

# RIVISTA ITALIANA DI STOMATOLOGIA

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICI DENTISTI ITALIANI  
SOCIETA' ITALIANA DI STOMATOLOGIA

ANNO X

N. 1

GENNAIO 1955

DIRETTORE

UMBERTO SARAVAL

Primario Stomatologo, Osped. Civile  
VENEZIA

◊

COMITATO DI REDAZIONE

A. ARLOTTA (Milano)  
N. L. CALARESE (Napoli)  
L. CASOTTI (Torino)  
E. GRANDI (Trieste)  
O. HOFFER (Milano)  
G. MACCAFERRI (Parma)  
L. MARZIANI (Roma)  
P. L. MASI (Firenze)  
L. RUSCONI (Parma)  
F. RUSPA (Torino)  
F. VICHI (Firenze)

★

AMMINISTRATORE

UGO ROTELLI

Calle Ballotte 4866 - Telef. 22-928  
VENEZIA

*In questo numero:*

le endoprotesi in ortopedia;  
gli impianti endomascellari a sostegno  
di protesi;  
considerazioni sugli impianti sottoperiosteali;  
rilievo dell'impronta nell'impianto sotto-  
periosteale;  
l'impronta nell'intervento per impianto  
sottoperiosteale;  
su alcuni casi di impianto sottoperiosteale  
in Vitallium;  
infibulazione metallica endomascellare;  
protesi fisse a mezzo di infibulazioni endo-  
mascellari;  
dalla pratica e per la pratica;  
rassegna della stampa;  
congressi, convegni, assemblee;  
notiziario;  
necrologio;  
indice bibliografico.

AMMINISTRAZIONE: U. Rotelli, Venezia, Calle Ballotte 4866

# Considerazioni sugli impianti sottoperiosteali

(Comunicazione al 29° Congresso Italiano di Stomatologia, Venezia, Settembre 1954)

Prof. GIOVANNI PEJRONE

Nell'esame delle pubblicazioni uscite sull'argomento, nei colloqui avuti con i pochi Autori che hanno affrontato nella pratica il problema, ed alla luce dei casi finora trattati, mi sono fatto la chiara convinzione che i problemi essenziali in questo settore sono i seguenti:

1°) la scelta della tecnica per ottenere una impronta la più esatta possibile della superficie ossea su cui inserire l'impianto;

2°) il tempo intercorrente tra il rilievo della impronta e l'applicazione dell'impianto stesso;

3°) la forma dell'impianto ed il tipo di fissazione dell'impianto stessi.

Su tutti i tempi dell'intervento sia nella preparazione che nella esecuzione, non riscontravo differenze notevoli tra gli uni e gli altri Autori.

Entro perciò subito in argomento illustrando brevemente le mie vedute alla stregua dei casi trattati e dei loro risultati, di cui uno ulteriormente nella Clinica di Torino sotto la direzione del prof. Rocca.

La tecnica della presa dell'impronta è varia secondo i diversi Autori. Mi sono perciò preoccupato di adottare un sistema che assolvesse agli imprescindibili requisiti di una asepsi sicura e di una precisione assoluta. Poichè l'argomento è di grande importanza, è stato dal mio assistente e collaboratore Dott. Sebastiani oggetto di una sua comunicazione.

Per ciò che riguarda l'intervallo di tempo tra la presa dell'impronta e l'applicazione dell'impianto, ritengo che questo debba essere ridotto al minimo possibile.

Le ragioni sono assai semplici e corrispondono alle necessità biologiche che i tessuti di una ferita hanno durante il loro primo periodo di organizzazione e cicatrizzazione; per cui l'interruzione di

questo processo rigenerativo è tanto più dannosa quanto più protratta nel tempo.

Ho cercato pertanto di ridurre al minimo questo intervallo con particolari accorgimenti tecnici, soprattutto per ciò che si riferisce alla costruzione dell'impianto e mi è stato possibile la fissazione entro le 24 ore.

Questa accelerazione nel tempo di applicazione, per quanto mi risulta dalla bibliografia, non è stata ottenuta finora da altri Autori per ciò che riguarda impianti metallici fusi.

