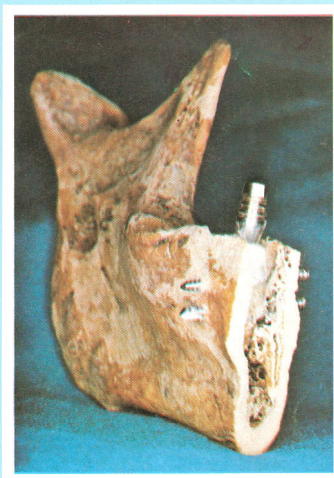


rivista europea di implantologia

ORGANO UFFICIALE DELL'ACCADEMIA EUROPEA
DENTISTI IMPLANTOLOGI ASSOCIATA ALLA
UNIVERSITE EUROPEENNE DU TRAVAIL - BRUXELLES



1 gennaio - marzo 1979
Direzione: Piazza Bertarelli, 4 - Milano
Trimestrale
Sped. Abb. postale Gr. IV°/70
da VERONA FERROVIA

La minilama

di G. DAL PONT

(Continua dal numero precedente)

Costruzione della superstruttura

Le impronte vengono rilevate dopo la guarigione della fibromucosa avendo avuto cura di controllare con una pinza l'allineamento dei monconcini e di averli accorciati a lunghezza uniforme, circa 6 mm sopra il piano mucoso.

Prima di ricavare i modelli in gesso l'odontotecnico infila nei forellini dell'im-

pronta degli spezzoni di filo metallico di 1 o 1,1 mm di spessore.

Poichè ogni elemento di protesi è normalmente sostenuto dalla sua minilama, non è necessaria la costruzione di travate di ponte, pertanto, quando non sia necessario il collegamento con i denti naturali, la superstruttura, costituita da uno o più elementi, in tal caso collegati tra loro, può essere costruita totalmente in resina.

Il fissaggio degli elementi di protesi vie-

ne eseguito generalmente mediante cemento all'ossifosfato o, se si tratta di sovrastrutture estese o addirittura circolari, con un cemento a presa lenta (Diaket) introducendolo nei forellini con l'aiuto di uno specillo o di un spingipasta.

I ponti in resina possono essere fissati anche con un composito a consistenza fluida.

Ponti circolari in resina

Vengono prese della stessa arcata due impronte in alginato. Una impronta viene colata in gesso dopo aver infilato nei forellini, spezzoni di filo metallico di 1 cm di lunghezza e di 1,1 mm di spessore, ben arrotondati e levigati alle estremità e uniti con vaselina in modo da poterli in seguito sfilare dal modello.

La seconda impronta viene colata in gesso con monconcini di 1 cm di lunghezza e di 1 mm di diametro senza ungerli.

Il primo modello, con i monconcini maggiorati, viene messo in articolatore, quindi i monconcini vengono sfilati e sul modello vengono montati denti di resina da protesi collegandoli con cera.

Il modello con i denti in resina montati, viene messo in muffola (del tipo per circolari). Sciolta la cera, i denti di resina vengono rimossi dallo stampo e vengono infilati nei forellini i monconcini che erano stati rimossi precedentemente.

Viene quindi zeppata la resina secondo le note modalità e dopo la cottura il ponte viene rimosso dallo stampo e provato sul secondo modello (quello con i monconcini da 1 mm) per eliminare gli eventuali sottosquadri sia ritoccando i forellini o raddrizzando i monconcini e segnando lo spostamento sul modello con un segno di matita in modo da poter riportare successivamente gli stessi spostamenti in bocca.

Ponti circolari in metallo-resina

Vengono prese della stessa arcata due impronte in alginato. Una impronta viene colata in gesso dopo aver introdotto nei forellini spezzoni di filo metallico di 1 cm di lunghezza e 1,1 mm di spessore con le estremità ben smussate e levigate. Nell'altra im-

pronta, prima della colatura del gesso vengono infilati monconcini da 1 cm di lunghezza e di 1 mm di spessore ungendo la parte sporgente con vaselina.

Sul primo modello viene modellata in cera la struttura del ponte suddivisa in tre parti, due laterali ed una centrale. I modellati in cera vengono sfilati dal modello e messi in rivestimento di tipo duro avendo cura di far penetrare bene il rivestimento nei forellini.

I tre pezzi di fusione ottenuti, vengono collocati sul secondo modello (quello con i monconcini da 1 mm) togliendo eventualmente quei monconcini che impedissero il riposizionamento. I tre pezzi della superstruttura vengono collegati con cera dura per la saldatura.

Ottenuto il ponte circolare, questo viene ricollocato sul secondo modello e rimesso in articolatore per la modellatura delle resine. Sullo stesso modello, corredato di tutti i monconcini, vengono infine eseguiti i controlli finali di adattamento.

