

RIVISTA EUROPEA DI  
**IMPLANTOLOGIA**

EUROPEAN JOURNAL OF IMPLANTOLOGY  
REVUE EUROPEENNE D'IMPLANTOLOGIE

**3**

Luglio Agosto  
Settembre 1984  
Anno XIX

Organo ufficiale  
dell'Accademia Europea Dentisti Implantologi,  
dell'Accademia Italiana degli Impianti  
e dell'International Research Committee of  
Oral Implantology I.R.C.O.I.



Direzione, Redazione, Pubblicità  
20122 Milano, Piazza Bertarelli 4,  
Tel. (02) 879298  
Spedizione abb. postale GR.IV (70%),  
da Milano ferrovia. L. 7.500



## L'IMPIANTO A VITE DI TRAMONTE

**Dott. Massimo Vercesi**  
con la collaborazione di:  
**dott. T. Lange**  
**odont. L. Lezi**

L'implantologia orale permette di risolvere problemi di riabilitazione della bocca altrimenti emendabili solo con apparecchi amovibili. Per questo motivo è spesso considerata solo come «l'ultima spiaggia» sia dal medico, sia soprattutto dal paziente che desidera protesi fisse.

Il miglioramento delle tecniche e l'introduzione di materiali biocompatibili nelle metodiche più moderne fanno però oggi ritenere più vaste le sue indicazioni. In particolare il metodo a vite, grazie alla sua poca traumaticità, si presta ad essere utilizzato in un ambito di condizioni elettive.

Con questa convinzione ho adottato il metodo Tramonte con le seguenti indicazioni:

A — assenza di elementi frontali singoli (in alternativa ai ponti tradizionali).

B — Assenza dei molari (in alternativa all'«estensione»).

C — Appoggio intermedio per ponti troppo lunghi (superiori ai due elementi).

D — Assenza di un solo molare o premolare con elementi adiacenti sani.

E — Edentulia totale o subtotale in soggetti adatti.

Come controindicazioni ho tenuto in considerazione:

- malattie generali (in particolare il diabete scompensato).
- Grave paradentosi in atto o scarsa igiene orale.
- Osteoporosi grave (valutata radiologicamente).
- Pazienti inadatti.

### **Materiale e metodo**

Tra gennaio e dicembre 1982 sono stati eseguiti 83 impianti (51 nel mascellare e 32 in mandibola) su 40 pazienti (24 donne e 16 uomini) di età variabile tra i 18 e i 65 anni, in anestesia locale. Nessun esame particolare veniva eseguito pre operatoriamente. Veniva invece eseguita una accurata anamnesi, una valutazione psicologica del paziente, un esame obiettivo e una radiografia endorale preliminare.

Dopo aver eseguito l'impianto e modellato la testa della vite, il paziente veniva lasciato 7 giorni ad impianto libero. Attorno all'impianto, per questo periodo venivano applicati medicinali antisettici 2 - 3 volte al dì. Subito dopo veniva applicata la protesi definitiva.

I controlli clinici e radiologici venivano effettuati a 4, 6 e 12 mesi. Non vengono qui considerati i controlli eseguiti dopo altri 12 mesi perché attualmente incompleti.

### **Risultati**

Delle 51 viti mascellari, 3 furono rimosse subito, 1 dopo 4 giorni e 3 tra i 7 e i 15 giorni.

Delle 32 viti mandibolari, 2 furono rimosse subito, 2 dopo una settimana, 2 a due settimane dall'intervento.

Nessun altro impianto ha dovuto essere estratto dopo tale periodo e i controlli clinici e radiologici non dimostrano segni di deiscenza.

Come complicanze post-operatorie si sono registrati: un caso di ematoma dei tessuti molli del vestibolo orale, due casi di parestesia del nervo mandibolare risoltasi dopo circa un mese.