Desidero perciò richiamare l'attenzione di coloro i quali si occupano di questo fattore non solo su un piano biologico, per una migliore rigenerazione tissulare, ma anche per ciò che riguarda l'andamento dell'intervento, sia dal punto di vista clinico che psicologico per il paziente.

Infatti dalle prime applicazioni in cui l'intervallo di tempo era di 4-5 giorni alle ultime con intervallo di 24 ore, notai una grande differenza, soprattutto perchè nei primi al momento dell'applicazione dell'impianto, il periostio era in piena proliferazione e la ferita in via avanzata di saldatura, per cui si rendeva necessaria la riapertura cruenta, un nuovo distacco periosteale ed un accurato allontanamento del tessuto di granulazione in formazione. E' ovvio che la seconda ripresa rigenerativa si svolgeva in assai più sfavorevoli condizioni. Le reazioni dei tessuti in piena attività formativa determinavano più facilmente emorragia, edemi, e ingorghi linfatici cervicali, accompagnati da vive sensazioni dolorose, e soprattutto un rallentamento del processo di definitiva cicatrizzazione. Con l'introduzione di questa tecnica a tempi accelerati, non solo si evitano i suddetti inconvenienti, ma si possono considerare i due tempi, ad eccezione della anestesia, quasi alla stregua di un solo intervento: la sutura definitiva viene fatta su due lembi di mucosa non ancora traumatizzata da precedenti suture e non ancora menomata da processi rigenerativi interrotti. Infatti tra i due tempi dell'intervento la mucosa viene semplicemente avvicinata con due esili punti provvisori. Il paziente, dato il breve periodo, può evitare il trauma ed i pericoli di un'alimentazione diretta e l'operatore, dopo 24 ore, si trova di fronte a due lembi mucosi nelle migliori condizioni per essere affrontati con una sutura definitiva la più accurata possibile.

Le conseguenze di questo importante particolare influenzano notevolmente la completa cicatrizzazione della mucosa sull'impianto; ciò che è a mio avviso essenziale per una buona saldatura del periostio alla superficie ossea.

E' ovvio infatti che la fissità dello scheletrato metallico, che viene a trovarsi tra questi due tessuti, dipenderà esclusivamente dall'esito di questo processo cicatriziale.

E poichè i risultati clinici mi hanno confermato brillantemente ed ampiamente questi presupposti biologici, abbiamo in corso degli esperimenti tecnici di laboratorio, per cui in breve riusciremo a ridurre l'intervallo tra i due tempi dell'intervento in modo che l'applicazione verrà fatta entro le 12-14 ore.

Per ciò che riguarda il materiale impiegato per la costruzione dello scheletrato, io ho usato il Vitallium chirurgico e seguita la tecnica dei laboratori specializzati nella microfusione di questa particolare lega al cromo-cobalto.

Alla stregua di questi risultati di abbreviazione dell'intervallo di tempo fra i due interventi, mi ha molto interessato ascoltare la relazione del Prof. Marziani, imperniata sull'uso del tantalio, che consente per la particolare malleabilità di questo metallo, l'applicazione dell'impianto in tempi più ravvicinati ancora.

A questo punto posso porre il seguente problema: conviene di più un sistema a impianto con rete scheletrata rigida attraverso la quale la pressione dei pilastri venga distribuita uniformemente a tutta la superficie ossea, anche se la sua applicazione dovrà essere fatta in due tempi distinti; se pur ravvicinati a poche ore, oppure, pur di abolire l'intervallo di tempo, conviene utilizzare un materiale malleabile come la rete di tantalio, anche se la sua precisione nell'adattamento alla superficie ossea non può essere pari a quella di una rete scheletrata ottenuta da una fusione diretta sul modello e a grandi maglie?

Non si può nascondere che un dato funzionale molto importante è precisamente la fissità della protesi all'osso e la rigidità dell'impianto. E' ovvio infatti che da un punto di vista puramente statico, l'immobilità della protesi in quanto le maglie della rete metallica aderiscono perfettamente alla superficie ossea, è condizione essenziale perchè il periostio possa riattaccarsi all'osso attraverso le maglie del-

l'armatura metallica, inglobando così l'impianto in un tessuto fibroso, tenace e resistente. D'altro lato, durante lo sforzo masticatorio, ripristinato in tutte le sue estensioni, avremo certamente una migliore prestazione da un impianto rigido e perfettamente aderente, che non da impianti parziali o da un impianto a struttura non perfettamente rigida.

