

CONSIDERAZIONI IMPLANTOPROTESICHE SU PAZIENTI CON SELLA LIBERA MONOLATERALE

Dott. T. GROTOWSKI

Riassunto

Oggi, l'implantologia dispone di un'ampia gamma di tecniche che permettono il ripristino dell'integrità masticatoria anche in quei casi che si presentavano di difficile o problematica soluzione per l'odontoiatria tradizionale. Ci si riferisce in modo particolare ai casi di edentulia parziale con sella libera monolaterale. A convalida del carattere innovativo dell'implantologia, l'autore, per il quale, tuttavia, il ricorso alle vecchie tecniche odontoiatriche (ad es., protesi ad estensione) va non già negato, ma limitato a poche, eccezionali situazioni cliniche, cita alcuni casi tratti dalla sua casistica personale.

Parole chiave

Sella libera monolaterale, tecniche odontoiatriche tradizionali, tecniche implantoprotetiche, casistica personale.

L'odontoiatria restaurativa ormai da anni dispone di un'ampia gamma di tecniche terapeutiche che permettono di ripristinare l'integrità delle arcate dentarie per riabilitare l'apparato stomatognatico in casi di edentulia sia totale che parziale. In quest'ultimo caso, abbiamo la possibilità di sfruttare i rimanenti elementi dentari per migliorare il tipo di protesi e soddisfare il più possibile il paziente ricorrendo ad una protesi fissa (condizionata dal numero e dalla posizione dei pilastri) o, in caso sfavorevole, da una protesi parzialmente fissa e rimovibile o tutta rimovibile.

Nonostante le ampie possibilità

offerte dall'odontoiatria restaurativa, rimane per sempre uno dei più grandi problemi protesici come riabilitare delle selle edentule libere monolaterali sia nella mascella inferiore sia nella mascella superiore.

In tale situazione di squilibrio dello scarico delle forze occlusali, abbiamo da affrontare pure il problema biomeccanico di stabilità del nostro manufatto protesico. Tali situazioni di un'arcata dentale ridotta con insufficiente numero di unità occlusali sono frequenti, dato che i molari sono colpiti per primi più spesso sia da carie sia da malattie paradontali, come confermano tra gli altri gli studi longitudi-

Summary

Implantology now makes use of a wide range of methods which permit complete restoration of masticatory function, even in cases presenting difficulties and problem for traditional dentistry techniques. This is particularly true in cases of the edentulous monolateral ridges.

To confirm the innovative quality of these implant techniques, some particular cases are cited from the case histories of the Author, who does not however deny the utility of traditional dentistry techniques (e.g. extension prostheses) in a few exceptional clinical situations.

Key words

Edentulous monolateral ridges, traditional dentistry techniques, implantoprothetic techniques, personal case histories.

nali condotti da Dunninger e Naniok (6).

In varie parti del mondo, da molti anni, si sono fatte ricerche sulla relazione tra perdita di supporto posteriore e stress clinico dell'A.T.M. o eventuale osteoartrite (5, 9, 12, 13, 14). Il danno provocato dal collasso dei quadranti posteriori e dall'insorgenza di asimmetria di contatti occlusali, provocando squilibri occlusali, non si limita solo all'A.T.M., ma può interessare la polpa del dente, il paradonto, il sistema neuromuscolare.

Secondo Kayser (6), nel sistema culturale moderno, non è stato ancora fissato il numero minimo di

denti per soddisfare le esigenze funzionali. Per capire meglio l'importanza della presenza di qualsiasi dente e, particolarmente, dei molari, vorrei citare le parole di Hirschfeld (6): «Ciascun dente può essere considerato come un elemento chiave, non solo per un'arcata dentale, ma per entrambe».

Per le regioni fin qui addotte, nei nostri trattamenti è necessario prendere in considerazione non solo il punto di vista funzionale (masticazione), ma anche l'estetica e la fonetica; in altri termini, si devono tener presenti tutte le funzioni sociali e biologiche (6).

Il problema della dentatura di pazienti propriamente edentuli con sella libera - cioè un caso una volta difficile da curare perché era necessario fare una protesi rimovibile poco stabile (la quale richiedeva successivi controlli occlusali nel tempo) ovvero una protesi fissa a estensione distale - oggi, nella maggior parte dei casi, grazie all'implantologia può essere finalmente risolto dal punto di vista funzionale.

Purtroppo, nonostante le ampie possibilità offerte dall'implantologia, ancor oggi, molto spesso si continuano a fare manufatti protesici in estensione ad onta dei loro insuccessi (sia di tipo biologico che di tipo tecnico).

