

La semplicità degli attacchi a basso profilo

Roberto Scrascia

Negli ultimi anni sta cambiando la consapevolezza degli addetti ai lavori nel campo odontoiatrico nei confronti del trattamento implantoprotesico dell'overdenture. Per tempo considerata un giusto compromesso tra fattori economici e biologici, si è sempre più consapevole del ruolo, a volte elettivo, che ha nella risoluzione di casi clinici e nel migliorare la qualità di vita dei nostri pazienti. L'overdenture su impianti presenta numerose sfaccettature ed evoluzioni e in questo articolo ci poniamo di considerare la sua versione più semplice, con la componentistica più evoluta, soluzione che, nella sua praticità, si pone come lo standard di riferimento nella soluzione di edentulie mandibolari in pazienti che non hanno molte possibilità economiche

► Introduzione

Il seguente articolo si pone l'obiettivo di mostrare come un lavoro non troppo invasivo può nettamente migliorare la qualità di vita dei nostri pazienti.

L'edentulia totale superiore e inferiore rappresenta per noi addetti ai lavori una sfida che deve essere interpretata soprattutto dal punto di vista del paziente. Dove a volte trattamenti articolati e dispendiosi non rappresentano la soluzione più idonea per il nostro paziente. Nella riabilitazione delle edentulie totali, la qualità di vita dei pazienti può essere migliorata con la realizzazione di protesi rimovibili stabilizzate da impianti. Analizzando la letteratura riscontriamo che sono riportati pochi problemi di adattamento alle protesi totali superiori mentre scarsa stabilità e problematiche masticatorie sono state spesso riscontrate in sede mandibolare. Intervendo su queste protesi inferiori ed evolvendole in overdenture su impianti, numerosi sono i vantaggi riportati anche dalla letteratura, come miglioramenti estetici, fonetici, incremento dell'efficienza masticatoria e della stabilità delle protesi.

La zona di interesse chirurgico è la parte sinfisaria della mandibola, compresa tra i due forami mentonieri. Qui il riassorbimento osseo post-estrattivo della cresta ossea residua mandibolare preserva solitamente una sufficiente quantità di osso sia come spessore che come altezza per il corretto posizionamento di almeno 2 impianti. Il posizionamento nella regione interforaminale di 2, 3 o 4 impianti osteointegrati non incide in maniera tangibile sul successo della protesi overdenture (OVD): la ritenzione,

la stabilità e la salute implantare risultano sovrapponibili. L'OVD è una protesi di successo, in continua crescita. Le percentuali di sopravvivenza implantare vanno dal 92% al 100%, indipendentemente dal tipo di ancoraggio utilizzato o dall'età dei pazienti. La tecnica chirurgica da preferire è la one-stage, soprattutto in pazienti anziani o in presenza di patologie sistemiche. I risultati di guarigione ossea sono sovrapponibili alla two-stage ma abbiamo il vantaggio di avere un intervento in meno e quindi meno stress per i pazienti e meno costi per lo studio. Proporre questa soluzione a un paziente totalmente edentulo, che non può o non vuole un trattamento riabilitativo con protesi fisse implantari, significa comunque fornirgli un'ottima scelta terapeutica. Oggi si sta delineando sempre più il ruolo dell'overdenture, che non è da considerare una via di mezzo tra la protesi totale e quella fissa, ma ha un suo razionale ben preciso e in alcuni casi, complessi e no, rappresenta il trattamento di elezione. Sulla scelta dei sistemi di ritenzione si apre un enorme capitolo sul processo decisionale, in quanto il protocollo è complesso da definire, i vantaggi, svantaggi, e indicazioni cliniche sono specifici dei vari protocolli terapeutici e a seconda dei casi clinici; l'argomento che vorremmo sottolineare è che l'overdenture mandibolare su 2 impianti è una scelta affidabile e predicibile nei soggetti con mandibola edentula e si pone come lo standard base per questi pazienti.



