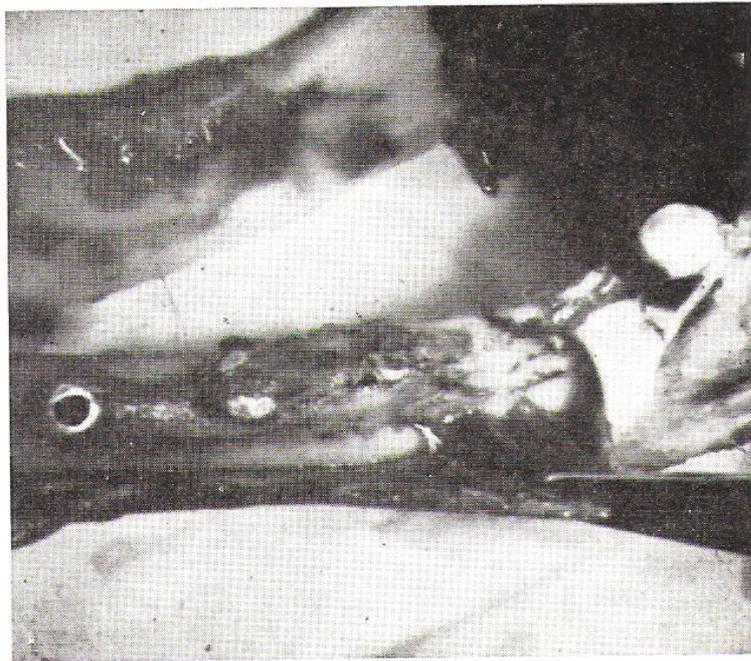


Figura 188



Tale metodo presenta l'inconveniente di una difficile reperibilità dei manufatti inclusi per l'immissione del perno avvitante, sia perché non esiste più alcuna soluzione di continuo, sia perché nella filettatura ricavata all'interno della parte superiore della sezione endoossea penetra del tessuto cicatriziale.

La figura 189 schematizza il metodo con il quale abbiamo eliminato l'inconveniente descritto in precedenza, ricavando la filettatura « femmina » nella base del moncone esterno.

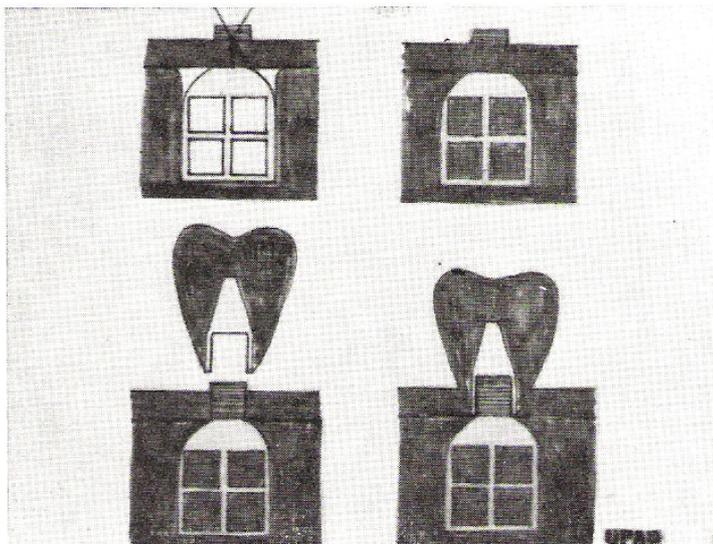


Figura 189

Questo particolare, che non modifica sostanzialmente il concetto, consente un facile ritrovamento della parte superiore del manufatto incluso.

La sutura, secondo il giudizio dell'operatore può essere eseguita sia intorno che sopra la parte filettata.

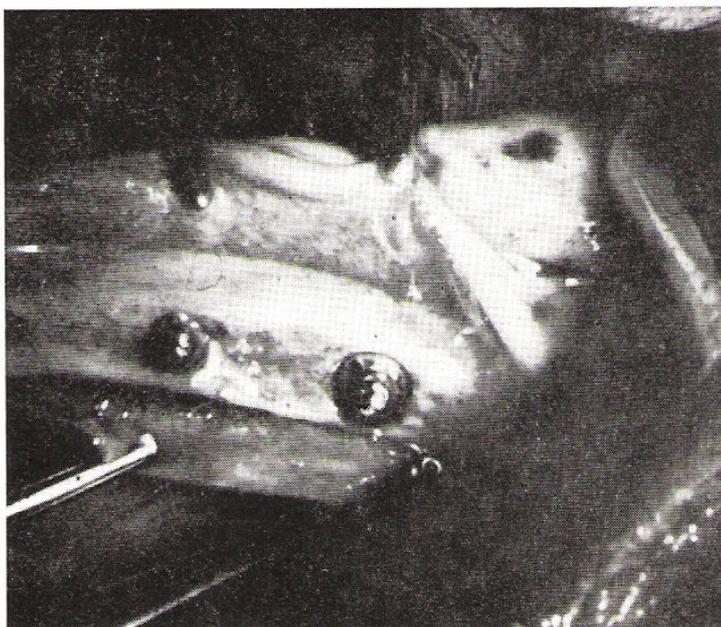


Figura 190

Se la sutura è eseguita al di sopra, per un certo periodo la parte filettata rimane coperta da mucosa normale, che però, con il procedere del tempo, si assottiglia e consente di conseguenza una facile reperibilità del manufatto.

