

ASSOCIAZIONE

TRIVENETA

IMPIANTI ALLOPLASTICI



Bollettino sociale n. 6

Settembre 1971

Sped. in abb. post. Gr. IV

I
L
F
A
L
S
O
M
O
N
C
O
N
E

Il falso moncone è un elemento di grande importanza per il successo nel tempo dell'impianto ad ago nel sistema a treppiede. Ne sono stati escogitati di diversi tipi: in teflon prefabbricati, in resina auto polimerizzante, questi due tipi di falso moncone implicano che gli aghi siano ravvicinati nel loro punto d'entrata. Impegnano l'esecuzione dell'intervento al falso moncone.

Il falso moncone individuale in oro, da me ideato fin da quando mi sono dedicato agli impianti ad ago, e presentato al IV Seminario des Implantés Aiguilles e al Congresso Italiano di Implantologia del '66, ha dato ottimi risultati.

Le sue caratteristiche fondamentali sono: riunire gli aghi impiantati in modo rigido, come le radici di un dente naturale alla propria corona.

2) Costruito in oro fuso, con materiale che non irrita quindi la gengiva, specie in una zona così delicata quale è quella del punto d'entrata degli aghi.

3) Costruito in una forma tale da poter detergere la zona di mucosa sottostante con i mezzi convenzionali.

4) Deve rendere possibile alla protesi a ponte sovrastante di essere amovo-inamovibile. E' importante che il ponte sopra il treppiede sia amovo-inamovibile, perchè in caso di sofferenza gengivale possiamo rimuoverlo e aggredire con maggiore facilità la zona sofferente. Eventualmente eliminare l'impianto, senza distruggere tutta la protesi, ripiegando poi, grazie alla presenza dell'altra estremità amovo-inamovibile, ad una protesi convenzionale rimovibile, oppure dopo un periodo d'attesa rifare l'impianto.

5) Il requisito più importante del falso moncone individuale, è quello di unire gli aghi, anche se la distanza dell'estremità intra-orali degli aghi è notevole. Il falso moncone deve assecondare uno dei principi più importanti per la buona esecuzione di un impianto a treppiede. I *punti d'entrata degli aghi* debbono essere distanziati almeno di mm. 3 l'uno dall'altro, non debbono *assolutamente incrociarsi*. Inoltre la distanza dei punti d'entrata degli aghi è condizionata dall'anatomia delle ossa alveolari. La presenza del seno, per esempio, ha rappresentato sempre un serio ostacolo per l'implantologia endo-ossea, ed ora per gli impianti ad ago nel loro sistema a treppiede. Il pavimento del seno può trovarsi vicinissimo alla cresta: questo il più delle volte proprio nella regione del 5-6,

dove nell'estremità libere dobbiamo costruirci il pilastro di sostegno per un eventuale ponte. In questi casi o impiantiamo gli aghi distanziali, o dobbiamo rinunciare all'impianto. Il falso moncone *individuale scomponibile* può risolvere un gran numero di questi casi, diminuendo la percentuale dei casi limite (fig. 32-33). Concludendo dobbiamo costruire un falso moncone per l'impianto e non condizionare l'impianto al falso moncone.

I numerosi casi operati ed ai quali ho applicato il mio falso moncone, dopo molti anni presentano al di sotto ed attorno al falso moncone, una mucosa perfetta, senza alcuna granulazione e senza alcuna sofferenza. Ciò è determinato soprattutto dal fatto che il falso moncone individuale è igienico, sciacquabile e detergibile con i comuni mezzi e chimicamente non irritante. Ora da alcuni anni ho adottato la variante del falso moncone individuale scomponibile (vedi fig. 25-26-27-28), che si richiama sempre al falso moncone come era stato ideato, però lo ha reso di più semplice esecuzione scomponendolo in due parti (fig. 26). Una parte che serve per solidarizzare gli aghi impiantati: in questa prima parte ho creato un artificio che rende impossibile agli aghi di mobilizzarsi. Questo consiste in una doccia sulla testa della prima parte del falso moncone tra gli aghi, che permette il loro ripiegamento dopo la cementazione, e rende in questa maniera impossibile la loro mobilizzazione (fig. 30-31). La seconda parte è una telescopica provvista di una vite, che rende amovibile la protesi sovrastante, che durante l'esecuzione di quest'ultima serve da moncone.