Roberto Scrascia

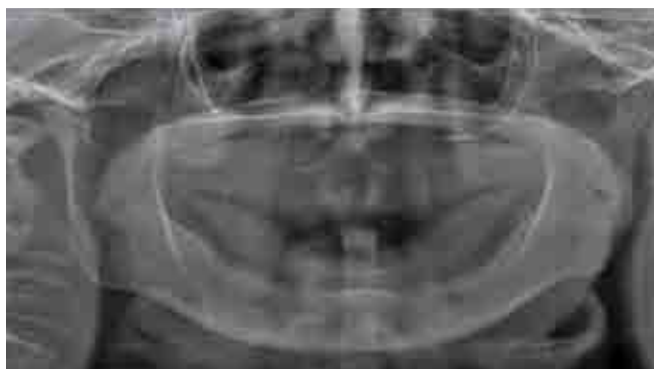


Fig. 1 Rx OPT della paziente ad inizio trattamento



Fig. 2 Visione occlusale dell'arcata inferiore; notare la cresta fluttuante



Fig. 3 Visione frontale della cresta mandibolare



Fig. 4 Particolare della zona periorale; notare lo scarso supporto dei tessuti molli del viso

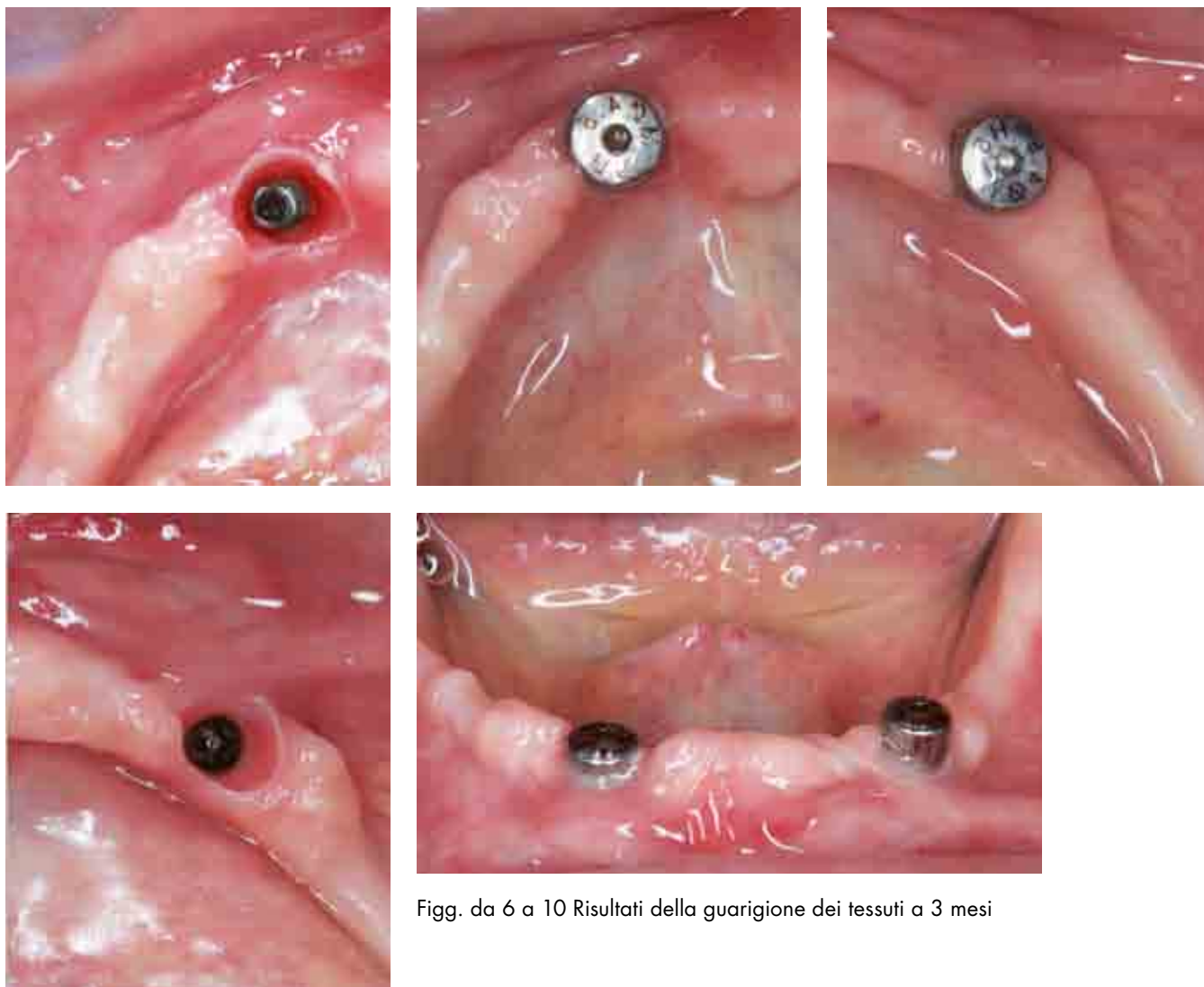


Fig. 5 Visione frontale in occlusione delle protesi

► Case report

La paziente si presenta all'attenzione del clinico per problemi di adattamento alle protesi totali, mascellare e mandibolare, che erano in suo possesso. Dall'anamnesi è emerso una pregressa storia di numerose protesi poi dismesse per mancato adat-

tamento della paziente e di conseguenza sfiducia nei confronti di futuri trattamenti. Le possibilità economiche della paziente non permettevano di ricercare soluzioni più complesse. Emerge soprattutto il bisogno di dare un adeguato sostegno ai tessuti molli periorali, la perdita di tessuti duri e molli nel tempo è stata notevole (Figg. da 1 a 5).



Figg. da 6 a 10 Risultati della guarigione dei tessuti a 3 mesi

D'accordo con la paziente, l'odontoiatra decide di procedere alla realizzazione di 2 nuove protesi e di stabilizzare quella inferiore con 2 impianti nella zona intraforaminale. Superate le fasi preliminari si sono costruite le protesi e dopo la consegna si procede ad aspettare la stabilizzazione dei tessuti e vengono effettuati i controlli di routine come il controllo occlusale e della lunghezza delle flange delle protesi.