Criteri di applicazione clinica

L'impiego delle minilame permette di semplificare il trattamento protesico in un gran numero di casi clinici sostituendo gli elementi dentari mancanti senza utilizzare come pilastri di protesi i denti naturali.

Le minilame sono infatti atte a sostenere la loro porzione di carico masticatorio indipendentemente dall'essere collegate o meno a denti naturali. Esse sono state progettate nella dimensione atta ad occupare lo spazio dei singoli denti delle arcate in modo da poter evitare la costruzione di travate di ponte.

Mediante l'inserzione di una minilama può essere spesso attuata la sostituzione di singoli denti nelle varie regioni delle arcate. Così dicasi per la sostituzione di due o più elementi mancanti contigui nel qual caso ad ognuno di essi deve corrispondere solitamente un impianto.

La natura ha munito le arcate dentarie di elementi isolati ed indipendenti tra loro onde evitare che la perdita di uno coinvolga anche gli altri e per permettere il continuo assestamento dell'articolato attraverso i processi di migrazione dentaria.

Per gli impianti l'esigenza preminente è la stabilità e pertanto è opportuno collegare tra loro gli elementi della superstruttura allo scopo di solidarizzare gli impianti.

Si potrà facilmente notare che la solidità e la stabilità è proporzionale al numero degli impianti collegati tra loro. La minilama si presta pertanto in modo particolare alla restaurazione protesica totale di un'arcata edentula. Per la sostituzione di un singolo dente dovranno essere posti in atto particolari accorgimenti.

Nel caso di un incisivo superiore, ad esempio, il successo a distanza dipende dalla profondità di osso esistente tra la regione apicale e la base del pavimento nasale e dalla possibilità di dirigere l'impianto in direzione palatina onde sfruttare al massimo lo spazio esistente. In ogni caso è opportuno fornire l'elemento di protesi di alette linguali d'appoggio ai denti contigui.

Nel caso di sostituzione di singoli premolari, sarà opportuno prendere in considerazione l'infissione della minilama in senso trasversale e nel caso di un singolo molare (ad esempio un sesto inferiore) l'infissione di due minilame. Bisognerà inoltre curare che l'elemento di protesi risulti ben incastrato tra i due denti contigui naturali.

Una indicazione assai frequente degli impianti è costituita dalla perdita dei denti laterali inferiori. L'implantologia permette in tali casi di evitare l'applicazione di protesi mobili.

Condizioni di successo dell'impianto

Il principio da seguire nell'impianto della minilama è quello di ottenere la massima stabilità compatibile con la situazione anatomica. In primo luogo essa deve trovare appoggio su una solida base d'osso compatto onde sostenere adeguatamente il carico assiale e prevenire l'affondamento. In secondo luogo deve essere affondata a profondità sufficiente onde conferirle una adeguata resistenza alle sollecitazioni di lateralità.

E' noto che queste ultime costituiscono il tallone d'Achille non solo per gli impianti ma anche per i denti naturali.

Inoltre bisogna tenere presente che nel caso della minilama le sollecitazioni di lateralità sono assorbite dalle due aste verticali con una efficacia direttamente proporzionale alla loro lunghezza all'interno dell'osso ed inversamente proporzionale all'altezza della corona dentaria applicata all'impianto.

Nel caso dell'impianto di due o più minilame, allo scopo di aumentare la loro lunghezza all'interno dell'osso ed allo stesso tempo l'arca ossea complessiva d'appoggio, è consigliabile introdurle in direzioni oblique e divergenti.

Un importante requisito di successo degli impianti è l'assenza di dolorabilità alla percussione ed alle altre sollecitazioni. Quando essa è presente, può essere dovuta a mancato consolidamento osseo, alla compressione di qualche struttura sensibile (nervo alveolare inferiore, periostio) oppure ad irritazione infiammatoria dei tessuti molli periimplantari nel caso che l'impianto sia stato eseguito erroneamente o per necessità, in corrispondenza della gengiva mobile.

Considerazioni conclusive

I problemi della tolleranza biologica dell'osso ai vari materiali ad alla trasmissione del carico masticatorio e quello della comunicazione col cavo orale, che del resto non hanno trovato ancora una chiara interpretazione dal punto di vista teorico neppure per quanto riguarda la fisiologia del dente naturale, sono visti oggi sotto un aspetto meno restrittivo riguardo l'impiego clinico degli impianti.

Non sembra appropriato oggi parlare di durata media degli impianti nel senso che essi siano comunque destinati all'espulsione a più o meno breve scadenza. Vero appare invece che un impianto applicato impropriamente è un insuccesso fin dall'inizio anche se la sua rimozione avviene dopo più anni.

Attraverso la minilama qui presentata l'Autore si propone di realizzare un tipo di impianto semplice e versatile, che permette inoltre di ridurre al minimo il trauma chirurgico, la connessione col cavo orale e la quantità di materiale estraneo introdotto nell'organismo.