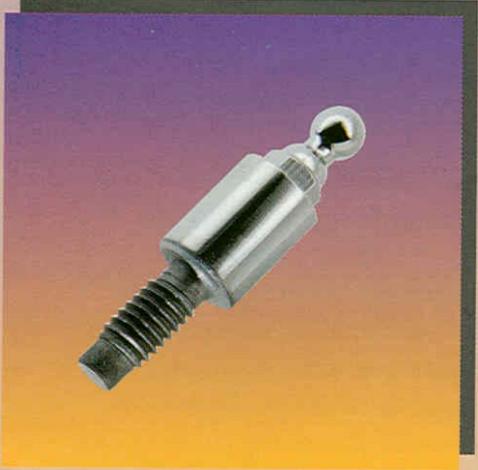
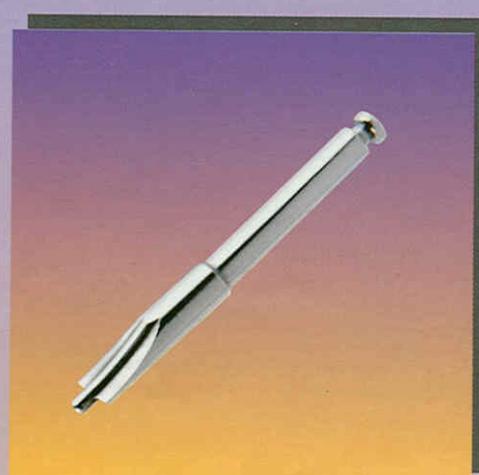


ORALIA FIXA

QUADERNO
DI
IMPLANTOLOGIA



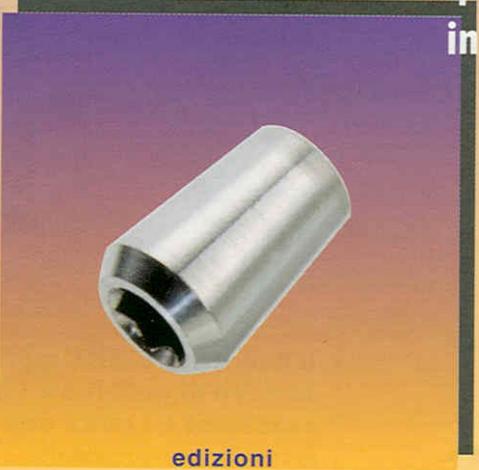
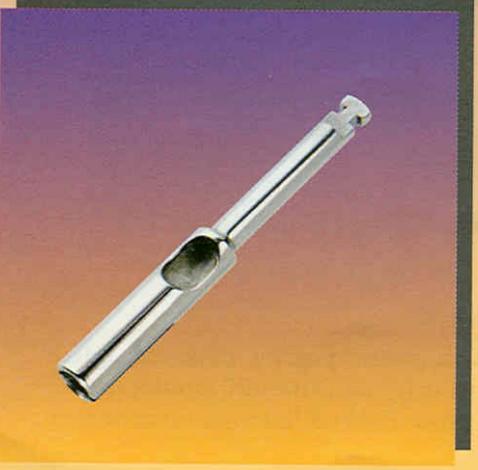
Sped. in abbonamento postale - 45% - art. 2 comma 20b legge 662/96 Filiale di Udine 33100. In caso di mancato recapito rinviare all'Ufficio Ferrovia per la restituzione al mittente che si impegna a pagare la tariffa in vigore



• L'importanza del condizionamento dei tessuti molli per un buon successo in implantoprotesi

• Il parte •

• L'ottimizzazione del tessuto peri-implantare marginale in implantologia sommersa



L'OTTIMIZZAZIONE DEL TESSUTO PERI-IMPLANTARE MARGINALE IN IMPLANTOLOGIA SOMMERSA

La quantità di conferenze e pubblicazioni focalizzate sulla qualità del tessuto peri-implantare è espressione del perfezionamento cui la "parodontologia implantare" sta andando incontro.

Particolare cura deve essere posta nell'intento di ottenere un'anatomia emergente tale da consentire la realizzazione di un'implantoprotesi che sia difficilmente distinguibile da un dente naturale, con il minimo sforzo da parte del paziente.

La tecnica che propongo consente di ridurre al minimo l'impegno chirurgico e di rendere di qualità massima il risultato protesico.

Di norma gli impianti sommersi vengono lasciati a riposo sotto la mucosa per poi reintervenire, dopo aver ottenuto una soddisfacente rigenerazione ossea, per scoprire gli impianti.

Il reintervento comporta una nuova incisione, una nuova sutura e un nuovo tempo di attesa per ottenere la guarigione gengivale.

