

implantologia oggi

Autori: R. ACKERMANN — J. BADER — A. BERNKOPF — G. CEFFA
G. COLOGNATO — F. DEL MONACO — P. FERREOL — C. GUASTA-
MACCHIA — G. IMPERIALI — A. MORRA-GRECO — G. MURATORI
U. PASQUALINI — E. PIRAS — F. TOFFENETTI — S. M. TRAMONTE

EDIZIONI CADMOS

I - 2. L'IMPLANTOLOGIA VISTA DA KRAMER (F. Toffenetti)

Presentando un Corso di Aggiornamento sulla Implantologia nell'ambito del programma di *Continuing Education della Boston University School of Graduate Dentistry*, I. R. KRAMER ha tenuto una interessante conferenza sui rapporti fra Implantologia e Odontoiatria.

L'Autore esordisce dicendo che ormai gli impianti si sono affermati in odontoiatria come una tecnica buona: ciononostante la professione guarda oggi agli impianti con le riserve che aveva 10 anni fa per la chirurgia parodontale.

E' oggi necessario dice *Kramer*, affrontare l'odontoiatria secondo i concetti di odontoiatria totale, che consideri cioè sempre la bocca nel suo completo insieme e che tenga conto, per il risanamento di una situazione patologica, di tutte le tecniche a nostra disposizione: nell'ambito poi di questa scelta di tecniche, si dovrà seguire per quanto possibile un concetto di *Odontoiatria Definitiva*: non dimentichiamo che il lavoro quotidiano del dentista è risultato essere da studi statistici, composto per il 50-70% dal rifacimento di lavori falliti. Quindi è doveroso scegliere ogni volta la tecnica che più corrisponde al concetto di odontoiatria definitiva.

E' poi chiaro al giorno d'oggi che l'approccio alla professione deve essere *di tipo preventivo*, e che la prevenzione deve essere il principio ed il fine ultimo del nostro lavoro.

E' altrettanto assodato che una sana odontoiatria deve basarsi completamente sulla parodontologia; particolarmente, ad esempio, la protesi non è semplice unione meccanica di un manufatto ai denti residui, ma coinvolge in maniera primaria i tessuti di sostegno, osso; gengiva nel suo insieme, parodonto, radici dei denti.

Quindi, mentre il dentista che non ha questi concetti, esaminando un caso finito limita la sua attenzione all'effetto estetico di un

ponte, il dentista che invece ha un *approccio totale all'odontoiatria*, esaminerà per prima cosa la reazione dei tessuti circostanti, che gli darà subito un'idea del comportamento funzionale di quella protesi.

Con questo genere di mentalità ci si dovrà avvicinare alla implantologia: così, ad esempio, come la parodontologia si occupa della buona salute:

- dell'attacco gengivale e
- dei tessuti di sostegno,

si dovrà aver cura che anche gli impianti abbiano:

- un buon sigillo attorno al collo del moncone, dato dalla presenza di gengiva aderente sana e sufficiente, ed
- una buona collocazione nei tessuti profondi.

Un impianto posto in mucosa mobile è destinato al fallimento, come un dente che non abbia più gengiva aderente.

Se attorno all'impianto la gengiva aderente è scarsa, e quindi il paziente non può eseguire una buona pulizia del collo dell'impianto stesso, avremo per conseguenza una infiammazione marginale che si estenderà in profondità come una parodontopatia, determinando il fallimento dell'impianto.

Anche dal punto di vista dei carichi occlusali gli impianti vanno paragonati ai denti, o meglio *ai denti già compromessi dal lato parodontale*: i carichi andranno distribuiti sui monconi in modo che cadano lungo *l'asse verticale* dell'impianto metallico; *non* ci dovranno essere *forze laterali* che tendano a mobilitarlo; si dovrà provvedere ad una stabilizzazione immediata subito dopo l'applicazione dell'impianto; si darà preferenza a situazioni in cui l'impianto risulti *protetto dal canino* nei movimenti di lateralità, o possa lavorare in *funzione di gruppo* con altri denti residui.

In sintesi, *seguire i concetti parodontali significa avere successo in implantologia*, e d'altra parte imparare l'implantologia significherà per molti familiarizzarsi con la parodontologia.

A questi concetti generali così fondamentali ed importanti, *Kramer* fa seguire un esame dell'approccio diagnostico all'implantologia ed afferma anche qui come *tutta la bocca vada valutata* prima di decidere di fare un impianto: vi sono situazioni in cui gli impianti sono nettamente controindicati, altre dove sono superflui: ad esempio come in un caso di dentatura raccorciata che *Kramer* illustra, il quale termina da un lato con molare e da tre lati con un premolare. Questo caso non richiede tre impianti, ma una semplice

protesi fissa ben bilanciata, con al massimo una estensione nella zona dei premolari.

La migliore indicazione per gli impianti si ha secondo *Kramer* dei casi di *dentatura riaccurciata monolaterale*: è infatti assodato che le protesi rimovibili parziali monolaterali sono terribilmente distruttive sui pilastri terminali: un impianto sulla sella libera invece, posto in tessuto di sostegno sano, con inclinazione tale da ricevere assialmente le forze antagoniste, protetto nella funzione dal canino naturale, con una protesi equilibrata che lo colleghi alla dentatura rimanente e lo faccia lavorare in funzione di gruppo, sarà una scelta felice per il medico e per il paziente.

In sostanza l'approccio giusto è quello di esaminare la situazione con *occhio parodontale*, ed aggiungere gli impianti *solo dove sono necessari*: non si deve al contrario dare più fiducia agli impianti che ai denti naturali.

L'implantologia è una idea buona, che non deve essere distrutta e svilita agli occhi della professione dagli inevitabili insuccessi che conseguono ad un impiego esagerato e sconsiderato: è una tecnica nuova da inserire nel concetto di *odontoiatria totale*, e che sarà *tanto buona, quanto saranno buone la odontoiatria e la parodontologia che la accompagnano*.