### **Discussione**

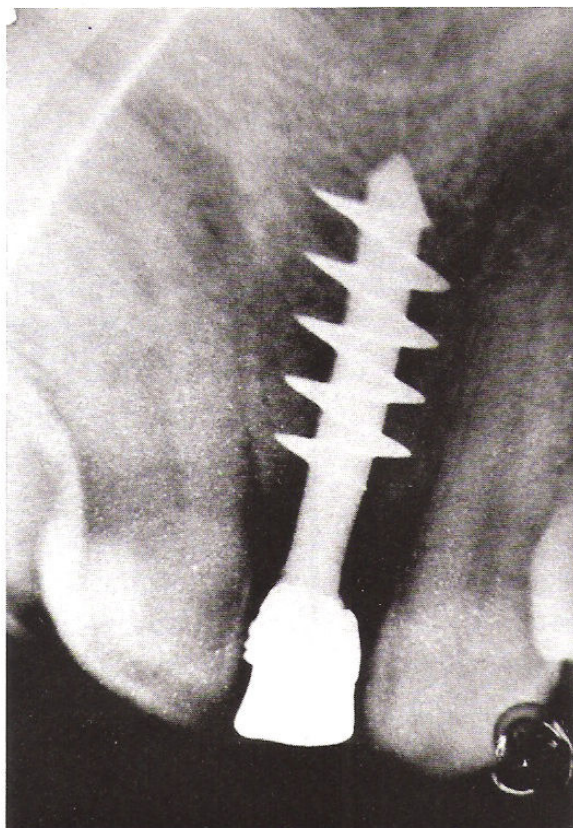
L'analisi delle cause di fallimento ha dimostrato anzitutto che per errata tecnica di esecuzione dell'intervento sono state rimosse immediatamente 5 viti.

Gli altri 8 impianti furono estratti per i seguenti motivi:

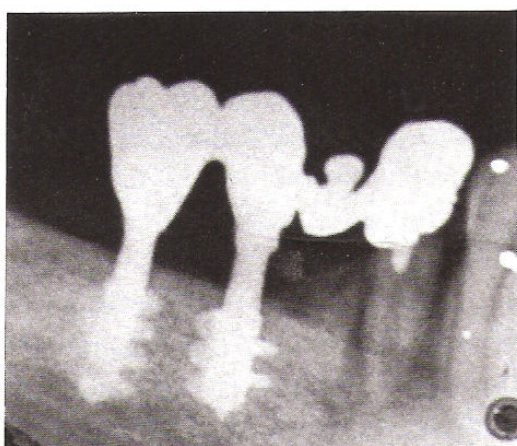
- flogosi perimplantare (da inquinamento dell'alveolo chirurgico?): 4 casi
- protesi inadeguata (precontatti occlusali): 2 casi
- eccessivo carico masticatorio rispetto alla superficie della vite: 1 caso
- impianto dolente: 1 caso

I rimanenti impianti, a tutt'oggi validi, rappresentano indiscutibili successi: essi furono eseguiti con tecnica corretta (grazie alla maggior esperienza dell'autore dopo i primi interventi) e nel rispetto delle indicazioni.

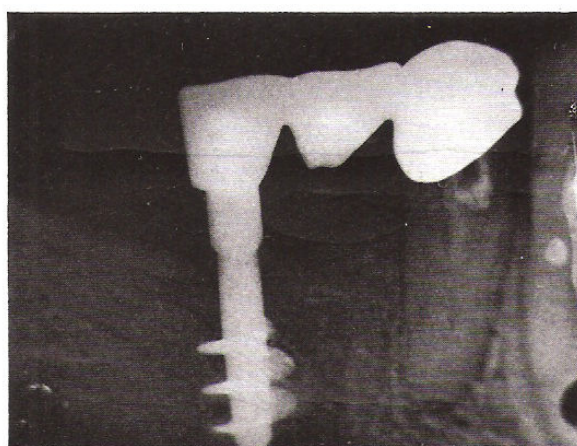




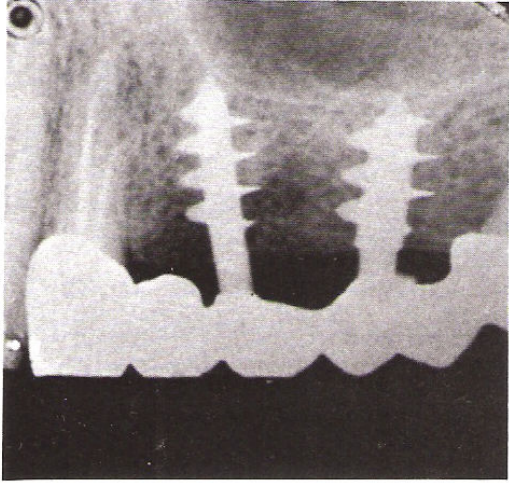
*Fig. 1 - Assenza di elementi frontali singoli:  
impianto in posizione I2*