Vengono inseriti gli impianti solo quando la paziente non ha presentato più nessuna sintomatologia. Viene scelta per gli impianti la zona biomeccanicamente più favorevole, l'indicazione a questo tipo di ancoraggio è dovuta alla morfologia mandibolare, la zona ideale secondo gli studi di Kalk è quella dove erano presenti i canini, e nella zona di massima curvatura della mandibola. La scelta è stata quella di una chirurgia

one-stage, con inserimento contestuale delle viti di guarigione per abbreviare i tempi di trattamento (Figg. da 6 a 10).

La protesi inferiore è stata svuotata nella zona dell'intervento e ribasata con tecnica diretta con F.I.T.T.. Quando si utilizza questa tecnica si preferisce rivedere il paziente nelle 48 ore successive per addolcire eventuali asperità legate all'indurimento progressivo di questo materiale. Come da protocollo tra i 7 e i 10 giorni sono stati rimossi i punti e si è proceduto a controlli periodici ogni 2 settimane per la necessità di apportare cambiamenti e miglioramenti al ribasaggio diretto effettuato in sede dell'intervento chirurgico. Poco prima della scadenza dei tre mesi canonici di attesa per l'osteointegrazione, la protesi, per negligenza della paziente, aveva subito una lesione ad una flangia. Approfittando della riparazione, si



Fig. 11 Sonda millimetrata per misurare il bordo gengivale



Fig. 12 Tecnica diretta



Figg. da 13 a 16 Particolare del sostegno dei tessuti periorali con le protesi



è proceduto con il ribasaggio definitivo della protesi in poche ore. Trascorsi i 3 mesi, vengono svitare le viti di guarigione e prese accuratamente le misure del bordo gengivale (Fig. 11) per inserire successivamente l'attacco a basso profilo, Equator Rhein83, dal tragitto transmucoso più idoneo al suo corretto funzionamento, nel caso specifico in zona 4.3 3 mm e in zona 3.3 2 mm.

