

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 sottoperiosteici;
rilievo dell'impronta nell'impianto sotto-
periosteico;
l'impronta nell'intervento per impianto
sottoperiosteico;
su alcuni casi di impianto sottoperiosteico
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

Rilievo dell'impronta nell'impianto sottoperiosteo

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

Dr. ETTORE SEBASTIANI

Il rilievo dell'impronta direttamente dalla superficie ossea per costruire la fusione da impiantare rappresenta uno dei problemi più ardui da superare in tutto questo intervento.

L'obiettivo fondamentale è di ottenere una precisione del modello tale da permettere una perfetta aderenza dalla fusione all'osso. Gli Autori che per primi si trovarono di fronte al problema tecnico ebbero di fronte due possibilità:

1) ottenere una impronta indiretta dell'osso attraverso esami clinico-radioscopici della mucosa;

2) praticare un intervento preliminare col quale rilevare direttamente dalla superficie ossea preparata l'impronta per il successivo trapianto.

E' risultato, fin dalle prime esperienze, ovvio che da una superficie ossea ricavata attraverso un metodo indiretto non può che essere molto imprecisa. Lo spessore reale dello strato muco-periosteo non è soltanto difficilmente rilevabile attraverso la palpazione, l'esame radiografico o addirittura il sondaggio strumentale della mucosa ma ciò che più conta è che la superficie ossea rimarrà sempre di forma molto indeterminata.

Si è pensato allora di usare tale metodo per la costruzione di uno speciale porta-impronta individuale per l'osso da usare durante un intervento diretto sulla superficie ossea. Si sviluppò allora il metodo ormai divenuto classico dell'intervento scisso nei due tempi fondamentali: la prima parte dedicata alla preparazione della superficie che dovrà ospitare l'impianto ed al rilievo della impronta; la seconda destinata all'applicazione ed alla contenzione dell'impianto ed alla sutura definitiva della mucosa.

Il metodo seguito nella prima parte dell'intervento è stato dalle nostre esperienze ben definito nei termini coi quali lo esporrò:

a) costruzione del porta-impronte;

b) intervento per preparazione della superficie ossea e rilievo dell'impronta.

Nella costruzione ed il porta-impronta si è un po' seguito il metodo che i primi sperimentatori avevano escogitato per avere un modello della superficie ossea su cui applicare direttamente l'impianto.

Noi partiamo da una impronta molto precisa, in tutta l'estensione possibile, della mucosa mandibolare. In particolare usiamo un duplicato del modello riprodotto la superficie mandibolare che noi usiamo per la messa in articolazione preventiva del soggetto che si appresta all'impianto.

Su questo modello in gesso si disegnano dapprima le zone ove la fibromucosa ha uno spessore più considerevole, vale a dire sulla cresta alveolare, quindi le inserzioni muscolari di tutti: muscoli che si inseriscono in prossimità della zona che ci interessa, la esatta localizzazione del foro mentoniero e la regione del trigono retromolare.

Su questo modello si esegue quindi un « grattage » del gesso per uno spessore approssimativamente uguale a quello della mucosa nelle varie zone, questo spessore varia dai 2,5 mm. ai 3,5 mm. sulla cresta alveolare e si aggira su 1,5 mm. nella regione immediatamente vicina in linguale e vestibolare. Sul modello così trattato si disegna il bordo del porta-impronta e si fa costruire lo stesso in fusione di argento o alluminio opportunamente preparato per permettere una buona adesione del materiale di impronta.

Per ciò che riguarda il materiale da usare per ottenere una buona impronta noi diamo la preferenza all'Hydrocolloid Kerr che già per sua natura e per le modalità che si seguono nella sua preparazione offre la garanzia di una ottima sterilizzazione. E' noto infatti che per preparare questo materiale occorre una ebollizione a bagno maria per 10' ed un bagno di tempera a 50°. Sterilizzando la parte interna del termostato Kerr e l'acqua del bagno di tempera con preventiva ebollizione noi avremo un materiale che l'operatore stesso potrà maneggiare senza possibilità di inquinamenti.

Un altro materiale, di facile uso, che viene osvente impiegato è la pasta per impronte Kerr, ma essa offre scarsa possibilità di sterilizzazione anche se di più facile maneggevolezza sul campo operatorio.

E' buona norma, onde ottenere sempre risultati sicuri, operare con due porta-impronte così nell'eventualità di una mancata riuscita

della prima impronta, si ha subito la possibilità di procedere ad un secondo rilievo.

Passiamo ora ad illustrare brevemente la tecnica del 1° tempo dell'intervento per impianto sottoperiosteo dedicato alla preparazione della sede di impianto ed al rilievo diretto dell'impronta dell'osso.

Dopo anestesia bilaterale tronculare con Xilocaina si pratica l'incisione sulla cresta alveolare a tutto spessore fino al pericostio compreso: si scolla lo stesso cercando il piano di scollamento immediatamente sopra l'osso e si estende tale scollamento per tutto quanto è possibile facendo attenzione, nelle mandibole con alto grado di atrofia al foro mentoniero che conviene isolare fino a non meno di 2 mm. dal fascio vascolo-nervoso occorre anche praticare una disinserzione di fibre muscolari del maloioidro del buccinatore e del triangolare del mento.

Praticata un'ascrupolosa, asettica toilette della ferita, ottenuta una buona emostasi con soluzioni antisettime ed emostatiche si suturano i lembi linguali con un punto di sostegno centrale ed allargando bene i lembi vestibolari si applica il porta-impronte controllando che oltre i bordi di esso siano ben visibili i lembi della mucosa.

Ottenuto il raffreddamento anche irrigando con soluzione fisiologica sterile si toglie il portaimpronte, si controlla la superficie di impronta e l'estensione ottenuta e si avvicinano con quattro sottili punti di avvicinamento i lembi mucosi. Il primo tempo è terminato.

Conclusioni: Sono quindi necessari, per ottenere una buona riproduzione sul modello della forma dell'osso preparato:

1) un portaimpronte che essendo simili il più possibile all'osso abbia una sufficiente estensione e che sia sterilizzabile perfettamente;

2) usare un materiale come l'Hydrocolloid Kerr che è sicuramente sterile e che dà le massime garanzie nella riproduzione fedele della superficie ossea;

3) eseguendo la presa dell'impronta dopo aver preparata bene tutta la superficie che ospiterà l'impianto, con un buon scollamento e con una emostasi completa avremo le maggiori garanzie che la fusione sarà poi perfettamente aderente, stabile e quindi di sicuro successo.

(Dr. E. Sebastiani, presso Prof. G. Pejrone, Via Gobetti, 23 - Torino).