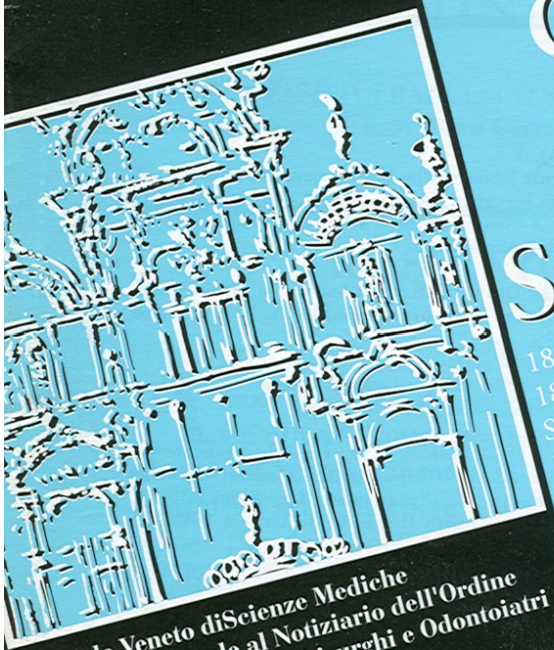
1.2000

Giornale Veneto di Scienze Mediche



Giornale Veneto diScienze Mediche
Inserto redazionale al Notiziario dell'Ordine
Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
di Venezia n. 4/2000
Periodico bimestrale Spedizione in abb. postale
Art. 2 comma 20/b legge 662/96 Filiale di
Venezia
Non vendibile separatamente

1834 -1850: Giornale per Servire ai Progressi della Patologia e della Materia Medica - 1850 - 1879: Giornale Veneto di Scienze Mediche - 1884 - 1915: Rivista Veneta di Scienze Mediche - 1927 - 1930 : Giornale Medico dell'Ospedale Civile di Venezia - 1931 - 1944: Giornale Veneto di Scienze Mediche - 1946 - 1955: Giornale di Scienze Mediche - 1956...: Giornale Veneto di Scienze Mediche.

MINI-RIALZI DI SENO: UTILITA' PRATICA E RISCONTRI RADIOGRAFICI DI SUCCESSO

LUCA DAL CARLO
libero professionista in Venezia

La cresta ossea sottostante il seno mascellare non ha talora profondità sufficiente a consentire l'inserzione di impiantifunzionalmente validi. La valutazione sulla lunghezza di impianto necessaria va fatta in ragione della protesi fissa che l'anatomia del paziente imporrà all'operatore di realizzare, per cui impianti che in una sede anatomica sono sufficientemente lunghi, in un'altra sede non lo sono, in quanto è prevedibile che la concentrazione nell'area di tessuto osseo che avvolge l'impianto delleforze originanti dallafunzione conduca tale tessuto a sofferenza.
Nei casi in cui vi sia una scarsa profondità ossea dovuta all'espansione del seno paranasale, vi è il modo di riuscire ad ottenere un aumento di superficie di contatto osso-impianto inducendo una neoformazione ossea che ne includa l'apice.
La tecnica prevede la dislocazione del disco di tessuto osseo corticale che si trova all'apice del foro in cui andrà ad inserirsi l'impianto, assieme all'endostio, che non deve essere lesionato.
Al di sotto della tenda di tessuto endostale che è mantenuta sollevata dall'impianto, il coagulo si organizza ed ha lentamente luogo la neoformazione di tessuto osseo (figura 1).