Una volta montati gli attacchi di ritenzione e serrati come da protocollo a 25 n.m. ci si trova di fronte ad una scelta: procedere al carico protesico in maniera indiretta, quindi prendendo delle impronte con i transfert dei nostri attacchi (tecnica indiretta) oppure caricarli direttamente nella seduta in cui li

abbiamo inseriti (tecnica diretta) (Fig. 12). Si è proceduto con la ribasatura con tecnica diretta per la funzionalizzazione degli Equator Rhein83 per abbreviare ulteriormente i tempi di trattamento e creare meno discomfort alla paziente in quanto il trattamento non prevedeva una protesi provvisoria da consegnarle durante la transitoria condizione di edentulia. Al fine di ridurre i costi, rendere il trattamento veloce ed affidabile, si è deciso di non rinunciare alla qualità del prodotto finale ma di adottare una metodica veloce, snella ma soprattutto predicibile (Figg. da 13 a 17).

Per la realizzazione del manufatto protesico si ringrazia il Sig. Luigi Secondo, odontotecnico in Taranto.



Fig. 15

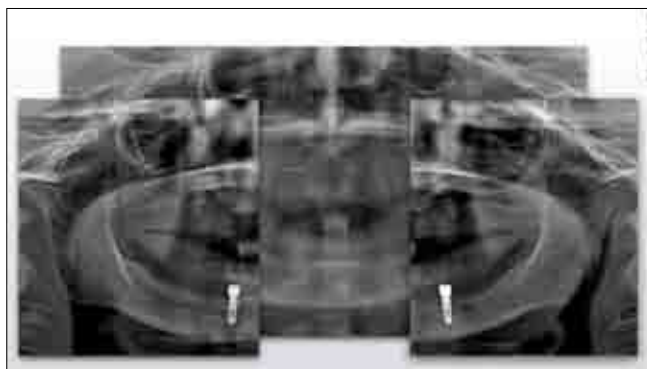


Fig. 16



Fig. 17 Gli Equator Rhein83 in posizione

► Risultati

In seguito alla consegna della protesi ritenuta dagli impianti si è controllato la paziente nelle settimane successive, notando con soddisfazione professionale la sua felicità e la sua accettazione entusiasta dei nuovi manufatti protesici.

► Follow up a 2 anni

L'importanza della buona riuscita di un trattamento protesico è il follow up, soprattutto quando si utilizzano attacchi rigidi e singoli. Rispetto a strutture più complesse come le barre che forniscono un sostegno strutturale alla protesi, nelle overdenture a sola ritenzione impiantare e supporto tissutale è fondamentale monitorare se il profilo interno della protesi è congruo con il profilo mucoso delle creste edentule, se vi è usura degli attacchi e soprattutto se è presente riassorbimento osseo attorno agli impianti per eventuale sovraccarico funzionale. Riportiamo in questo articolo un follow up a 2 anni, dove si evince una totale armonia della protesi con i tessuti circostanti. Gli attac-

chi presentano pochissimi segni di usura e vanno cambiati per rispetto del protocollo, ma soprattutto si può notare come sia stabile e predicibile l'overdenture. L'osso attorno agli impianti è stabile, non riassorbito e i tessuti mucosi sono in perfetta salute. Notiamo anche un leggero rimodellamento in positivo della gengiva attorno agli attacchi (Figg. da 18 a 23).

