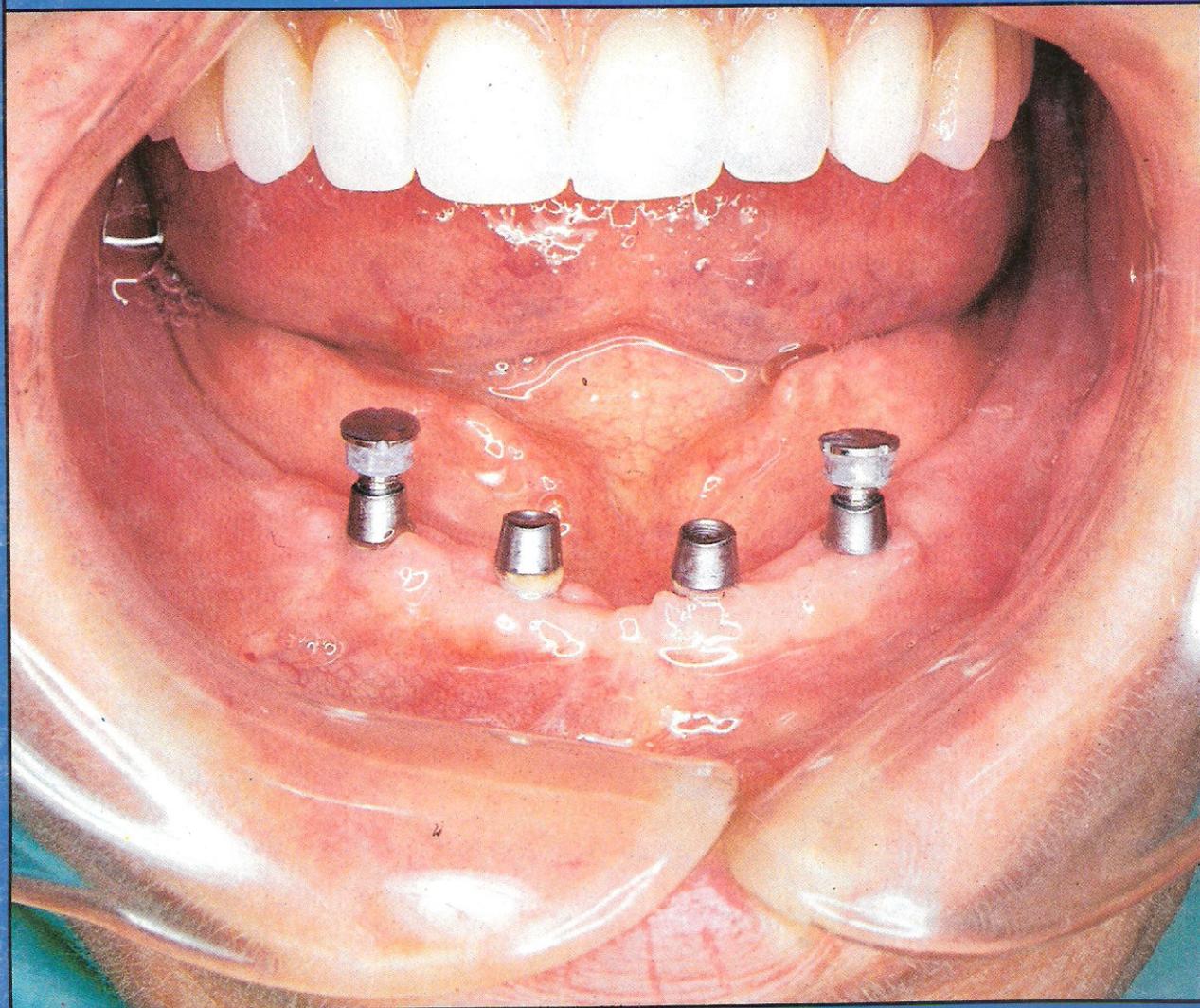


# RIVISTA EUROPEA DI **IMPLANTOLOGIA**

**EUROPEAN JOURNAL OF IMPLANTOLOGY**  
**REVUE EUROPEENNE D'IMPLANTOLOGIE**

Organo ufficiale dell'Accademia Europea Dentisti Implantologi  
della Accademia Italiana Degli Impianti  
e dell'International Research Committee of Oral Implantology I.R.C.O.I.