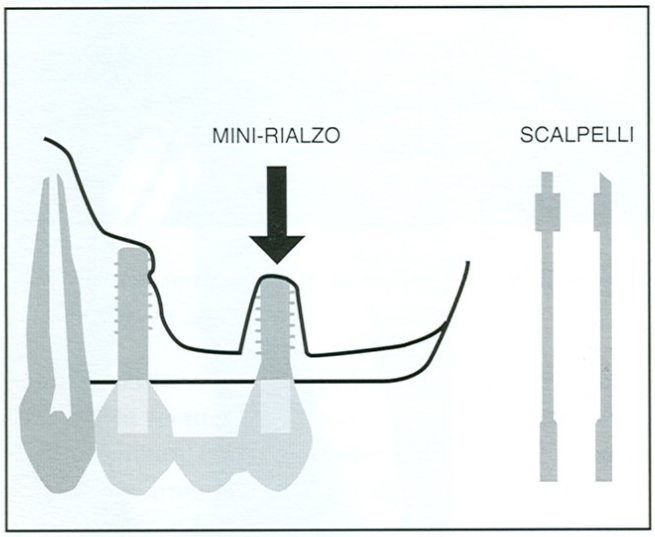


Fig. 1

La dislocazione viene effettuata utilizzando due scalpelli appositi

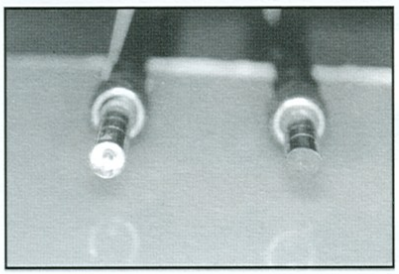


Fig. 2: Scalpelli da mini rialzo - vista frontale

Uno dei due ha la punta a becco di flauto. Lo si utilizza per primo facendo seguire ad ogni percussione una rotazione assiale, in modo da incidere il tessuto cortìcale.
Il secondo scalpello ha la punta rotonda e concava, adatta ad accompagnare in senso apicale il disco di tessuto osseo inciso senza ledere il delicato tessuto endostale.

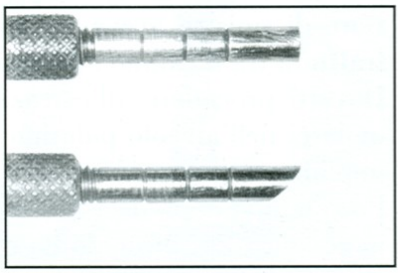


Fig. 3: Scalpelli da mini rialzo - vista laterale

L'integrità dell'endostio viene verificata con la manovra di Valsalva.
Di norma si decide per questo tipo di soluzione quando ci sono tra i cinque e i nove mm. di osso in profondità, in casi estremi anche se ci sono solo 3 o 4 mm.
E' consigliabile usare viti che abbiano il collo che si allarga in senso coronale in modo da scongiurare il pericolo di penetrazione dell'impianto nel seno, pericolo che aumenta se c'è poca profondità ossea, cresta larga ed osso cedevole.
L'immagine radiografica di tessuto osseo che, man mano che passa il tempo, si addensa sempre di più attorno alla porzione apicale dell'impianto, è un dato che dissipa i dubbi sulla validità dei principi che hanno condotto all'ideazione della tecnica.

1° Caso:
Il paziente D.F., dell'età di 47 anni, portava una protesi fissa "circolare" superiore, con il secondo premolare ed il primo molare superiori di sinistra

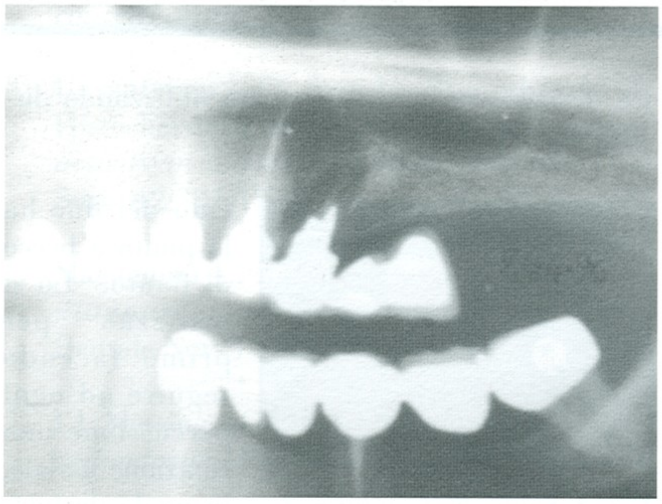


Fig. 4

in estensione (Fig. 4). Il primo premolare superiore di sinistra aveva ceduto e la protesi si era fraftmta tra il canino e l'incisivo laterale.
Dovetti procedere all'estrazione del primo premolare, nell'alveolo palatino del quale inserii un impianto a vite sommersa.
Poco tempo dopo decisi di attuare un mini-rialzo in zona 25-26, in modo da realizzare un pilastro valido su cui ancorare una nuova protesi fissa (Fig. 5, 6 e 7).
E' interessante notare la neoformazione di tessuto attorno alla porzione apicale dell'impianto inserito in zona 25-26 (Figg. 7 e 8).