La telescopica, a protesi ultimata, viene cementata sopra la prima parte già fissata agli aghi (fig. 27). Si ottiene in questa maniera un falso moncone unico, che permette alla protesi sovrastante di essere costruita con maggiore facilità, accuratezza e secondo i dettami della moderna gnatologia. Pur tuttavia il primo prototipo, presentava qualche difficoltà di esecuzione in quanto abbinava in un unico pezzo, sia la parte che doveva solidarizzare gli aghi del treppiede, sia la vite che rendeva la protesi sovrastante amovibile (fig.). Con il falso moncone in un unico pezzo poteva accadere che cementandolo sugli aghi, venisse affondato di qualche mm. in più per cui la corona sovrastante non articolava con l'antagonista. Si doveva perciò ribasare la superficie triturrante della stessa, l'inconveniente era rimediabile ma fastidioso.

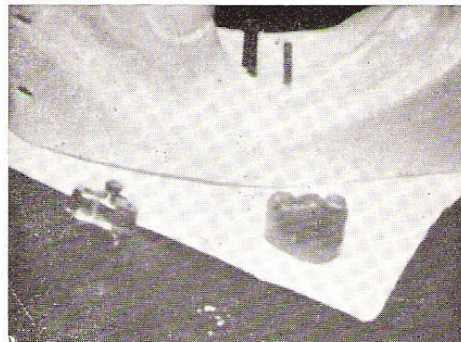


fig. 23

Il prototipo del faux moignon fuso in oro con la vite.

Era costruito in un unico pezzo comprendente la parte che serviva a solidarizzare gli aghi e la parte con la vite che serviva a rendere amovibile la corona sovrastante, a destra nella figura.

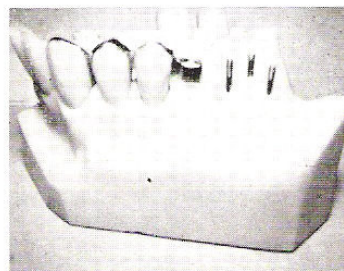


fig. 25

Modello con i tre aghi impiantati e parallelizzati per l'esecuzione del falso moncone. Anteriormente la parte sui pilastri naturali è eseguita con tre corone $\frac{3}{4}$ solidarizzate fra di loro, l'ultima delle quali presenta una estremità provvista di femmina di una vite.

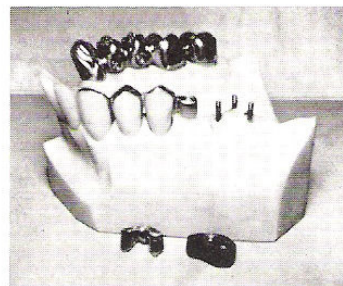


fig. 26

Lo stesso, con in basso il nuovo falso moncone scomposto nelle sue due parti; quella di sinistra che viene cementata sugli aghi, quella di destra che viene cementata sulla prima ed è provvista di una vite.

fig. 27

Le due parti del falso moncone riunite sugli aghi.
Si possono notare bene le due viti una sulla estremità dell'ultima $\frac{3}{4}$ e l'altra sul falso moncone che permetterà al ponte, che solidarizza il trippiede ai pilastri naturali, di essere amovibile.

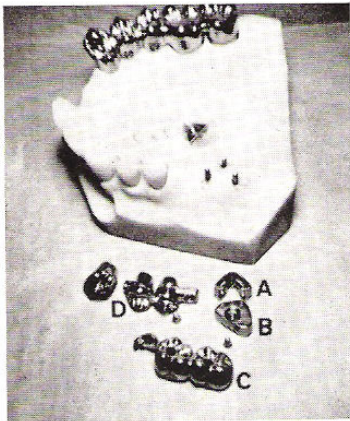
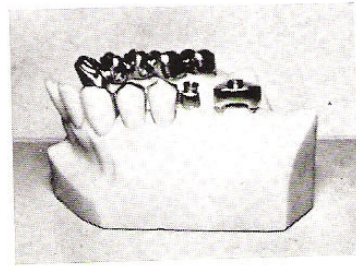


fig. 28

Quadro d'assieme scomposto.
A) 1^a parte del falso moncone.
B) 2^a parte del falso moncone con sotto la vitina che serve per solidarizzare la corona (C) del ponte, a B.
D) Le corone sui pilastri naturali.
C) Il ponte telescopico che riunisce e solidarizza A-B a D.

fig. 29

Estremità intraorale di aghi di un tripode parallelizzati.
Notare la notevole distanza degli uni dagli altri dovuta a necessità anatomiche.
L'osso alveolare in quella zona sotto il seno era spesso di 3-4 millimetri.