► Conclusione

In un momento storico dove l'età media dei pazienti è in aumento e le loro richieste ed esigenze sono di livello e qualità sempre più alto, abbiamo bisogno di avere nel nostro bagaglio lavorativo un trattamento che sia veloce, sicuro, pratico, di standard elevato e soprattutto economico. Sembrerebbe quasi impossibile che un solo trattamento abbia tutti questi aspetti. Analizzando la letteratura, emerge, invece, che l'overdenture mandibolare su 2 o più impianti è un trattamento ad alto indice di successo sia per la parte impiantare che per la parte protesica e soprattutto è un trattamento di standard elevato.



Figg. 18 e 19 Condizioni degli attacchi al rientro al controllo della paziente. Notiamo la presenza di placca batterica. La paziente non riscontra alcun cambiamento nella stabilità



Fig. 20 Controllo a 2 anni dell'impianto in zona 43



Fig. 21 Controllo a 2 anni dell'impianto in zona 33. Notiamo anche qui stabilità dei tessuti molli attorno all'attacco. Ottima stabilità ossea attorno all'impianto



Fig. 22 Dimissioni della paziente dopo l'igiene degli attacchi e motivazione alla pulizia domestica, soprattutto alla necessità di effettuare controlli regolari



Fig. 23 Rx follow up a due anni

L'autore

Dr. Roberto Scrascia, nato a Taranto il 6 ottobre del 1982. Laureato presso l'Università degli Studi di Bari in Odontoiatria e Protesi Dentaria nel 2009, con tesi sperimentale in Patologia Orale con il Prof. Massimo Petruzzi. Dedicò da subito la sua attività all'Endodonzia, alla Patologia Orale, all'Implantologia e alla Chirurgia Orale. Nel 2009 frequenta presso "Endodontic World" a Conversano il corso annuale di Endodonzia del Dr. Giuseppe Carrieri. Nel 2010 segue il corso teorico-pratico di Implantologia di AstraTech. Nel 2012 si perfeziona in "Rigenerativa Ossea in Chirurgia Orale" presso l'Università degli Studi di Chieti, titolare del corso il Prof. Antonio Scarano. Nel 2012 e 2013 è professore a contratto di Patologia e Chirurgia Orale per un ente regionale di Alta Formazione. Nel 2014 viene eletto consigliere provinciale dell'ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani). Nel 2014 diviene membro attivo dell'AIC Italia (Advanced Dental Implant Research & Education Center) di cui è anche relatore. Dal 2015 è stato eletto consigliere della CAO (Commissione Albo Odontoiatri) nell'ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Taranto. Nel 2015 diviene international tutor per la Rhein83. Relatore in congressi nazionali e internazionali. Attualmente svolge attività clinica privata e di ricerca nel suo studio e in consulenza ed è attivo nel sociale per la tutela della professione.

Bibliografia

Preti G., Bassi F. J Oral Rehabil 1996

Ferrigno N, Laureti M, Fanali S, Grippaudo G. Clin Oral Implants Res. 2002 Jun;13(3):260-73.

Roberto Branchi, Le impronte nel paziente totalmente edentulo, ©2009 Firenze University Press

Jemt T, Chai J, Harnett J, Heath MR, Hutton JE, Johns RB, McKenna S, McNamara DC, van Steenberghe D, Taylor R, Watson RM, Herrmann I. Int J Oral Maxillofacial Implants. 1996 May-Jun;11(3):291-8.

Zitzmann NU, Marinello CP, IPD 1999

Naert I, Gizani S, Vuylsteke M, Van Steenberghe D. J Oral Rehabil. 1999 Mar;26(3):195-202.

Ferrigno N, Laureti M, Fanali S, Grippaudo G. Clin Oral Implants Res. 2002 Jun;13(3):260-73.

Jemt T, Chai J, Harnett J, Heath MR, Hutton JE, Johns RB, McKenna S, McNamara DC, van Steenberghe D, Taylor R, Watson RM, Herrmann I. Int J Oral Maxillofacial Implants. 1996 May-Jun;11(3):291-8.