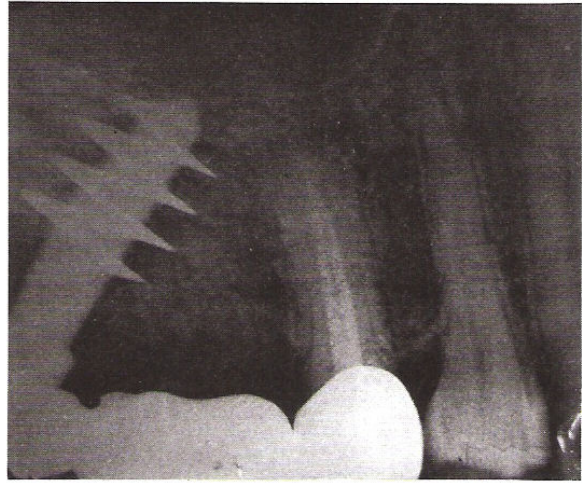
*Fig. 2 - Assenza di molari inferiori: viti in po-  
sizione 46-47*



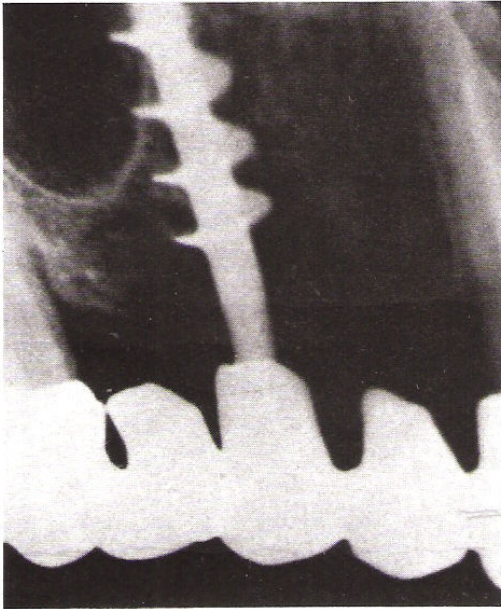
*Fig. 3 - Vite in posizione 46*



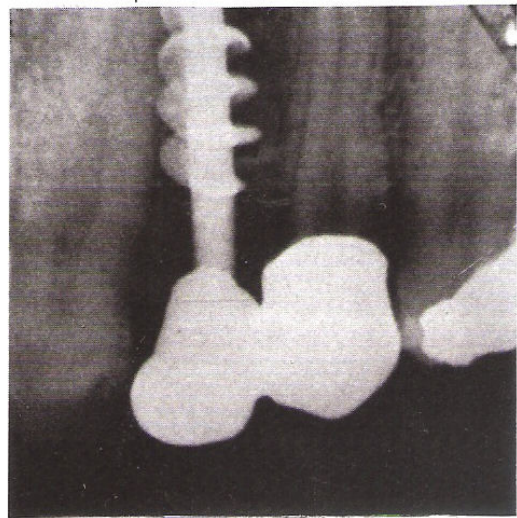
*Fig. 4 - Assenza di molari superiori: viti in posizione 26-27*



*Fig. 5 - Vite in posizione 17*

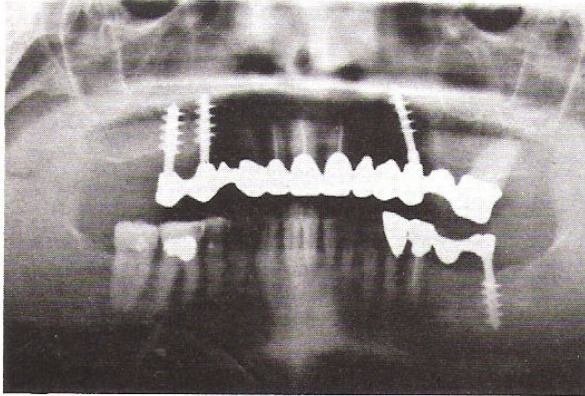


*Fig. 6 - Impianto intermedio in 13 per rinforzo ponte*



*Fig. 7 - Assenza del solo 1° premolare sup. ds. con elementi adiacenti sani; vite in posizione 14*





*Fig. 8 - Edentulia subtotale*



*Fig. 9 - Edentulia totale*

Riporto alcuni casi che mi sembrano indicativi. Le radiografie a illustrazione si riferiscono a controlli eseguiti a 12 mesi dall'impianto.

Da quanto esposto ritengo che il metodo a vite di Tramonte, per quanto riguarda la mia esperienza a medio termine, rappresenti un valido metodo implantologico e, grazie alla sua poca traumaticità offra ottime possibilità di riabilitazione funzionale non solo in casi di necessità ma anche di elezione. Esso infatti permette di non sacrificare elementi sani, cosa inevitabile con i ponti tradizionali, di rinforzare ponti troppo lunghi o appoggiati a denti precari, di riabilitare la masticazione di soggetti edentuli o sub edentuli di giovane età.

I controlli nel tempo della casistica oggetto del presente studio e di quella seguente potranno essere argomento di future relazioni.

Dott. Massimo Vercesi  
Via Venezia, 28  
Legnano