



UNIVERSITÀ DI PADOVA

Facoltà
di Medicina e Chirurgia
Cattedra di Pedodonzia
Direttore: Prof. G.A. Favero

UNIVERSITÀ DI ROMA
«LA SAPIENZA»

Facoltà di Medicina e Chirurgia
Istituto di Clinica Odontostomatologica
Direttore: Prof. G. Dolci



1st WORLD CONGRESS
OF
OSSEOINTEGRATION

1° CONGRESSO MONDIALE DI
OSSEOINTEGRAZIONE

*Venice, Lido - Palazzo del Cinema
September, 29 - October 2, 1994*

ATTI - PROCEEDINGS

A cura di - Edited by
Prof. G. DOLCI
Prof. G.A. FAVERO

ESTETICA E TRATTAMENTO PERIO-IMPIANTO-PROTESICO

FERRARA A.

INTRODUZIONE

L'introduzione degli impianti osteointegrati nel trattamento delle edentulie totali é stata certamente una grande e benefica rivoluzione che Branemark ha portato in campo odontoiatrico. Il grande successo di questa metodologia e il suo rapido sviluppo in tutto il mondo, é stato poi anche confortato da una grande varietà di studi effettuati da numerosi gruppi di ricercatori. Per molti anni, la problematica in campo implantare, riguardava esclusivamente i protocolli, chirurgico e protesico nelle varie situazioni cliniche, favorendo la ricerca sul piano funzionale e non considerando un problema l'estetica in questo tipo di riabilitazione.

L'uso degli impianti osteointegrati in condizioni di edentulismo parziale ha portato da un lato la nascita di molti nuovi sistemi implantari e dall'altro ad una maggiore attenzione anche al problema estetico.

Lo sviluppo di nuove tecniche in campo diagnostico, l'uso della rigenerazione ossea guidata, l'affinamento di protocolli chirurgici e la grande varietà di sovrastrutture protesiche, permette quindi oggi standard qualitativi sia dal punto di vista funzionale che estetico impensabili fino a pochi anni fa.

MATERIALI E METODI

In casi di edentulismo parziale quattro sono le metodiche più comunemente utilizzate:

- corona o ponte supportato solo da impianti
- ponte misto denti impianti interconnessi con attacchi di semiprecisione
- ponte misto denti impianti interconnessi in modo rigido (attacchi di precisione avvitati "T-bloks")
- ponte misto denti impianti interconnessi in modo rigido ma con una connessione resiliente tra impianto e sovrastruttura (elemento intramobile IMZ.)

Per la sostituzione di un singolo elemento dentale, la metodica di elezione é certamente una corona singola su impianto e le considerazioni da fare riguardano le dimensioni dell'impianto, il tipo di connessione con la sovrastruttura protesica e il tipo di abutment da utilizzare ma di fondamentale importanza sono anche il posizionamento spaziale dell'impianto in relazione ai denti adiacenti e antagonisti, e il trattamento dei tessuti molli peri-implantari.

- tipo di impianto dipende da quale dente deve essere sostituito, non scordandosi i parametri tradizionali nel posizionamento di un impianto si dovrà scegliere l'impianto che presenti un profilo di emergenza il più simile rispetto al dente che dobbiamo sostituire. Oggi esistono impianti con diametri variabili da 2,9 mm. a 7 mm.
- connessione con sovrastrutture - la connessione con esagono esterno o interno é quella che assicura la maggiore precisione e staticità. Per impianti di diametro maggiore la possibilità di sfruttare connessioni esagonali interne all'impianto, favorisce maggiormente la stabilità senza indebolimento delle pareti del corpo dell'impianto.
- gli abutment e le sovrastrutture protesiche che danno maggiori garanzie, sono quelli di fabbrica piuttosto che quelli eseguiti con calcinabili in laboratorio, gli standard qualitativi sono certamente più elevati.

Una adeguata banda di tessuto cheratinizzato con una festonatura gengivale che ben si raccorda ai denti adiacenti, in unione ad una posizione della testa dell'impianto leggermente più appicale della linea amelo-cementizia dei denti vicini in unione ad una inclinazione ottimale dell'impianto in senso vestibolo palatale permettono il raggiungimento di un ottimo risultato funzionale ed estetico.

In caso di riabilitazioni orali ove i denti residui a causa di una malattia parodontale abbiano un supporto diminuito, i problemi da risolvere sono certamente più complessi.

Ricordiamo i quattro metodi più comunemente utilizzati nella risoluzione dei casi di edentulismo parziale e confrontiamo contemporaneamente il protocollo di Branemark per casi di edentulismo parziale con la pratica protesica tradizionale in casi parodontali. Branemark afferma che è sempre meglio isolare gli impianti dai denti naturali, che è bene utilizzare un materiale resiliente sulla superficie occlusale dei restauri e che la protesi deve essere sempre smontabile ed ispezionabile.

I canoni della protesi parodontale tradizionale sono invece fissazione rigida tra i pilastri naturali, porcellana come materiale di copertura da preferire nelle riabilitazioni protesiche, protesi cementate quindi non smontabili ed ispezionabili.