**3**

1983  
ANNO XVIII

LUGLIO  
AGOSTO  
SETTEMBRE

DIREZIONE · REDAZIONE · PUBBLICITÀ  
20122 Milano · Piazza Bertarelli, 4 · TEL. 879298  
SPEDIZIONE ABB. POSTALE GR. IV (70%) · DA MILANO FERROVIA

## LA LAMA MENTONIERA



**Dott. Stefano Tramonte**

Si presentano abitualmente al nostro studio pazienti che soffrono di edentulia totale all'arcata inferiore, i quali richiedono la nostra opera per la costruzione di una protesi che ne ripristini nel migliore dei modi la funzione masticatoria, ormai del tutto compromessa.

Questo tipo di pazienti si divide essenzialmente in due categorie: quella di coloro che sono alla prima protesi, e l'altra invece di coloro che di protesi se ne sono già fatte costruire più di una.

I primi si rivolgono a noi con fiducia, ignari del grosso problema costituito dalla difficoltà da parte di qualunque dentista di costruire una protesi mobile totale inferiore che stia saldamente in posizione quando il paziente mangia o parla.

I secondi hanno magari già visitato altri studi, ognuno dei quali ha costruito la sua brava protesi, evidentemente senza risultati apprezzabili, o comunque tali da aver potuto soddisfare il paziente, sicché questo si rivolge anche a noi alquanto sfiduciato, ma sempre con un barlume di speranza.

È chiaro che se il paziente presenta una mancanza di cresta, specie nella zona dei diattorici, oppure una cresta scarsa e sottile su tutta l'arcata, e ci richiede una protesi convenzionale, dove han fallito gli altri falliremo sicuramente anche noi.

Ma se il paziente ci chiede qualcosa di speciale purché la «dentiera» non si muova, allora potremo quasi certamente accontentarlo.

È logico che un paziente in quelle condizioni non potrà essere sottoposto ad un intervento d'implantologia, o perlomeno non ad uno di tipo endosseo su tutta l'arcata; semmai, si potrà far ricorso ad un sottoperiosteo, assai difficile da eseguire e che non tutti i pazienti sono disposti ad accettare.

Ma moltissimi edentuli totali inferiori, tra i quali sono da annoverare parecchi in ancor giovane età, pur presentando bi-

infatti lo stesso tipo di pilastri, ridotti però al numero di quattro, e potrà servire da ancoraggio a protesi di diversa fattura.

Se si vorrà utilizzarla come ritenzione per una protesi scheletrata, basterà costruire un ponte fisso di sei elementi, da canino a canino, sul quale verrà aggan- ciato lo scheletrato, mediante un qualsiasi tipo di attacco, rigido, ammortizzato o a cerniera.

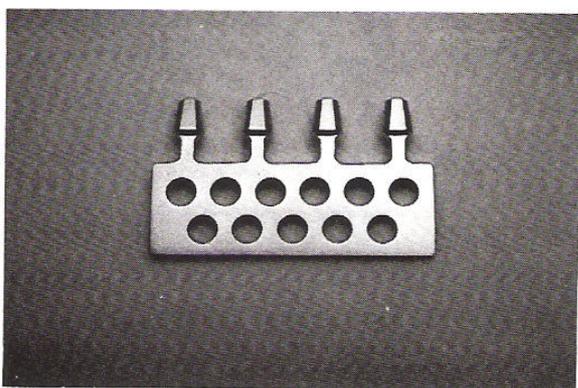


Fig. 1 - Lama mentoniera normale.