La figura 190 rappresenta due dei sopraddetti cestelli appena inseriti.

Il comportamento della mucosa intorno alla parte filettata è visibile nelle figure 191-192.

Figura 191



Figura 192



Abbiamo anche sperimentato con successo l'introduzione di cestelli tipo Richmond (figg. 193, 194, 195).

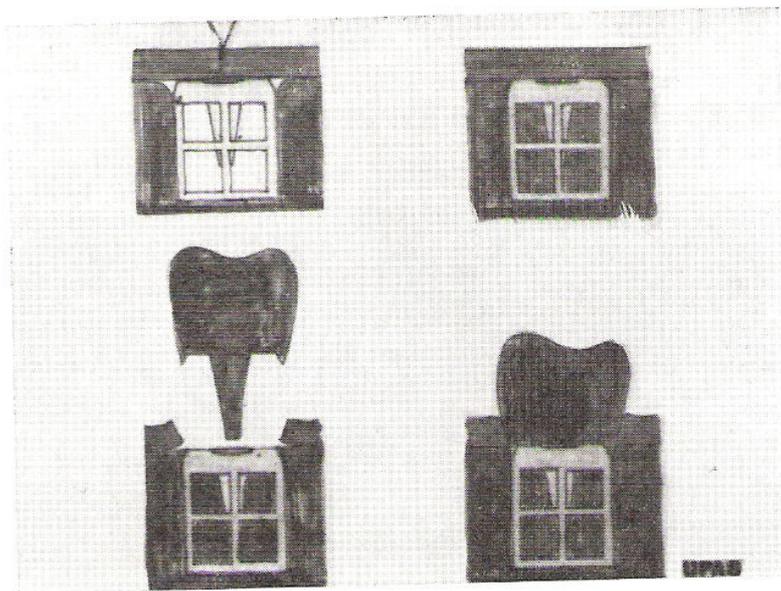


Figura 193

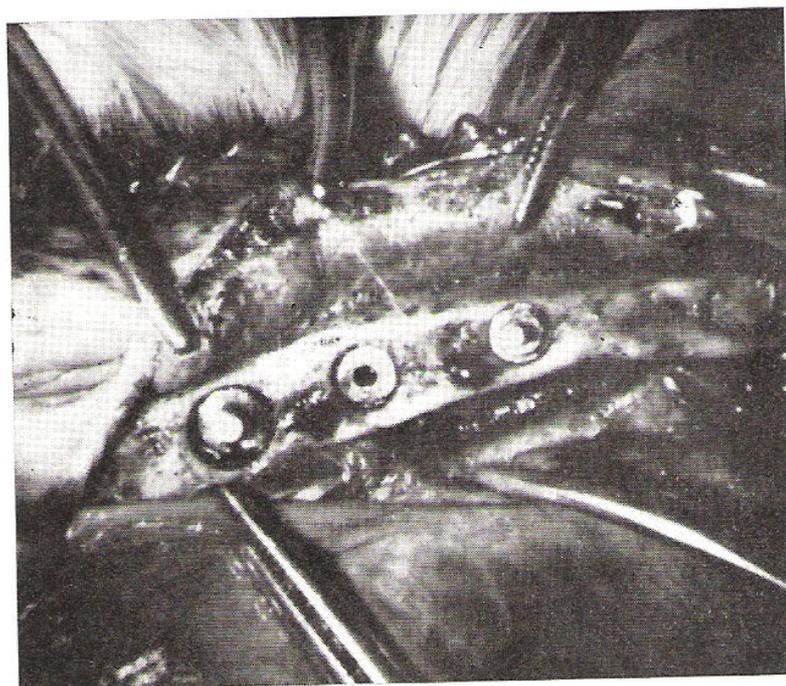


Figura 194

Ma abbiamo comunque dedotto che il metodo più semplice, più pratico e più razionale è quello di provvedere alla costruzione di una corta filettatura al di sopra del dorso della parte da includere.

La figura 196 rappresenta la visione macroscopica dell'ossificazione ritentiva che si ottiene all'intorno, attraverso e al di sopra di manufatti inclusi con tale metodica.