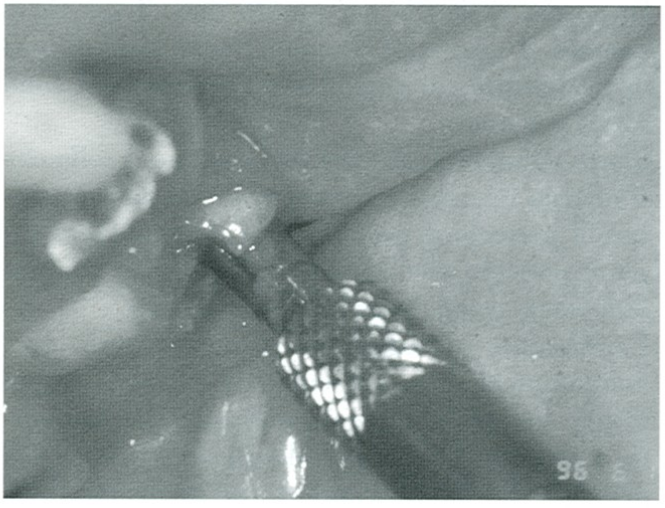


Fig. 5: lo scalpello da mini-rialzo in sede

Fig. 6: La manovra di Valsalva negativa

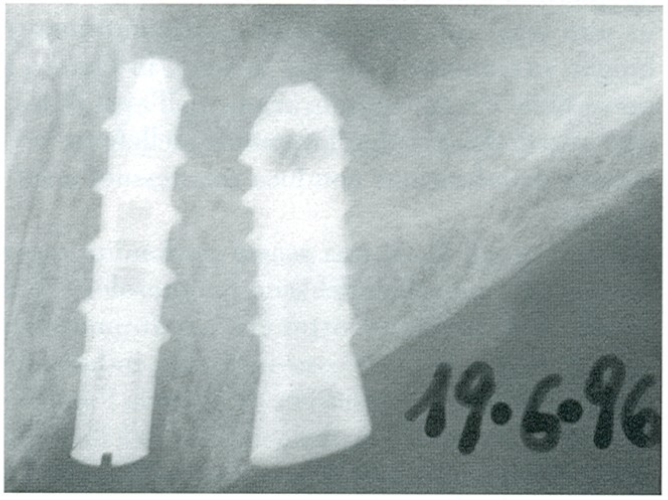


Fig. 7: Il confronto tra la radiografia di fine intervento (fig.8) e la radiografia eseguita sette mesi dopo, al momento della cementazione del moncone definitivo, consente di apprezzare la presenza del tessuto osseo neoformato attorno alla parte apicale dell'impianto.

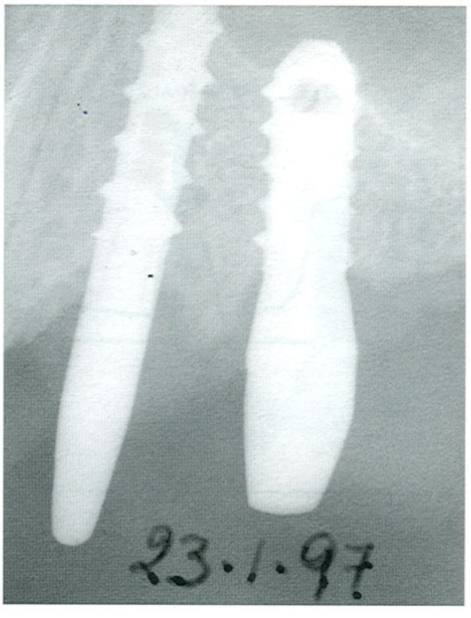


Fig. 8

2' Caso: La paziente R.G., dell'età di 55 anni, presentava un'edentulia distale superiore destra. Il rapporto anatomico con l'antagonista era di inversione occlusale, il che da alcuni autori è considerato compatibile con la fisiologia stomatognatica se non causa interferenze nei movimenti laterali della mandibola.
Decìsi quindi di procedere all'inserzione di tre impiani a vite sommersa, nel tuber, in zona 17 ed in zona 16, dove la scarsità della dimensione ossea verticale rendeva indicata l'attuazione di un minirialzo (Fig. 9-14).