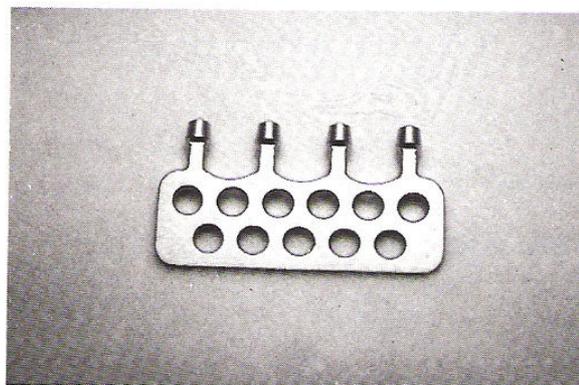


Fig. 2 - Lama mentoniera speciale.

lateralmente un'assenza totale o sub-totale della cresta, conservano anteriormente una sezione mandibolare, compresa tra foro e foro mentonieri, ancora molto alta e sufficientemente larga.

In tale zona sarà possibile inserire, a sostegno di protesi di diverso tipo, una lama mentoniera.

### La lama mentoniera

Tale tipo di lama si presenta sotto due forme: quella normale e quella speciale.

La *lama mentoniera normale* (fig. 1) non è altro che una lama universale accorciata di un moncone. Essa presenta

Volendo eliminare lo scheletrato, si provvederà a costruire una fissazione da quarto a quarto, con due estensioni libere bilaterali incernierate, di soli due elementi ciascuna.

Se il paziente richiede invece un ancoraggio per una protesi mobile, si collegheranno i quattro monconi con tre barrette tipo Dölder e si inseriranno nella protesi i tre cavalieri di Ackermann.

La *lama mentoniera speciale* (fig. 2) è invece già predisposta in forma definitiva, scavata tra i monconi e ad angoli arrotondati. I quattro monconi risultano molto accorciati, di forma leggermente

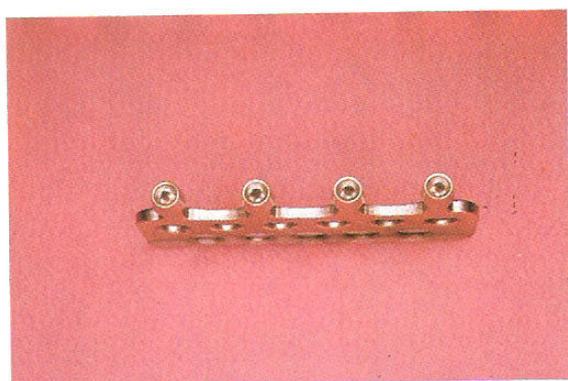


Fig. 3



Fig. 4

tronco-conica con filettatura interna (fig. 3), nella quale verrà avvitato il maschio dell'attacco speciale ad automatico (fig. 4) destinato alla ritenzione della protesi.

Quando un paziente si presenta nelle condizioni di cui alla fig. 5 e desidera una protesi inferiore «che stia a posto» ma che non costi molto, è il caso specifico d'impiego della lama mentoniera speciale per la ritenzione di una protesi totale mobile.

Vediamo come si procede.

### Tecnica operatoria

Si pratica un'incisione sulla cresta lungo la sezione compresa tra le posizioni dei due primi premolari ed un'altra piccola incisione verticale, lunga circa 1 cm, lateralmente al frenulo (fig. 6).

Si procede allo scollamento della fibromucosa, badando di non slabbrarla, e si mette a nudo la porzione di osso che ci interessa (fig. 7).

Dopo aver liberato il bordo della cresta da eventuali lacinie fibrose, si pratica

come di consueto il solco che dovrà accogliere la lama; nel caso illustrato, si è provveduto al momento anche all'estrazione della radice del 4— (fig. 8).

Conferita alla lama mentoniera la curvatura necessaria, si provvede al suo inserimento (fig. 9) sino a quando la spalla è completamente affondata al di sotto dei bordi del solco (fig. 10). La lama viene così a trovarsi perfettamente alloggiata nello spazio compreso tra i due fori mentonieri (fig. 11).

