



ODONTOIATRIA
MONZA
& BRIANZA
N° 03

implantologia oggi

La società moderna ha portato ad un aumento dei bisogni personali e quindi, anche in materia odontoiatrica, le richieste e le aspettative dei pazienti sono molto più elevate rispetto ad un tempo. Si evidenzia quindi la necessità di rinnovare il modello di terapia odontoiatrica e di adattare le strutture di cura in ambito odontoiatrico alle attuali necessità. Un altro fattore che oggi assume sempre maggiore rilevanza anche nell'ambito delle terapie odontoiatriche è il fattore tempo; sempre più spesso tutti noi vogliamo "tutto e subito" questo però spesso si scontra con la qualità delle prestazioni erogate e ancora di più in ambito sanitario dove per specificità genetica e per esposizione a diversi stimoli ambientali la risposta individuale comporta differenze veramente di rilievo nei meccanismi di guarigione.

Per entrare nello specifico dell'Implantologia oggi i pazienti per effetto delle nuove leggi che regolano la pubblicità in ambito sanitario sono raggiunti da numerosi messaggi promozionali spesso però ingannevoli o solo parzialmente corrispondenti alla realtà. In molti casi si prospettano soluzioni implantari apparentemente semplici, immediate e non troppo costose grazie alle quali il paziente nel giro di poche ore passa da una situazione di grave disagio per mancanza di molti o tutti i denti ad una riabilitazione completa impianto protesica funzionalmente ed esteticamente estremamente valida ma tutto ciò spesso non corrisponde alla verità. Cerchiamo di fare chiarezza e di vedere quali sono le potenzialità ed i limiti dell'implantologia oggi a 25 anni di distanza dalla commercializzazione dei primi impianti osteointegrabili e capire quali siano le reali possibilità terapeutiche che oggi sono disponibili per i nostri pazienti con una buona predicibilità di risultati e per fare questo dobbiamo partire raccontando dall'inizio gli accadimenti di questa nuova era dell'odontoiatria.



NELLA FOTO: PROF. ALBERTO FERRARA
"parodontologia non chirurgica" Monza 9
Giugno 2010

L' implantologia osteointegrata nasce da una intuizione del Prof. Branemark , docente di Anatomia all' Universita' di Goteborg , che studiando la guarigione del tessuto osseo in vivo, noto' che quando i cilindri cavi posizionati nell' osso degli animali per visualizzare la crescita delle cellule ossee erano di titanio puro, dopo un certo periodo di tempo non potevano più essere tolti in alcun modo dalla loro sede cosa che invece non avveniva con cilindri di altri metalli.

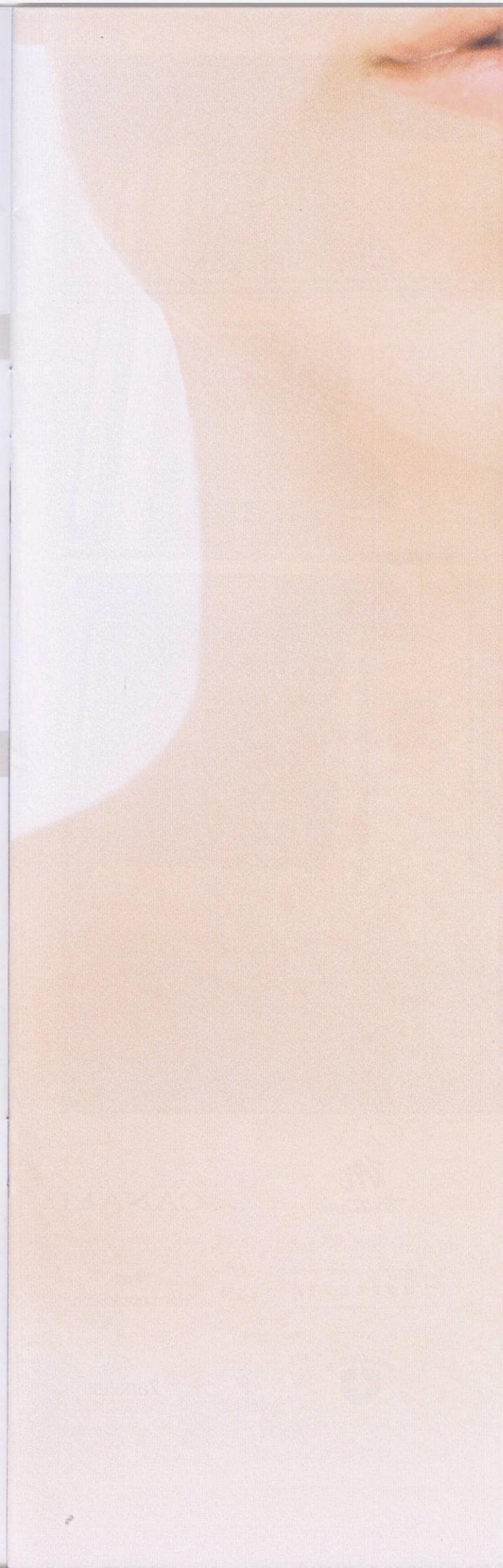
Il titanio commercialmente puro come tutti i metalli puri a contatto con l'aria si ossida ma la cosa importante e' che l' ossido di titanio che ricopre la superficie di un impianto ha una composizione chimica uguale all' idrossiapatite che a sua volta e' una componente del tessuto osseo ed i legami che si vengono a formare tra queste due sostanze simili comportano una vera unione chimico fisica che determina la così detta osteointegrazione. L'impianto cioè diventa un tutt' uno con l'osso circostante ; perchè questo avvenga e' necessario un certo tempo e anchebche vengano rispettate altre condizioni che vedremo tra poco . Il fatto che non esiste una vera ritenzione meccanica tra osso e impianto fa si' che se si perde l' osteointegrazione (per infezione o carico eccessivo) l' impianto perde stabilita' e diventa immediatamente mobile.