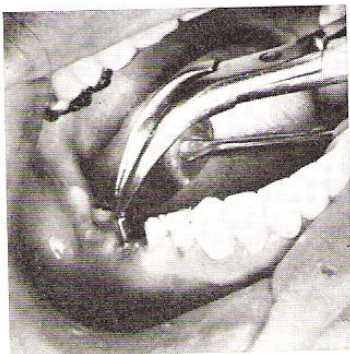


fig. 30

Cementazione della prima parte di un falso moncone sulla estremità intraorale di un trippiede. Questa prima parte è provvista, sulla fascia oclusale, di una doccia fra gli aghi, per cui è possibile durante la cementazione di ripiegarli con una pinza. Viene resa impossibile così ogni loro eventuale rotazione o sfilamento.

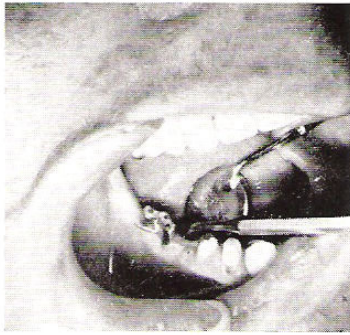


fig. 31

Prima parte di falso moncone cementato. Si notano le teste degli aghi immerse nel Resin-Cement. La sonda dimostra come la mucosa sottostante sia detergibile e rispettata dal falso moncone.

fig. 32

Modello con aghi impiantati a tutte le distanze. Il falso moncone scomponibile permette di riunirli e solidarizzarli in modo rigido ed igienico.

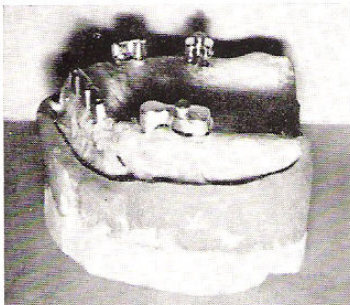
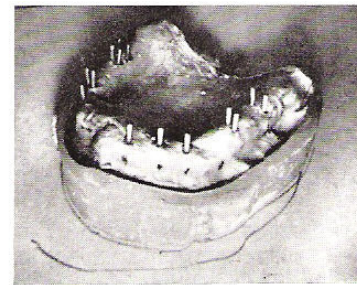


fig. 33

Modello con 4 falsi monconi che possono essere pilastri di un circolare amovoinamovibile. I falsi monconi sono modellati a seconda della zona, in maniera da ricevere la telescopica di due elementi. Se per esempio abbiamo (fig.) due aghi impiantati nella regione del 5 | e due nella regione posteriore del 6 | possiamo riunire i 4 aghi con un falso moncone che viene modellato onde ricevere un'unica telescopica, raffigurante il 6 5 |

Conclusione

Quello che mi ha spinto a eseguire i miei impianti secondo questi principi ed a curare specialmente l'esecuzione del falso moncone individuale, con materiale chimicamente inerte, in un punto tanto delicato, quale quello dell'impatto con la mucosa dell'elemento alloplastico, è stata la considerazione, che la natura benigna ha accettato l'impianto, nonostante quel non so che di afisiologico, che può far pensare un elemento, che è per metà dentro l'organismo e per metà intraorale.

Le numerose ricerche istologiche eseguite da molti autori, hanno dimostrato che non ci sono quadri particolari del tessuto osseo attorno all'impianto; a meno che non si tratti di un fatto infiammatorio causato da numerose ragioni, non ultimo il traumatismo di una protesi mal fatta.

Da quanto esposto si deve dedurre che l'impianto, il falso moncone, la protesi, debbono rappresentare un'unità inscindibile nella mente del professionista, che deve risolvere il caso.

Non ritengo opportuno eseguire l'impianto per commissione, abbandonando l'esecuzione della protesi ad altro professionista: almeno per ora.

Il professionista che ha eseguito l'impianto, deve essere sicuro della sua preparazione come protesista: il più delle volte l'insuccesso è determinato da errori protesici.

Penso perciò che solo uno specialista ben preparato, possa avvalersi vantaggiosamente di tale sistema ed avvalersene solo in casi estremi, solo cioè quando un caso, per ragioni psicologiche inerenti al paziente, non possa essere risolto da mezzi protesici convenzionali.

Coloro che vogliono dedicarsi all'implantologia, debbono frequentare dei corsi pratici, e poi eseguire degli impianti e la protesi sopra questi, sotto la guida e l'aiuto di colleghi già preparati.

Debbono acquisire una forma mentis, ma soprattutto debbono imparare ad agire con i piedi di piombo.