Secondo le ricerche condotte dai vari autori per un periodo di 5-8 anni, gli ultimi elementi dentali incapsulati erano riconducibili a carie (8,1%) (4) o a problemi endodontici (6,6%) (7). Secondo Bergholtz e Neyman (2), nel 10-15% dei casi sono state riscontrate fratture radicolari e nel 2,7% dei casi complicazioni di tipo paradontale (11).

Anche per quanto riguarda i problemi di tipo tecnico di una protesi a estensione si verificano insuccessi. Questi vanno dalle fratture del metallo o della faccetta (1,3-2,2% dei casi) alla perdita di ritenzione (3-13% dei casi) (3,8,10). Risultati analoghi emergono da ricerche condotte da altri autori. Recentemente, essi sono stati confermati dalla ricerca condotta con la tecnica fotoelastica da ALVES ed altri (1).

Tenendo conto dei tanti limiti, le protesi rimovibili o con elementi in estensione distale presentano un rischio grave di insuccesso sia biologico che tecnico. Per questo, un'arcata dentale ridotta dovrebbe essere recuperata tramite mezzi offerti dall'implantologia, senza la quale l'odontoiatria non può definirsi veramente moderna. Il ri-

corso alle vecchie tecniche odontoiatriche (es. protesi ad estensione) deve essere oggi non negato, ma limitato a quei casi, veramente pochi, nei quali sia inopportuno o impossibile l'uso di tecniche implantoprotetiche.

A convalida del mio discorso, vorrei citare tre casi tratti dalla mia casistica personale.

Caso n. 1

Fig. 1 - La radiografia mostra una protesi a estensione distale sul dente 45. Il dente 17, a causa della mancanza di contatto con l'antagonista, è parzialmente fuoriuscito dall'alveo; peraltro, è evidente la presenza di tasca ossea tra i denti 16 e 17, che provoca dolori al paziente da diversi anni.

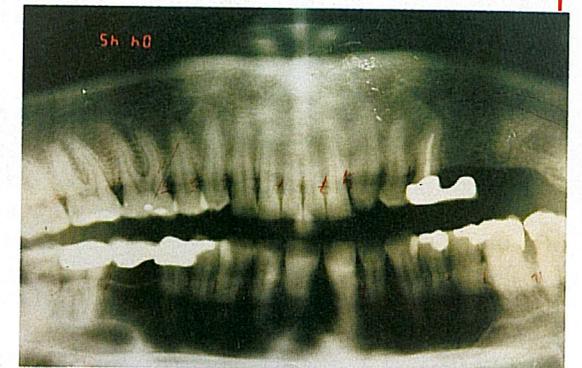


Fig. 2 - La paziente dopo intervento implantologico. È stata utilizzata una lama di Lo Bello.

Fig. 3 - Implantoprotesi vista dalla parte linguale sul modello di gesso. Si noti la modellazione della protesi che ne permette l'igiene.

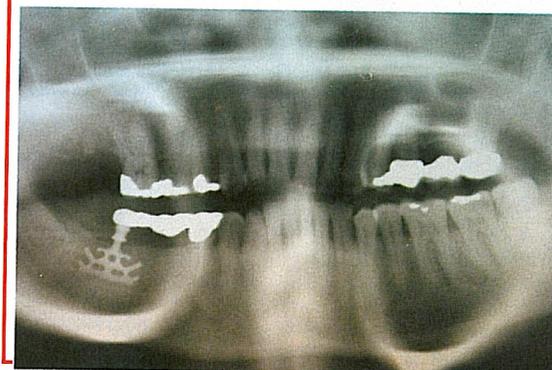
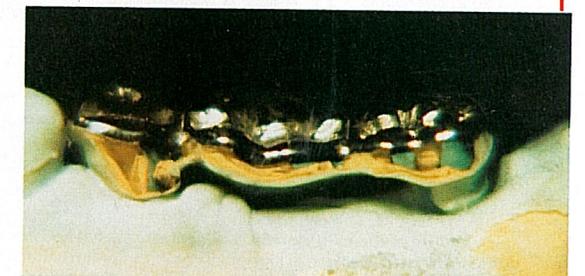


Fig. 4 - Radiografia di controllo a lavoro finito. Il dente 17, per i motivi suddetti (presenza di tasca ossea e parziale fuoriuscita dall'alveo), è stato estratto.