Principi

Branemark stabilì alcuni principi fondamentali per poter ottenere in modo predicibile l'osteointegrazione: la purezza del titanio e la decontaminazione della superficie del manufatto, la atraumaticità dell'intervento, la sterilità durante la procedura chirurgica, una chirurgia in due fasi e l'assenza di carico masticatorio tra le due fasi chirurgiche durante cioè il periodo di guarigione necessario all'osteointegrazione. Alcuni di questi principi rimangono validi a tutt'oggi, mentre sia la chirurgia in due fasi che l'assenza di carico non sono più considerati necessari per ottenere il successo implantare. Viste queste premesse possiamo quindi affermare che la letteratura scientifica internazionale ci ha evidenziato come l'utilizzo di impianti sottoposti a carico immediatamente dopo il loro inserimento e impianti posizionati in bocca immediatamente dopo l'estrazione di un dente possono osteointegrarsi con una percentuale di successo simile a quella di impianti posizionati seguendo il protocollo chirurgico e protesico tradizionale. Ma questo è sempre vero oppure si devono limitare queste procedure a casi ben selezionati che presentano caratteristiche

particolari e ben determinate? È ovviamente una domanda retorica, poiché non avrebbe senso se così non fosse stare ancora oggi a parlare di protocolli tradizionali.

A questo punto il discorso si fa ovviamente più complicato e forse anche troppo tecnicistico ma cerchiamo di vedere nel modo più semplice possibile quali possono essere condizioni indispensabili per avere risultati positivi con l'utilizzo delle nuove metodologie. Tutte le procedure chirurgiche sono operatore dipendente ma mentre in procedure standardizzate il risultato è molto predicibile, nei casi di impianti post estrattivi o di carico immediato la capacità e l'esperienza dell'operatore diventano estremamente rilevanti. Per ovviare a questa limitazione al diffondersi delle nuove metodologie, le case produttrici hanno ora sviluppato e immesse sul mercato procedure chirurgiche computer guidate che presentano però ancora una serie di potenziali errori così importanti da renderle poco affidabili o consigliabili solo ad operatori molto esperti e quindi scarsamente utili al di là del ritorno in termini di immagine e di pubblicità.



Altro argomento importante che dovrebbe essere ben chiaro ai nostri pazienti e' che gli impianti andrebbero utilizzati per sostituire denti che sono senza speranza di recupero con una terapia adeguata, e non per sostituire denti che potrebbero invece essere salvati ma che pero' e' piu' semplice togliere : ricordiamoci che a distanza di dieci anni la sopravvivenza di denti trattati per una patologia parodontale anche grave e di impianti posizionati nelle bocche di pazienti con una parodontite e' nettamente a favore dei denti naturali : d'altronde in nessun campo della medicina e della chirurgia si preferisce sostituire un organo od un tessuto con uno artificiale se non si e' costretti dalla impossibilita' di cura di quello naturale .

Ritornando al carico immediato quando e' consigliabile il suo utilizzo ? E' evidente che il poter saltare una fase di guarigione con l'utilizzo di protesi rimovibili scomode fastidiose e poco funzionali e' il motivo principale per cui si cerca il carico immediato anche in impianti post-estrattivi ma vi sono alcune indispensabili condizioni perche' si possa proporre ai pazienti senza un incremento del rischio di fallimenti : che il carico avvenga su piu' impianti non posizionati su di una linea retta e che vengano inseriti con un torque di almeno 30 newton/cm., in pratica che questi impianti abbiano una grande stabilita' meccanica iniziale poiche' la presenza di movimenti anche minimi durante la fase iniziale di guarigione impedirebbero l'osteointegrazione . E' piu' predicibile un intervento su di una intera arcata riabilitata con sei impianti piuttosto che la risoluzione di una edentulia parziale.

Le soluzioni pubblicizzate come la panacea della ricostruzione protesica di arcate edentule così dette di "all' on four" per evitare insuccessi devono in realtà essere limitate a casi con una qualità ossea ottimale e dove non ci siano parafunzioni né una eccessiva forza masticatoria.

Esiste poi il problema della sostituzione di denti singoli nelle zone anteriori dove il problema estetico è molto complesso e le soluzioni terapeutiche devono essere mirate al mantenimento del volume dei tessuti osseo e gengivale.

Quando un dente viene estratto l'osso che lo circonda nel tempo si riassorbe ed il danno estetico è molto importante. Esistono tecniche per cercare di minimizzare questo fenomeno che avviene anche se si inserisce un impianto nell'alveolo.

Una possibilità è quella di posizionare un impianto immediatamente al momento dell'estrazione con un provvisorio che abbia solo funzione estetica ma non sia in contatto con l'arcata antagonista, oppure quando non vi siano le condizioni per un immediato postestrattivo e si possa utilizzare un confortevole provvisorio, riempire l'alveolo con un materiale osteogenetico che favorisca la riossificazione senza eccessiva perdita di volume.

Come dicevo all'inizio i problemi legati all'implantologia sono numerosi e spesso complessi e questa è la ragione per cui ci si dovrebbe affidare a professionisti esperti e con una specifica preparazione per poter sfruttare al massimo le potenzialità di questa disciplina con una alta predicibilità dei risultati.

Alberto Ferrara

Libero professionista in Milano
Specialista in odontostomatologia
Professore a contratto Università di Parma
Socio Attivo della SIdP