

Giornate Mediterranee *di Implantoprotesi a carico immediato e differito*

NAPOLI
Centro Congressi
Università Federico II
26-27-28 novembre 2009

ATTI

A.I.S.I.

Via Indipendenza, 56 - 40121 Bologna - tel. 051 4210755 - fax 051 4213987
www.aisiitalia.com - e-mail: info@aisiitalia.com

**CINQUE TECNICHE
PER L'ATROFIA POSTERIORE INFERIORE
ATTUABILI DALL'ODONTOIATRA**

***FIVE IMPLANT DENTISTRY TECHNIQUES
FOR POSTERIOR INFERIOR ATROPHY***

Dr. Luca DAL CARLO

PAROLE CHIAVE

Atrofia, compliance, affidabilità.

KEY WORDS

Atrophy, compliance, duty.

ABSTRACT

Trattamento delle atrofie del settore posteriore mandibolare.

Il settore posteriore atrofico della mandibola è il punto debole della riabilitazione implanto-protesica standard. Infatti, con l'implantologia più diffusa a livello commerciale non è possibile trattare le atrofie posteriori. Accelato che una corretta relazione mandibolo-mascellare può sussistere solamente in presenza di protesi fisse supportate da impianti, in grado di esplicitare un'opposizione efficace all'azione elevatoria della muscolatura, la scienza odierna deve orientarsi su soluzioni che escono dagli standard sia in termini di scelta dell'impianto che di trattamento chirurgico della sede ossea.

Dall'analisi delle diverse tipologie di atrofia traggono indicazione diverse scelte terapeutiche. Si descrivono le principali soluzioni attuabili dal dentista libero professionista ed i limiti oltre i quali è consigliabile affidarsi al chirurgo maxillo facciale.

Le atrofie distali inferiori con profondità ossea sopra il canale alveolare inferiore ai 7 mm, sono ancora oggi il punto dolente della riabilitazione con impianti.

Tuttavia, analizzando le diverse conformazioni della cresta e qualità e densità dell'osso, è possibile individuare soluzioni per il trattamento anche di queste atrofie. Alcune soluzioni implantari sono attuabili dal solo odontoiatra, altre necessitano della collaborazione del chirurgo maxillo facciale.

Con questa relazione intendo descrivere alcune soluzioni attuabili dal solo odontoiatra, basate sul massimo sfruttamento del tessuto osseo residuo e dotate di un buon rapporto sforzo/beneficio.

Inferior posterior atrophies with bone depth above the inferior alveolar canal less than 7 mm, are still today the weak point of implant dentistry.

By analyzing both the different ridge morphologies and quality and density of the bone, it's possible to select possibilities to treat these atrophies too.

Some of these solutions are competence of the lone dentist, for others it's necessary

to collaborate with a maxillo facial surgeon.

The techniques here described allow to treat difficult cases in the dental office, with a good effort/benefit ratio.

These techniques are applied by using EDE (Endosseous Distal Extension), a particular way of using ramus blade implants, needle bicortical implants, Surov implants (an implant shaped as a J), wide coils screw implants, subperiosteal implants. Every technique described has its particular indication.

PREMESSA

Il primo aspetto da valutare è l'opportunità o meno di impegnarsi per andare a risolvere situazioni così difficili.

Per fare questo è necessario portare l'attenzione sulla salute dell'apparato stomatognatico in toto, prefiggendosi il fine di restituire al paziente la funzionalità perduta. Il ripristino di una corretta dimensione verticale, con una dentatura in grado di opporsi in modo efficace all'azione elevatoria dei muscoli, la fisiologia della situazione articolare, il mantenimento del tono muscolare, la sensazione di naturalezza percepita dal paziente, sono possibili solamente realizzando protesi fisse supportate da impianti anche nei settori posteriori.

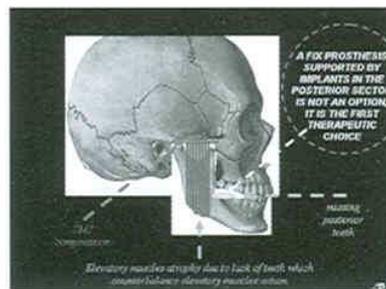


Figura 1

La mancanza dei denti posteriori determina perdita di altezza verticale, patologia articolare, perdita di tono muscolare(1-2).

Se non viene evidenziata la differenza tra la protesi fissa ed la dentiera (*overdenture*) agganciata agli impianti, è ben difficile dare ragione del nostro agire quando ci impegniamo per risolvere con impianto-protesi fisse i casi difficili.