Chi ha esperienza di implantologia emergente sa tuttavia che gli impianti emergenti possono essere lasciati a riposo per 6 mesi

Dr. Luca Dal Carlo

Libero professionista in Venezia

come i sommersi, ottenendo la medesima stabilità clinica (ed identica qualità di rigenerazione ossea essendo identico il metallo) purchè non entrino mai a contatto con l'occlusione e nelle dinamiche mandibolari e siano protetti dal trauma masticatorio e dalla potente azione vestibolarizzante che la lingua esplica nella deglutizione.

Un presidio efficace nel mettere al riparo gli impianti dall'azione delle forze vestibolarizzanti e masticatorie durante il periodo di integrazione ossea si ottiene con la saldatura.

La variante che propongo è di semplice esecuzione e, oltre a rendere meno pesante per il paziente il procedimento chirurgico, ottimizza il risultato parodontale.

METODICA

Si procede a fare gli impianti sommersi (fig.1) e alla fine del-

l'intervento, invece di mettere le viti tappo, si mettono dei mezzi monconi di titanio, aventi il medesimo calibro del moncone definitivo, ma un'altezza molto più ridotta. Si fanno quindi le suture attorno ad essi (fig. 2).

Fatto ciò, li si saldano tra di loro con la saldatrice endorale e li si fresa in modo da ridurre al minimo la loro emergenza dalla gengiva, compatibilmente con il mantenimento della saldatura, per proteggere gli impianti dai traumi occlusale e masticatorio e dall'azione della lingua.

Saldatura e fresatura vengono effettuate dopo aver completato le suture. Non c'è il rischio di inquinare il campo operatorio. In fig. 3 è visibile la radiografia conclusiva dell'intervento.

Si tolgono i punti dopo 12 giorni. Trascorso il periodo di attesa post-operatorio, si separano con la fresa i mezzi monconi e li si svitano dagli impianti.

Non è necessaria alcuna anestesia. Ci si trova invariabilmente di fronte ad una gengiva splendida (fig.4). Si provano ora i monconi definitivi e li si cementano (fig.5) o si segue la procedura che la tecnica protesica prevede.

Nella stessa seduta, non essendovi sanguinamento, si possono fare le impronte.

Oltre al vantaggio notevole di ridurre l'impegno nostro e da parte del paziente, vi è quello di mantenere senza alcuna perdita la gengiva aderente che ci si era presentata per l'incisione iniziale, senza doverla recuperare con un reintervento.

In **fig.6** vi è la radiografia immediatamente successiva alla cementazione della protesi definitiva.

VANTAGGI

Riassumendo, i vantaggi di questa tecnica sono:

1. Facilità di inserzione dei monconi dopo il periodo di guarigione in un tessuto già pronto a riceverli.
2. Mantenimento della gengiva aderente attorno agli impianti durante il periodo di guarigione, escludendo la necessità del reintervento per riposizionarla attorno al moncone.
3. Riduzione delle sedute e dei fastidi per il paziente.
4. Semplicità di esecuzione.
5. Migliore risultato con estetica difficilmente battibile.

Nelle **fig. 7-8** sono visibili la radiografia conclusiva dell'intervento di inserzione di 4 viti in zona 35-37 e le immagini della separazione dei monconcini.

Nelle **fig. 9, 10, 11** sono colti i momenti successivi allo svitamento dei monconcini in un altro caso.

I POST-ESTRATTIVI

Una situazione in cui c'è particolare indicazione ad applicare questa tecnica è quella in cui si siano messi degli impianti post-estrattivi.

La saldatura consente di modella-

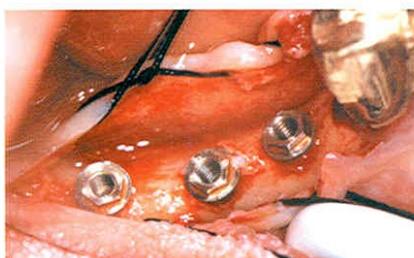


Fig. 1



Fig. 2

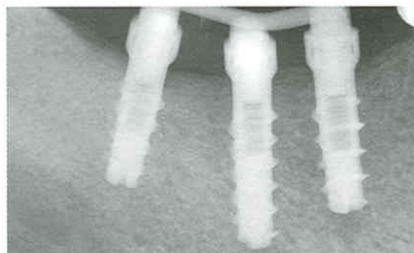


Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

re senza alcuno sforzo la mucosa attorno al collo.