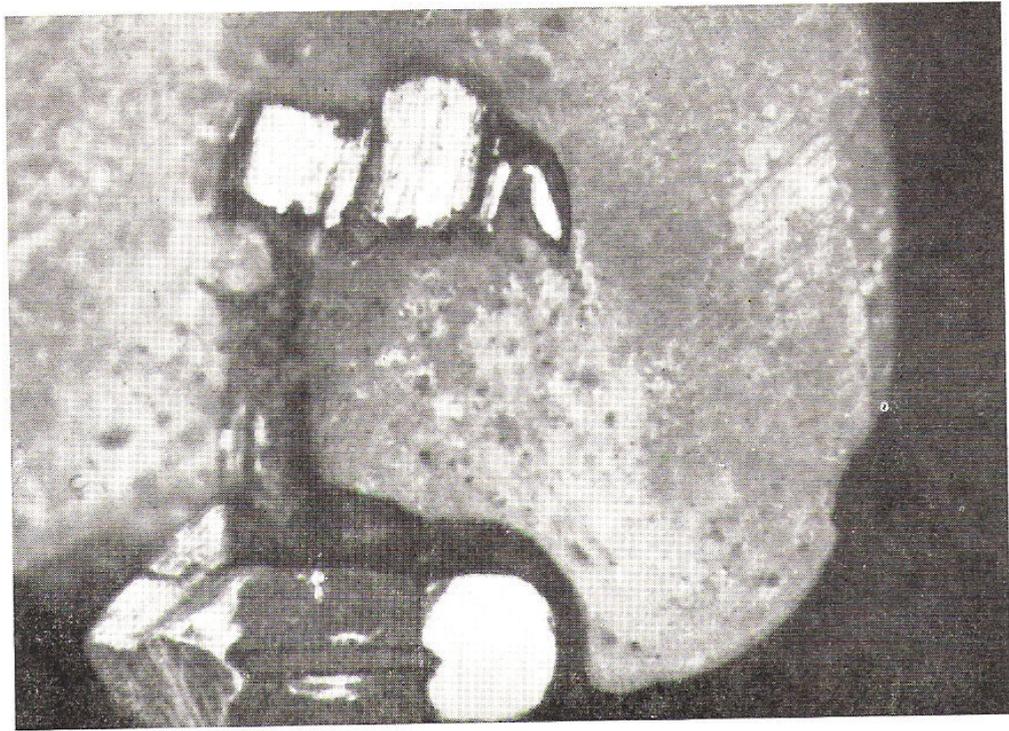


Figura 195

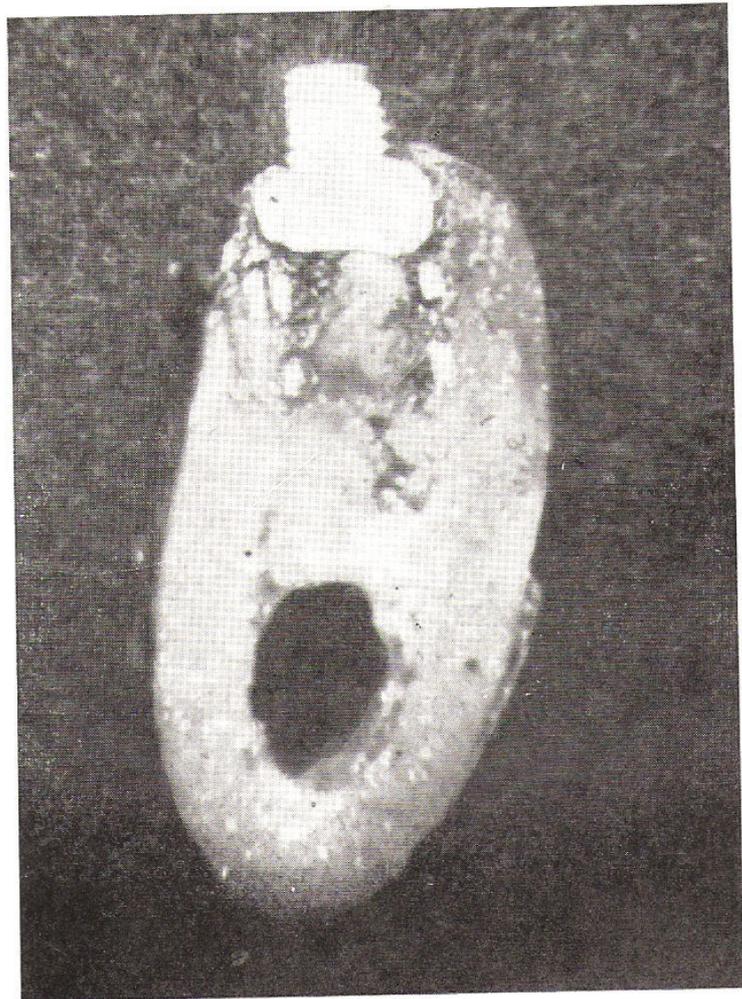


Figura 196