Si applicano i maschi filettati degli attacchi, dopo averli debitamente accorciati alla lunghezza voluta, ai due monconi filettati laterali (fig. 12); i due monconi centrali vengono lasciati liberi e serviranno di scorta in caso di frattura di uno dei pilastri portanti.

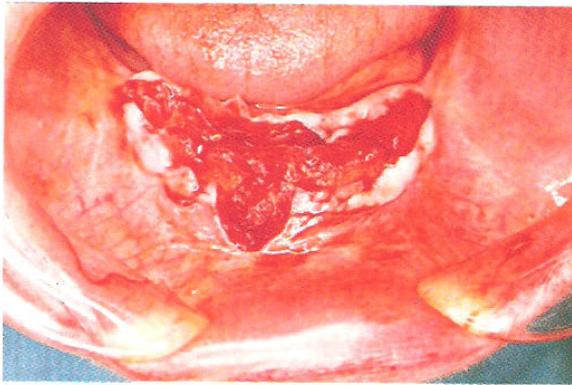
Si procede alla sutura (fig. 13) e dopo 7-8 giorni, quando si tolgono i punti, si comincia a prendere l'impronta per la costruzione del cucchiaio individuale e l'approntamento della protesi. Questa verrà ultimata con un solco nel quale troveranno alloggiamento i quattro pilastri, e dopo essersi accertati che essa calzi be-