Le **foto 12 e 13** sono la radiografia fatta prima dell'estrazione di un dente compromesso e la foto fatta dopo l'inserzione di 2 viti immediatamente dopo l'estrazione; successivamente viene eseguita una zeppatura degli alveoli con un material ea base di idrossila-

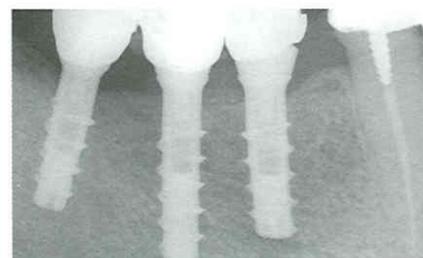


Fig. 6

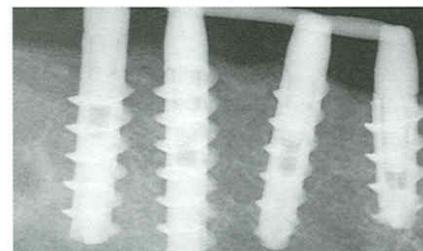


Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9

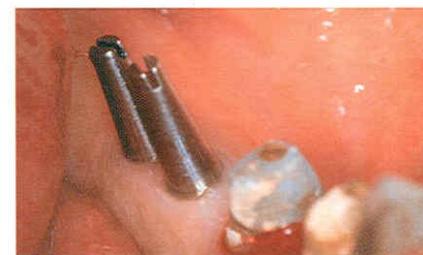


Fig. 10

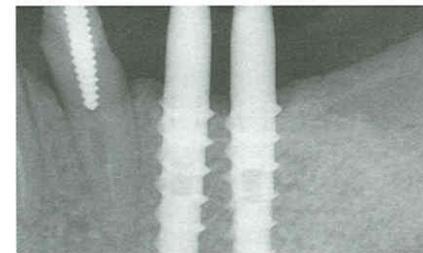


Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13

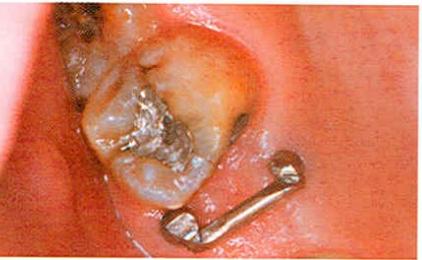


Fig. 14



Fig. 15

patite, collagene e glicosaminoglicani. Nelle **foto 14 e 15** sono visibili la situazione prima di svitare i monconcini e dopo aver cementato i monconi definitivi. La **foto 16** è relativa al giorno della cementazione della corona protesica.



Fig. 16

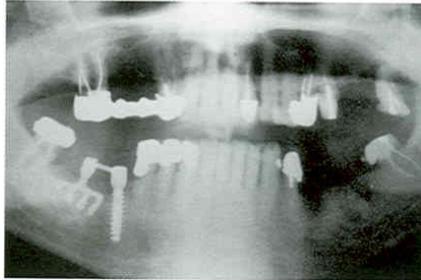


Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20

CONFRONTI CON LE ALTRE TECNICHE

L'eccezione che chi fa impianti sommersi può muovere rispetto a questa tecnica riguarda il fatto che sia possibile presumere che durante il processo di integrazione degli impianti vi sia una mag-

giore recessione ossea orizzontale in conseguenza della presenza dei monconcini emergenti dalla gengiva.

I risultati clinici dimostrano tuttavia che essa è pari, se non minore, a quella che si ha mettendo gli impianti sepolti sotto la gengiva e reintervenendo per scoprirli.

Nella **foto 17** è visibile la radiografia post-operatoria di un impianto a vite sommersa e di un impianto a lama.

Nelle **foto 18 e 19** vi sono due momenti della separazione dei monconcini, dello stato delle mucose dopo il loro svitamento e dell'inserzione dei monconi definitivi.

Foto 20 è la radiografia fatta subito dopo, dalla quale si evince il fatto che la recessione ossea orizzontale è stata probabilmente minore di quella che si sarebbe ottenuta con la tecnica che prevede la guarigione sottomucosa.

IMPLANTOLOGIA EMERGENTE

Qualcuno potrà chiedersi perché non fare direttamente degli impianti emergenti saldandoli tra di loro, per poi separarli dopo il periodo di guarigione, prepararli e protesizzarli come si fa con i denti naturali.

Questa soluzione comporta tuttavia il fatto di avere già, subito dopo l'intervento, una lunghezza dei monconi pari a quella definitiva, il che è spesso sconsigliabile se il tessuto osseo in cui sono infissi non da garanzie di stabilità nei confronti della pressione che la lingua esercita sui monconi in deglutizione.

Inoltre pone problemi nel caso in cui si sia programmato di mettere durante il periodo di guarigione un provvisorio che passi al di

sopra dei monconi senza gravare su di essi.

Non è infine compatibile con protesi avvitate.