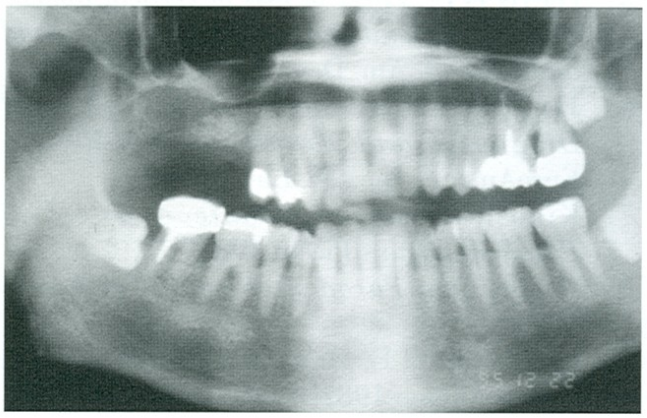


Fig. 9: Ortopantomografia preoperatoria

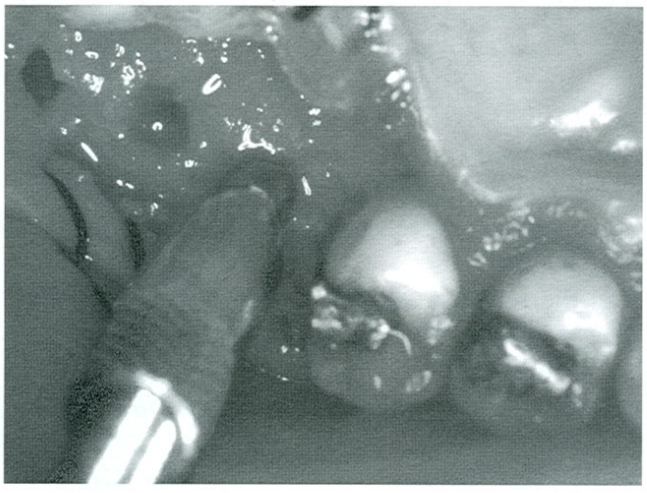


Fig. 10: Lo scalpello da mini-rialzo nell'alveolo chirurgico in zona 16

Una considerazione d'obbligo per quanto riguarda questa tecnica riguarda il fatto che viene sempre applicata come tentativo, poiché nel caso in cui vi sia una lacerazione dell'endostio durante l'intervento e la profondità ossea sotto la corticale del seno sia esigua, può essere consigliabile rinunciare all'impianto in quella sede.
Conviene di conseguenza programmare il mini-

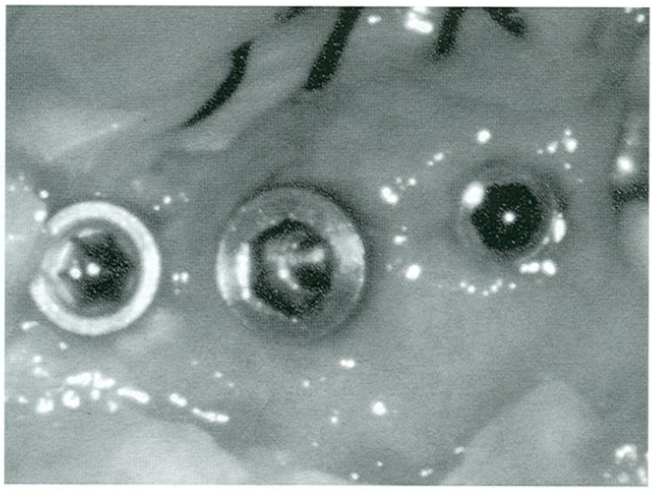


Fig. 11: Aspetto clinico dopo l'inserzione degli impianti

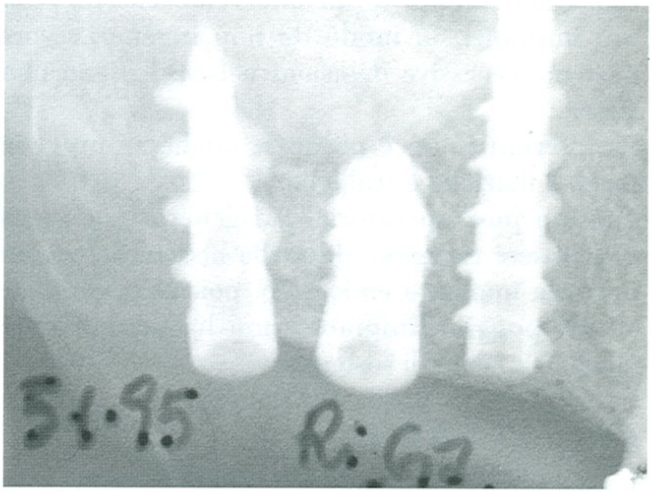


Fig. 12: La radiografia post-operatoria evidenzia un rialzo del seno in zona 16 di circa 8 mm.

Fig. 13: La protesi fissa fotografata dopo la cementazione definitiva. Notare l'inversione occlusale.