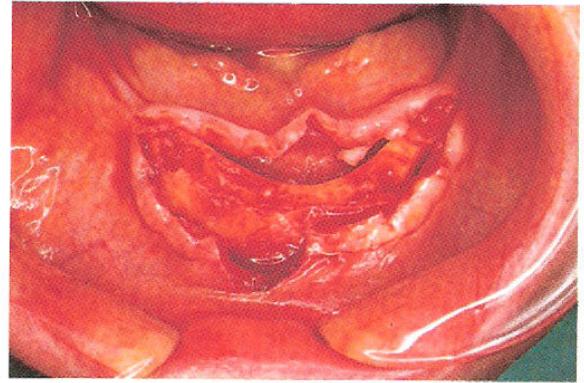
*Fig. 5*



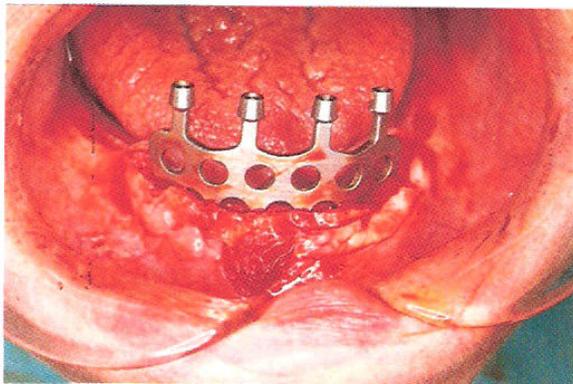
*Fig. 6*



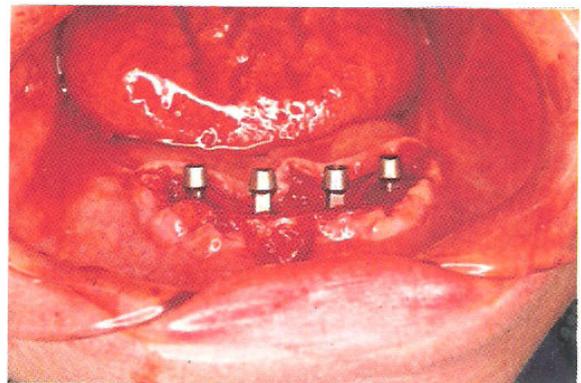
*Fig. 7*



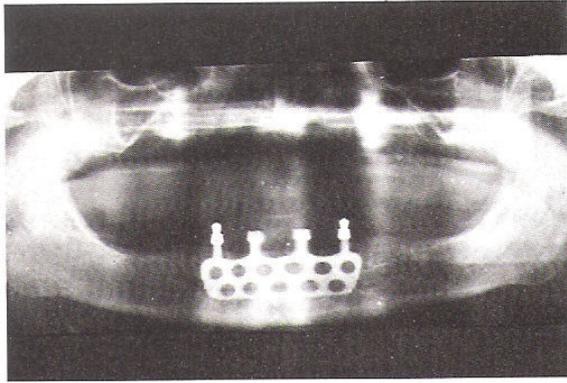
*Fig. 8*



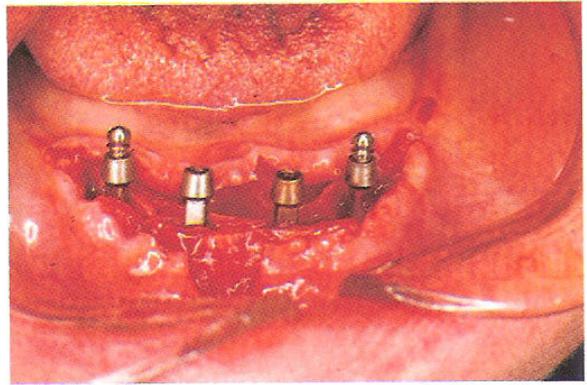
*Fig. 9*



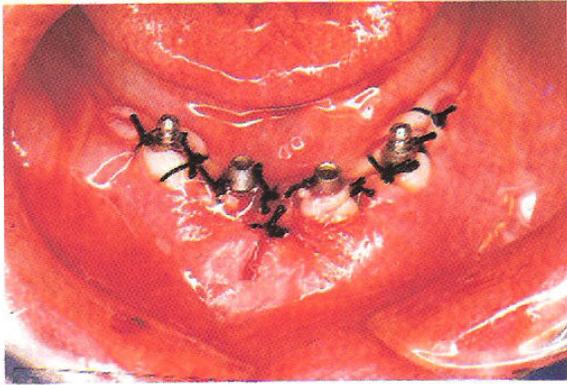
*Fig. 10*



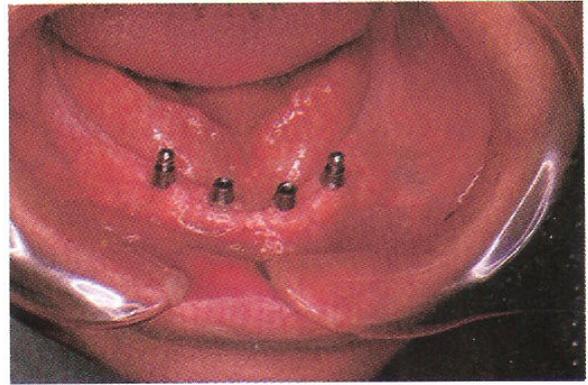
*Fig. 11*



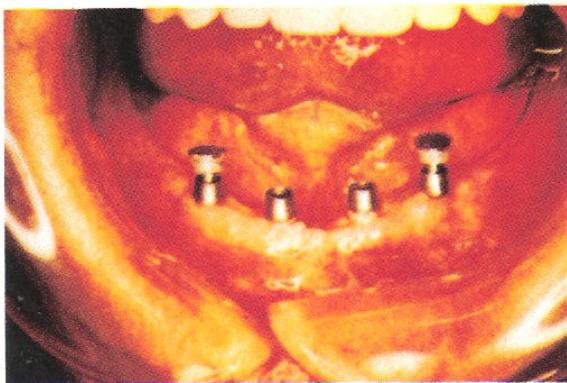
*Fig. 12*



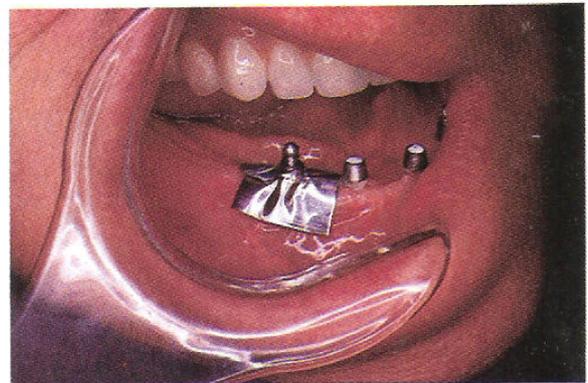
*Fig. 13*



*Fig. 14*



*Fig. 15*



*Fig. 16*

ne e che i monconi non tocchino, si ribassa il solco con della resina molle, si mette in posizione e si lascia indurire in bocca. In tal modo il paziente potrà più agevolmente portare la protesi per tutto il tempo necessario alla perfetta guarigione della mucosa ed alla completa osteogenesi al di sopra del dorso della lama.

Dopo circa tre mesi, a guarigione avvenuta (fig. 14), si passa alla seconda fase, ossia quella di applicazione alla protesi delle femmine degli attacchi.

Si rimuove dal solco la resina molle, si inseriscono le femmine sulle testine sferiche dei maschi già in posizione (fig. 15) e si controlla che gli attacchi così completati trovino comodo alloggiamento nel solco, provvedendo eventualmente ad allargarlo e approfondirlo nei punti necessari.

Si tolgono le femmine e si provvede ad eliminare con della cera i sottosquadri alla base delle sferette dei maschi, al fine di impedire che la resina si infiltri poi in queste rientranze. Per far ciò, si prende un foglietto di stagnola delle pellicole endorali, lo si buca e lo si infila sul moncone da cerare, disponendolo a cavaliere sulla mucosa al fine di proteggerla da qualche goccia di cera calda che potesse cadere durante la ceratura (fig. 16).