DISCUSSIONE

Il punto di più semplice risoluzione è certamente quello che riguarda la rigidità delle travate e la loro possibilità di ispezione, o con l'uso di corone telescopiche non solo cementate, ma avvitate sui pilastri naturali, o con corone cementate sui pilastri naturali e collegate alle sovrastrutture su impianti con attacchi a T avvitati. In questo modo anche mantenendo ispezionabile la protesi su impianti, non si rischia intrusione, spostamento o rammollimento dei pilastri protesici naturali. Il collegamento tra impianti e denti naturali permette con maggior tranquillità l'uso della porcellana come materiale occlusale per il controllo propriocettivo dei denti naturali rendendo meno facile un sovraccarico occlusale. Sugli impianti, vengono quindi soddisfatti tutti i principi generali della protesi parodontale. L'uso di elementi resilienti tra impianti e sovrastruttura consente quindi di utilizzare gli impianti non solo come sostituti di pilastri protesici naturali ma anche come validi pilastri in supporto di pilastri naturali mobili con poco supporto parodontale o a rischio di fratture da sovraccarico per precedenti terapie endodontiche destruenti o rizectomie.

In tutti i casi ove vi sia la necessità di collegare denti naturali e impianti, il fattore funzionale rimane ancora prioritario specie nei distretti posteriori; quando invece l'estetica risulta l'elemento caratterizzante della riabilitazione protesica, i migliori risultati si otterranno con ponti esclusivamente su impianti e l'uso di abutment particolari come Estheticone o altri di varie forme e dimensioni che per mezzo di adeguate viti di guarigione condizionano la guarigione dei tessuti molli e permettono un risultato estetico ottimale ed in profilo di emergenza più adatto al mantenimento della salute dei tessuti peri-implantari. In qualsiasi situazione clinica il posizionamento dell'impianto risulta determinante nel raggiungere un valido risultato e quindi un accurato studio del piano di trattamento, l'uso di tecniche rigenerative dell'osso e dei tessuti molli peri-implantari sono il primo passo, ma forse quello determinante nella risoluzione dei casi implanto-protesico parodontali.

SUMMARY

Osteointegrated implants were born for edentulous patients, to day, using implants in many cases of partial edentulism, new and different demands both functional and esthetic will appear in various clinical situations.

(*one of*) In a single tooth replacement with an osteointegrated implant a spatially correct position of the implant is a decisive factor for the esthetic success, *NATURALLY*

In implant perio prosthetic complex cases, where bone support is decreased, the most important consideration is in the number of implant useful to distribute the load.

Bone quantity and quality presence of adequate keratinized tissue around implants, type of abutments, material of choice in full coverage situations, emergency profiles of crowns are decisive factors to achieve good functional and esthetic results in perio-implant-prosthetic treatments.

REFERENCES

- Skalak R: Biomechanical considerations in osseointegrated prosthesis. J Prosthet Dent 1983;49(6):843-848.
- Kay HB: Osseointegration-Beyond tooth replacement: The Intramobile Cylinder (IMZ) as a stabilizing abutment in periodontal prosthesis. Int. J. Periodont. Rest. Dent. 1989(6):395-415.
- Kirsch A. Mentag PJ: The IMZ endosseous two phase implant system. A complete oral rehabilitation treatment concept Oral implantol. 1986;12:576-589.
- Babbush CA, KIRSCH A, et al The Intramobile Cylinder (IMZ) two - stage osteointegrated implant system with the intramobile element (IME): Short - and long-term clinical data. The implant Report 1990. Practical Periodont Aesthet Dent 1990; 2(5):24-32.
- Astrand, P., Borg. K., Gunne, J. & Olsson, M.(1991) Combination of osseointegrated implants and natural teeth as support for fixed bridges. A 2-year longitudinal study. Int. J. Oral Maxfac. Implants 6:305-312.
- Jemt, T., Lekholm, U. & Lundgren, D. (1989) osseointegrated implants in the treatment of partially edentulous patients: a preliminary study on 876 consecutively placed fixtures. Int. J. Oral maxillofac. Implants 4:211-217. Kirsch, A. Ackermann, K. L. (1986) Das IMZ Implantat-System,- methode, Klinik, Ergebnisse. ZWR 95:1134-1144.
- McGlumphy, E. A., Campagni, M.S. & Peterson, L. J. (1989) a comparison of the stress transfer characteristics of a dental implant with rigid or a resilient element. J. Prost Dent. 5:586-593.
- Van Steenberghe, D., Lekholm, U., Bolender, C., Folmer, T. Henry, P., Herrmann, I., Higuchi, K., Lancy, W., Linden, U. & Astrand P. (1990) The applicability of osseointegrated oral implants in the rehabilitation of partial edentulism. A prospective multicenter study on 558 fixtures. J. Oral Maxillofac. Implants 5:272-281. Jovanovic SA, Spiekermann II? Richter RJ. Bone regeneration around titanium dental implants in dehiscenced defect sites: A clinical study. Int. J Oral Maxillofac implants 1992.7.23-245.

between natural and implant abutment. In maintenance case will ensure a good long term result