La differenza, in termini di obiettivo terapeutico, è abissale, soprattutto per il paziente che aveva una dentatura fissa. Il paziente deve essere quindi informato su tutte le soluzioni terapeutiche attuabili, su vantaggi e svantaggi ad esse correlati e sull'iter che comportano, in modo da avere la giusta libertà di scelta. Ovviamente il passaggio alla protesi rimovibile è particolarmente traumatico per chi era portatore di dentatura fissa. Può essere invece una soluzione accettabile per il paziente che in precedenza era portatore di una protesi mobile.

CLASSIFICAZIONE

Le creste ossee distali inferiori atrofiche vengono classificate in dipendenza della densità ossea, dell'ampiezza della cresta, della profondità della cresta. Si utilizzerà, in questa sede, la classificazione di Misch per definire la densità dell'osso (D1=denso, D4=rarefatto).

TECNICHE PER L'ATROFIA DISTALE INFERIORE

Si illustrano, in questa sede, alcune tecniche d'impianto attuabili dall'odontoiatra, molto utili per risolvere casi anche molto difficili:

A. Tecniche per casi di atrofia distale con osso rarefatto

1. Profondità sopra il n.a.i. almeno 7 mm., densità omogenea D3-D4

Lame EDE (Estensione Distale Endoossea)

2. Profondità sopra il n.a.i. meno di 7 mm., densità omogenea D3-D4

Aghi bicorticali

B. Tecniche per casi di atrofia distale con osso denso

3. Profondità sopra il n.a.i. almeno 6 mm., densità omogenea D1-D2:

Impianto di Surov

4. Profondità sopra il n.a.i. meno di 7 mm., densità omogenea D1-D2:

Sottoperiosteo

C. Tecniche per post-estrattivi immediati con cratere osseo sopra il n.a.i.:

5. Vite emergente con 1-2 ampie spire (calibro 8-10 mm.)

LAME EDE (Estensione Distale Endoossea)

La tecnica è stata pubblicata nel 2001 dopo 8 anni di esperienza clinica(3). La tecnica prevede che si tracci la breccia ossea mesialmente rispetto alla sede di collocazione definitiva della lama, imponendo all'impianto una rotazione ed una progressione in senso distale, fino a quando il moncone non raggiunge il bordo distale della breccia. In questo modo l'impianto viene ad essere collocato al di sotto di tessuto osseo e tessuti molli intatti. La conservazione della corticale ossea superficiale si può apprezzare all'esame radiografico(fig 2).

La stabilità è ottima da subito ed il risultato periodontale è d'eccellenza. I dati statistici di sopravvivenza di questi impianti dopo 16 anni d'impiego sono ai vertici.



Figura 2

Impianto a lama subito dopo l'inserzione in una cresta atrofica, eseguita con la tecnica E.D.E. Notare la conservazione della corticale ossea superficiale distale al moncone.

AGHI BICORTICALI

Le sedi di elezione per gli impianti ad ago(4) sono le creste distali inferiori atrofiche e provviste di tessuto spugnoso di densità D3 o D4, in cui riescono ad offrire, oltre al carico immediato ed un risultato protesico igienicamente valido, notevole affidabilità. La tecnica è atraumatica, tanto più se messa a confronto con le soluzioni alternative esistenti, quali spostamento del n.a.i. o innesti ossei. Attuando la tecnica con prudenza e perizia, non vi sono problemi di anestesia.

Il bicorticalismo consente di poter trattare creste con diversa densità del tessuto osseo

spugnoso con analoghe aspettative di successo, perché le forze vengono a scaricarsi immediatamente sul tessuto osseo compatto. Quindi, anche se l'impianto attraversa una cresta ossea pressoché vuota, è in grado di sopportare i carichi funzionali scaricando le forze in profondità (Figura 3).



Figura 3

Aghi bicorticali profondi in zona 37, a distanza di un anno dall'inserzione.

IMPIANTO DI SUROV

Questo impianto, ideato dal dentista lituano Oleg Surov(5), consente di trattare creste ossee atrofiche con profondità sopra il n.a.i. fino a 6 mm. L'impianto ha un'altezza di 4 mm. E' conformato a "J", cosa che gli conferisce stabilità notevole nonostante la poca profondità. Per inserirlo, occorre tracciare una breccia precisa e collocarlo con l'aiuto di percussori (figura 4).

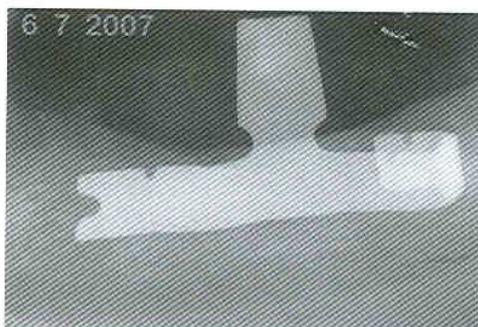


Figura 4

Un impianto di Surov è stato inserito in zona 36-37.