E' mia opinione che la rigidità e la precisione dell'impianto ottenuto attraverso il procedimento della fusione giuochino un ruolo così importante nel buon esito funzionale dell'impianto stesso, da far ritenere di scarsa importanza la differenza di poche ore tra i due tempi dell'applicazione.

Ed eccoci di fronte al terzo problema da risolvere: la forma dell'impianto. Risulta già dalle premesse cui deve rispondere l'impianto, che esso deve cioè avere la maggiore estensione possibile, una rigidità assoluta e nello stesso tempo deve permettere al periostio scollato di riattaccarsi alla superficie ossea onde permettere al tessuto fibroso cicatriziale di inglobare e fissare definitivamente l'impianto stesso.

La forma di questi impianti si è evoluta per comune e consenziente approvazione da parte di quasi tutti gli Autori, verso uno scheletrato a maglie seguenti approssimativamente le linee della forza di carico che partono dai punti di inserzione dei monconi fusi e s'irradiano verso il bordo dell'impianto.

Per ciò che riguarda la mia esperienza in questo settore, dirò che ci siamo orientati verso scheletrati a maglie sempre più larghe, raggiungendo il tipo del modello che presentiamo, e questo per permettere ai tessuti del periostio e dell'osso, cruentati da un largo scollamento, una maggiore estensione della superficie di contatto e ridurre al minimo lo spessore della fusione, sì da permettere un più facile avvicinamento ed accollamento dei lembi mucoperiosteali.

Un punto delicato che dev'essere superato mediante accorgimenti tecnici è la sutura della mucosa attorno ai monconi della fusione.

Infatti non è soltanto con un'accurata sutura che possiamo ottenere una saldatura perfetta della mucosa, ma soprattutto colla forma e coll'estensione dell'inserzione del moncone fuso alla rete scheletrata dell'impianto stesso.

Facendo in modo che il periostio possa aderire all'osso fino

nelle immediate vicinanze del moncone, avremo una chiusura della mucosa molto soddisfacente.

La fissazione dell'impianto, che nei casi di una perfetta adesione e di una sufficiente estensione della base della fusione sull'osso può anche essere tralasciata, può venire effettuata sia con la fissazione per mezzo di viti inserite direttamente nell'osso, sia con il cerchiaggio mandibolare con filo di tantalio, che ho preferito fin'ora. A onore del vero questo tipo di fissazione è stato usato presso la Clinica Odontoiatrica di Pavia ed i risultati sono eccellenti. Di questi parlerà più diffusamente il dr. Borghesio.

I risultati che si ottengono sono poi soprattutto determinati anche dalla assoluta posizione di riposo in cui viene tenuto l'impianto nei primi giorni dopo l'intervento, con l'impedire al paziente qualsiasi movimento, proteggendo la mandibola con un bendaggio immobilizzante. Tale bendaggio va lasciato per 7-8 giorni, anche dopo che siano stati asportati i punti della sutura. I movimenti della lingua e delle labbra, anche semplicemente durante la fonazione, provocano inutili stiramenti sulla parte anteriore della sutura, che ha comprese nei suoi lembi molte fibre muscolari, sia dell'orbicolare del labbro, sia della lingua.

#### C O N C L U S I N I

Per ciò che riguarda la tecnica dell'impianto, sia dalle sovraesposte considerazioni, che dai risultati della nostra esperienza pratica, posso quindi affermare:

- 1) che l'impronta diretta rilevata dalla superficie ossea opportunamente preparata con esteso scollamento del periostio ed in assenza assoluta di emorragia, è della massima importanza e che per me l'unico materiale sterilizzabile e capace di una alta fedeltà nell'impronta è l'Hydrocolloid Kerr;
- 2) che l'intervallo frapposto fra i due tempi dell'intervento dev'essere ridotto al minimo e che i risultati migliori li abbiamo ottenuti riducendo tale intervallo a sole 24 ore e probabilmente anche meno;
- 3) che l'impianto deve soddisfare ai principî di una massima precisione e di una assoluta rigidità, ciò che abbiamo riscontrato usando la fusione di Vitallium chirurgico;