Una volta zeppato il sottosquadro (fig. 17), si taglia e si rimuove la stagnola, si toglie la cera eccedente e si rimette la femmina in posizione (fig. 18).

Terminata questa operazione sui due monconi laterali, si provvede a proteggere i due centrali fasciandoli con due anellini di rame debitamente ritagliati (fig. 19); dopodiché si zeppa il solco nella protesi con della resina a freddo per ribassature (fig. 20), si mette in posizione e si lascia indurire.

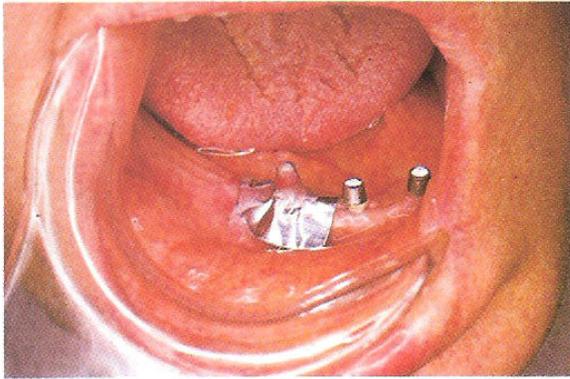
Avvenuto l'indurimento della resina, si rimuove la protesi, si rifila l'eventuale eccedenza e si liberano perfettamente gli imbocchi degli attacchi (fig. 21). E la protesi è pronta per essere posizionata saldamente in bocca (fig. 22).

La lama mentoniera, nelle sue due variazioni, ci consente in moltissimi casi non solo di risolvere elegantemente il secolare e tormentoso problema della protesizzazione dell'edentulo totale inferiore, ma di recuperare altresì con poca spesa ottime protesi che i pazienti si sono già fatti costruire e che hanno il solo difetto di essere veramente «mobili». A tale scopo basta infatti scavare un solco nella zona basale anteriore della protesi stessa, ad impianto avvenuto, e adattarvi o i cavalieri di Ackermann o le femmine degli automatici, a seconda del tipo di lama mentoniera che sia stata inserita.