Caso n. 2

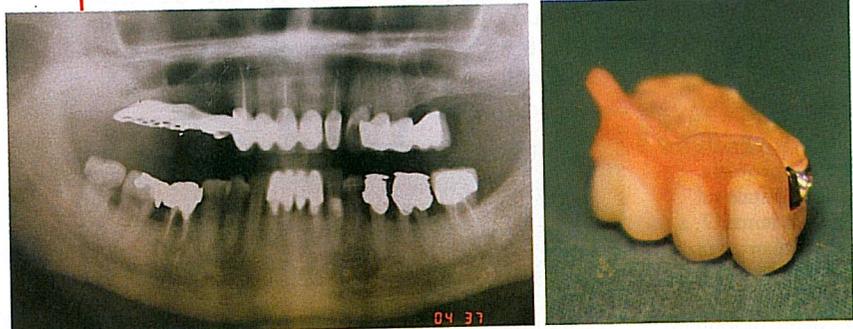


Fig. 1/2 - Radiografia del secondo paziente prima del trattamento. Questo paziente portava da un anno una protesi mobile parziale monolaterale con attacco rigido di precisione.



Fig. 3 - Questa foto mostra il risultato finale del trattamento. L'integrità dell'arcata dentale superiore è stata recuperata tramite implanto-protesi in metallo-porcellana dal 14 al 17.



Fig. 4 - Radiografia di controllo dopo 18 mesi. In questo caso, sono state utilizzate una lama di Linkow e una vite bicorticale di Garbaccio.

Caso n. 3



Fig. 1 - Radiografia del terzo paziente prima del trattamento. Questo paziente sui denti 34 e 35 aveva da oltre 6 anni una protesi a estensione distale che portava un elemento. Successivamente, tale protesi è stata estratta. È evidente il danno prodotto dalla protesi costituito da un distanziamento dei denti 34 e 35.



Fig. 2 - Paziente dopo intervento implantologico. È stata utilizzata una lama di Linkow.



Fig. 3 - Radiografia di controllo dopo 9 mesi. Si noti l'ottimo stato del tessuto dell'osso attorno all'impianto.

Bibliografia

- ALVES M., ASKART M., RANDOLPH R., PASSANEZT E.: "Ponti mandibolari posteriori di tre elementi a bandiera. Ricerca con la tecnica fotoelettrica". Riv. Int. di Parodontologia & Odontoiatria Ricostruttiva, 10, 2, 93, 1990.
- BERGENHOLTZ G., NYMAN S.: "Endodontic complications following periodontal and prosthetic treatment of patients with advanced periodontal disease". J. Periodontol.: 55, 63, 1984.
- GLANTZ P.O., NYMAN S.: "Technical and biophysical aspects of fixed partial dentures for patients with reduced periodontal support". J. Prosthet Dent.: 47, 47, 1982.
- KARLSSON S.: "A clinical evaluation of fixed bridges, 10 years following insertion". J. Oral Rehabil.: 13, 423, 1986.
- KAYSER A.F.: "Shortened dental arches and oral function". J. Oral Rehabil.: 8, 457-462, 1981.
- KAYSER A.F.: "Arcato dentale raccorciativa: concetto terapeutico relativo ad una dentatura compromessa e ad un certo gruppo di pazienti ad alto rischio". Riv. Int. di Parodontologia & Odontoiatria Ricostruttiva: 9, 6, 427, 1989.
- LANDOLDA A., LANG P.N.: "Erfolg und Misserfolg bei Extensionsbrücken". Schweiz Monatschr Zahnmed.: 98, 239, 1988.
- LAURELL L., LUNDGREN D.: "Periodontal ligament areas and occlusal forces in dentitions restored with cross-arch bilateral end abutment bridges". J. Clin. Periodontol.: 12, 850M 1985.
- MONGINI F.: "Remodeling of the mandibular condyle in the adult and its relationship to the condition of the dental arches". Acta Anat.: 82, 437-453, 1972.
- NYMAN S., LINDHE J.: "A longitudinal study of combined periodontal and prosthetic treatment of patients with advanced periodontal disease". J. Clin. Periodontol.: 4, 163, 1979.
- NYMAN S., ERICSSON I.: "The capacity of reduced periodontal tissues to support fixed bridgework". J. Clin. Periodontol.: 9, 409, 1982.
- SASSEN H.: "Häufigkeit klinischer manifeste Funktionsstörungen bei partiellen Gebisschanden". Dtsch. Zahnärztl. Z.: 37, 969-974, 1982.
- STEINHARDT G.: "Über die gegenseitige Abhängigkeit zwischen Parodontium und Kiefergelenk beim Kauvorgang". Dtsch. Zahnärztl. Z.: 5, 1157-1173, 1950.
- TOLLER P.A.: "Osteoarthritis of the mandibular condyle". Br. Dent. J.: 134, 223-231, 1973.

Brexin®

β-ciclodestrina-piroxicam



chiesi

segnare 3568 cartolina informazioni