VITE EMERGENTE CON 1-2 AMPIE SPIRE

Queste viti in monoblocco servono per trattare immediatamente i crateri post-estrattivi, in modo da evitare che la cresta ossea collassi rendendo portando a perdita completa il poco tessuto osseo disponibile presente al di sopra del canale alveolare inferiore (figura 5). Il capostipite di questo tipo di impianti fu presentato da Muratori negli anni '80 (impianto isotopico a succhiello, 6).

Il trattamento dell'alveolo post-estrattivo va fatto con delicatezza con frese da turbina, sotto adeguato raffreddamento, adattando la forma dell'alveolo fino a quando le volute non "mordono" la lamina dura residua offrendo adeguata stabilità all'impianto.

La forza che deve essere applicata all'impianto in modo che compenetri l'osso alveolare è intensa e quindi è consigliabile utilizzare un impianto in monoblocco di titanio di grado 4.

Molta attenzione deve essere prestata per far sì che l'impianto, dopo il posizionamento,

non vada soggetto a pressione traslatoria eccessiva da parte della lingua durante la deglutizione(7). Se necessario, il moncone va adeguatamente ridotto in altezza.

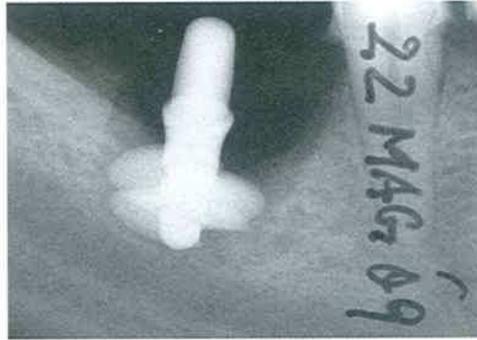


Figura 5

Vite a volute ampie inserita subito dopo estrazione di 46 mobile. Controllo a due mesi

SOTTOPERIOSTEO

L'impianto sottoperiosteale è l'unico impianto non endo-osseo qui descritto. La sua indicazione precipua è l'osso basale (D1) con poca profondità al di sopra del canale alveolare inferiore. La possibilità di saldare l'impianto sottoperiosteale ad impianti adiacenti(8) (figura 6) od intra-perimetrali (posizionati all'interno del perimetro dell'impianto) ne aumenta la possibilità di successo.

L'osso basale atrofico posteriore inferiore è una sede di elezione per questa tecnica, anche per la gestione dei tessuti molli.



Figura 6

Impianto sottoperiosteale su atrofia posteriore inferiore saldato ad impianto a vite adiacente.

In un'epoca in cui ci si deve confrontare con il negazionismo di chi pretenderebbe di passare come vantaggioso per i cittadini il monopolio dell'implantologia da parte di poche industrie, gli ottimi risultati che si ottengono nei casi difficili utilizzando adeguati presidi implantari dimostrano come l'implantologia sia in continua evoluzione e la percentuale delle persone trattabili con soluzioni vicine alla "restitutio ad integrum" possa aumentare.

BIBLIOGRAFIA

1. Ramfjord S., Ash M.: *L'occlusione* - Piccin 1969
2. Prati S., Zerman N.: *Gnatologia Clinica e disordini craniomandibolari. Diagnosi e terapia* - Edizioni Martina Bologna 2006
3. Dal Carlo L.: *Nuova Tecnica per l'Inserzione di Impianti a Lama: Estensione Distale Endoossea* - Dental Cadmos 16/2001, pp.41-49
4. Scialom J.: *Regard neuf sur les implants. Une decouverte fortuite: "Les implants*

aiguilles”- *Inf. Dent.* N°9 – 1962

5. Surov O. : *Subcortical implantation - Atti del XXV Meeting Internazionale Impianti e Trapianti Dentari del G.I.S.I. - Bologna, 1995 pp.10-11*
6. Muratori G.: *Implant Isotopy - J Oral Implantol.* 1995; 21(1): 46-51
7. Dal Carlo L.: *Influenza della Lingua sull'Integrazione degli Impianti Endossei _ Tongue's Influence on the Integration of Endosseous Implants - Doctor OS Mag; 14(5): 479-484, 2003*
8. Cortese G.: *Survival of a subperiosteal tantalum mesh from 1955 to 2004 - Br J Oral Maxillofac Surg.* 2006 Feb; 44(1):71