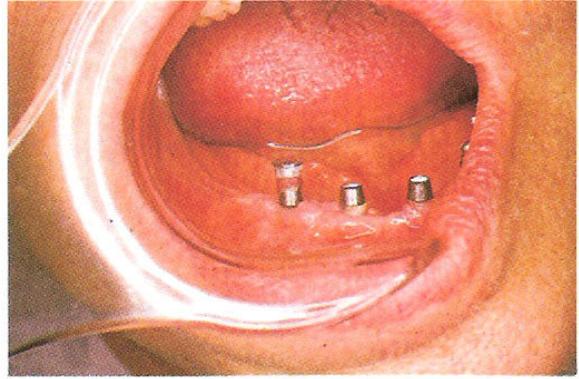
A titolo di curiosità, ricorderò un caso, tra gli innumerevoli eseguiti, veramente particolare.

Quattro anni or sono, una paziente sulla cinquantina con edentulia totale alla mandibola, ci chiese di essere riabilitata con una protesi implantare. Date le sue scarse possibilità finanziarie, si accontentava di una protesi anche ridotta, purché fissa. Decidemmo quindi per una lama mentoniera normale (fig. 23) sulla quale venne fissata una protesi in aureoacrilico di 8 elementi. Era il primo caso che risolvevo in quel modo ed ero molto curioso di vedere quale ne sarebbe stato l'esito.

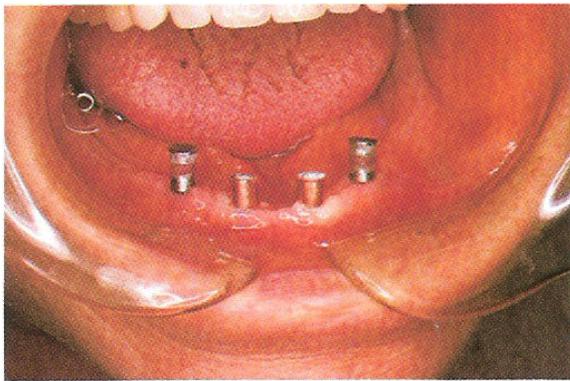
Tutto procedette in modo egregio per quattro anni, sino a quando la paziente si presentò con un problema: si era fratturato il pilastro distale di destra. Riuscito a scementare senza danni l'intera protesi, rimasi veramente colpito dal fatto di po-