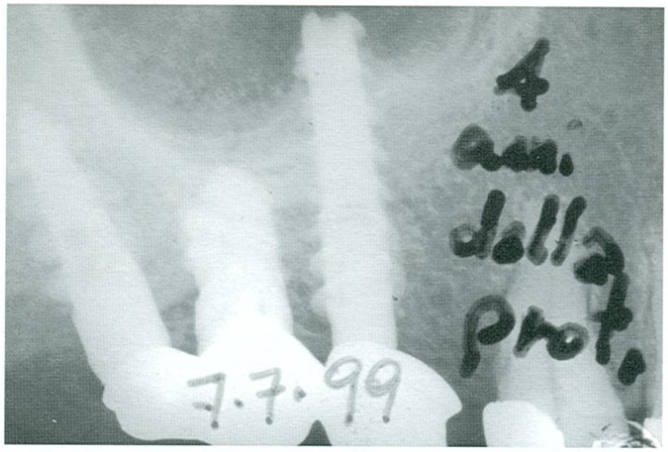


Fig. 14: Notare come si possa apprezzare un effettivoguadagno osseo di tessutoattorno all'apice dell'impianto inserito con la tecnica del minirialzo a 4 anni e mezzo dall'intervento.

rialzo nell'ambito di un intervento che preveda più impianti, in modo da non ingenerare nel paziente eccessive delusioni nel caso in cui non riesca.
L'intervento non è pesante, anche se prevede l'uso di martello e scalpello.
L'attesa post-operatoria di rigenerazione ossea deve essere maggiore di quella necessaria per un normale impianto endoosseo, poiché la corticale su cui poggia l'impianto non ha inizialmente alcuna capacità di sostegno.

CONCLUSIONI

La possibilità di prendere in considerazione aree di tessuto in cui fino a poco tempo fa era impensabile programmare l'inserzione di validi pilastri implantari allarga la schiera di pazienti che possono beneficiare di riabilitazioni protesiche fisse nell'arcata superiore.
L'effetto tenda ottenuto utilizzando gli stessi impianti per tenere sollevata la membraria sinusale, staccata con delicatezza utilizzando gli scalpelli appositi, consente la neoformazione di osso attorno alla porzione apicale degli impianti, apprezzabile all'esame radiografico.

SUMMARY

The Author describes the advantages that it is possible to get lifting the sinus membrane w'th the scalpels. The radiographic images of two cases show the bone growth around the apical part of the implants.

Bibliografia:

1) Bartolucci E.G.: *Atlante di Chirurgia Periimplantare* - RC Edizioni Scientifiche, 1997;
2) Calandriello M., Carnevale G., Ricci G.: *Parodontologia* - Cides Odonto Editrice, 1986;
3) Carranza Fermin A. Jr.: *Glickman's Parodontologia Clinica* - Piccin 1990;
4) Fallschussel G.K.H.: *Impiantologia Odontoiatrica - Scienza e Tecnica* Edizioni Internazionali Milano 1996;
5) Harris H.L.: *Effect of loss of vertical dimension on the anatomic structures of the head and neck* - J. Am. Dent. A., 25:175, 1938;
6) Jankelson R.R.: *Neuromuscolar Dental Diagnosis and Treatment* - Ishiyaku EuroAmerica Inc., St. Luis 1990;
7) Kinoshita Shiro: *Atlante a colori di Parodontologia* - Piccin 1987;
8) Linde Jan: *Parodontologia* - Edi Ermes 1984;
9) Lloyd Dubrul E.: *Anatomia Orale* - E.E. edi errnes, Milano 1982;
10) Manzoni T.: *Fisiologia dll'Apparato Stomatognatico* - USES Edizioni Scientifiche Firenze 1982;
11) Martinez M., Aguilar T., Barghi N., Rey R.: *Prevalence of TMJ clicking in subjects with missing posterior teeth* - J. Dent. Res. 63 (1994), 345 (abstract n.1568);
12) Nc Neill C.: *L'occlusione - Basi Scientifiche e Pratica Clinica* - Scienza e Tecnica Dentistica Edizioni Internazionali srl Milano 1999;
13) Pierazzini A.: *Implantologia* - UTET 1992;
14) Ramfjord S., Ash M.: *L'occlusione* - Piccin 1969;
15) Rohen J.W, Yokochi C.: *Anatornia Umana* - Piccin 1997;
16) Sailer Hermann F., Pajarola Gion F.: *Chirurgia Orale* - Masson 1997;
17) Schwarz-Arad D., Chaushu G.: *The Ways and Wherefores of immediate Placement of Irnplants into fresh extraction sites: a Literature Review* - Journal of Periodontology n.10/1997;
18) Spiekerrnarm Hubertus: *Implantologia* - Masson 1995;
19) Tilmann B.: *Atlante di Anatomia Odontoiatria e Medicina* - RC Edizioni Scientifiche Milano 1997.