SVANTAGGI

1. Presenza di una piccola parte emergente che, nel caso in cui vi sia macroglossia, rapporto corona-radice sfavorevole e scarsa densità di tessuto osseo, può determinare una leva sfavorevole sugli impianti. In questi casi è meglio lasciare gli impianti ad integrarsi sepolti sottogengiva.
2. Possibilità che, nel caso in cui la struttura emergente dopo l'intervento non sia sufficientemente liscia, si determini la formazione di ulcere linguali o del pavimento orale, la cui regressione può essere indotta medicandole con acido tricloroacetico ed eliminando le asperità.

CONCLUSIONI

L'impegno di una tecnica volta a migliorare il risultato peri-implantare riducendo i tempi operatori e le sedute consente di accelerare e semplificare la protesizzazione degli impianti.

Uso questa tecnica da 4 anni e ne sono entusiasta per l'effettiva semplicità di cui il procedimento beneficia.

Si può applicare a qualsiasi impianto sommerso, purchè la trousse preveda la presenza di monconi in titanio che possono essere, ad esempio, i monconi di guarigione.

L'incisione deve essere fatta a centro cresta, mantenendo ai suoi lati un adeguato spessore di gengiva aderente.

Gli impianti devono essere posizionati con il colletto a filo della cresta o leggermente al di sopra di essa, tenendo in debita considerazione il fatto che, per ottene-

re un risultato estetico soddisfacente, devono essere 3-4 mm, più profondi della giunzione amelocementizia dei denti adiacenti.

La saldatura è un procedimento rapido ed atraumatico, che non inquina il campo operatorio.

La tecnica sopra descritta non ha alcuna influenza sulla prognosi di durata dell'implantoprotesi che viene in seguito realizzata, nè in senso negativo, nè in senso positivo.

SUMMARY

The Author presents the proceedings he uses to increase the quality of the soft periodontal tissues around the neck of the implants simplifying the steps to attain the definitive prosthesis. Some clinical cases accompany the theoretical treatise on the subject. ◆

BIBLIOGRAFIA

1. Buser D., Weber H.P., Donath K., Fiorellini J.P., Paquette D.W., Williams R.C.: Soft Tissue Reactions to Non - Submerged unloaded Titanium Implants in Beagle Dogs - Journal of Periodontology 1992, 63
2. Calandriello M., Carnevale G., Ricci G.: Parodontologia - Cides Odonto Editrice 1986, pagg. 360-362
3. Carranza Fermin A. Jr.; Glickman's parodontologia Clinica - Piccin 1990, pag. 72
4. Cochran David L., Hermann Joachim S., Schenk Robert K., Higginbottom Frank L., Buser D., Biologic Width around Titanium Implants. A Histometric Analysis of the Implanto-Gingival Junction around unloaded and loaded Nonsubmerged Implants in the canine mandible - Journal of Periodontology, Volume 68, n° 2/1997
5. De Luca M., Mangano C., Gatto R., Venini G.: L'impiego del Titanio in Implantologia - Il dentista moderno, UTET, n° 3/1988, pag. 531
6. Hruska Arturo R.: Fusioni in Titanio e Saldatura Endorale - Il Dentista Moderno, UTET, n°3/1989, pag.623
7. Kinoshita Shiro: Atlante a colori di parodontologia - Piccin 1987, pag 63
8. Linde Jan: Parodontologia - Edì Ermes 1984, pag. 360
9. Massironi D., Battistelli A., Pascetta R.: La precisione nella restaurazione protesica - resch Editrice 1993, pag. 87
10. Mondani P.L., Mondani P.M.: La Saldatrice Elettrica Endorale di Pierluigi Mondani - Odontostomatologia e Implantoprotesi, n° 4/1982, pag.87
11. Pasqualini U.: Le patologie Occlusali - Masson 1993, pag.35
12. Sailer Hermann F., Pajarola Gion F.: Chirurgia Orale - Masson 1997, pag 34
13. Schwartz-Arad D., Chaushu G.: The Ways and Wherefores of Immediate Placenment of Implants Into Fresh Extraction Sites: A Literature Review - Journal of Periodontology, 1997, vol. 68, n°10
14. Simonato F.: Scienza dei Materiali Dentari - Piccin 1996, pag 1996, pag.929
15. Spiekermann Hubertus: Implantologia - Masson 1995, pag. 273
16. Tasca G.: Implanto-Protesi, la Clinica e il Laboratorio - Rivista di Odontoiatria degli Amici di Brugg n° 4/1997 - Masson, pag. 221
17. Urbani G., Cavalleri G., Filippini P., Cortina P., Pachor M.: Le ulcere orali ricorrenti - Il Dentista Moderno, UTET, n° 4/1988, pag 698
18. Weber H.P., Buser D., Donath K.: Comparison of Healed Tissues adjacent to Submerged and Non - Submerged unloaded Titanium Dental Implants. A Histometric Study in Beagle Dogs - Clin Oral Impl Res 1996; 7: 11-19