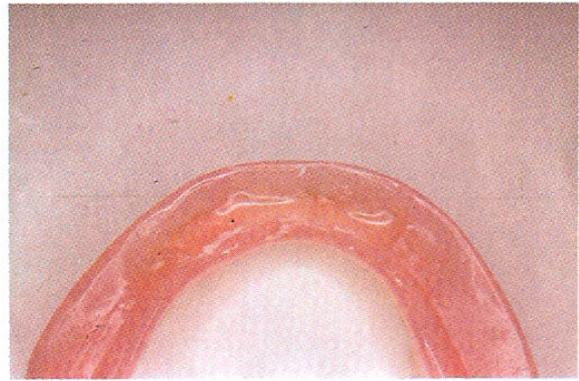
*Fig. 17*



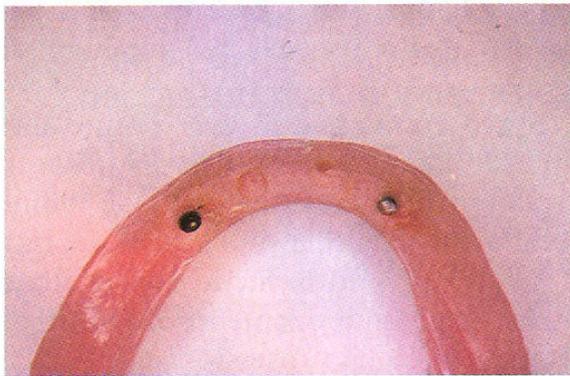
*Fig. 18*



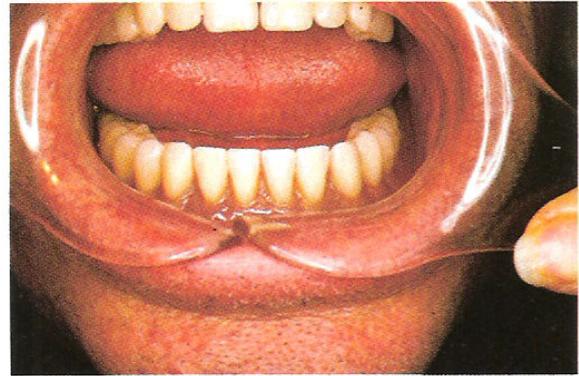
*Fig. 19*



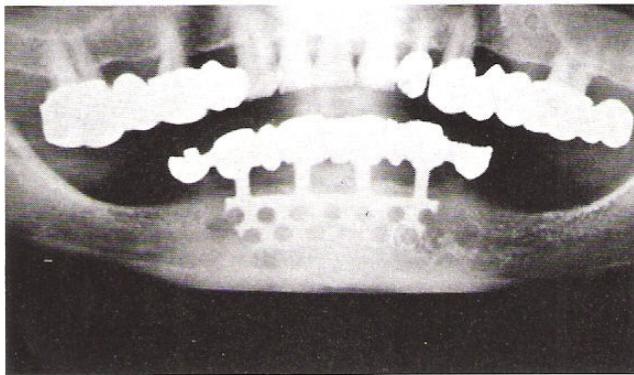
*Fig. 20*



*Fig. 21*



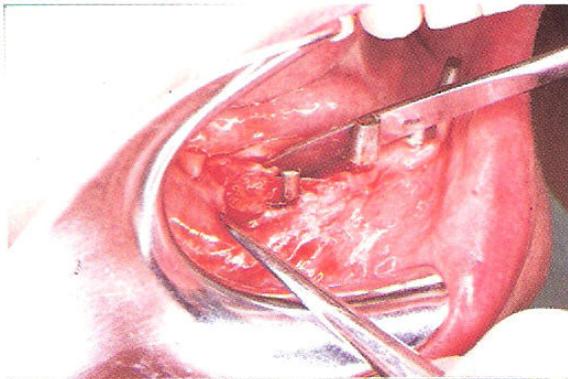
*Fig. 22*



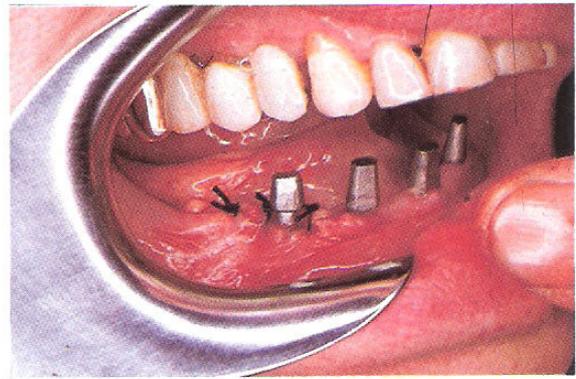
*Fig. 23*



*Fig. 24*



*Fig. 25*



*Fig. 26*

ter martellare impunemente per la rimozione di una protesi di tal fatta senza che la lama sottostante ne risentisse minimamente.

Rimosso il ponte, fui oltremodo sorpreso nel constatare la perfetta condizione della mucosa, anche se non riuscivo a capacitarmi sulle possibili cause della frattura del moncone (fig. 24).

Poiché l'idea di partenza era quella di recuperare l'intera protesi, praticai un'incisione mettendo a nudo il moncone fratturato (fig. 25), con la saldatrice della Bioteco ne saldai in posizione uno nuovo (fig. 26) e lo riportai nelle condizioni di

quello perduto, in modo che potesse inserirsi perfettamente in posizione nella protesi. Dopo oltre un anno da questo recupero, tutto procede nel migliore dei modi.

Spero comunque di aver potuto dare un'utile indicazione per la soluzione di casi di protesizzazione di una mandibola totalmente edentula, moltissimi dei quali, allorché risolti in modo convenzionale, lasciano amaramente insoddisfatti sia il paziente che il professionista.

**Stefano M. Tramonte**  
**Via Durini, 15**  
**Milano**