

RIVISTA ITALIANA DI STOMATOLOGIA

ORGANO UFFICIALE DELL'ASSOCIAZIONE MEDICI DENTISTI ITALIANI
SOCIETA' ITALIANA DI STOMATOLOGIA

ANNO X

N. 1

GENNAIO 1955

DIRETTORE

UMBERTO SARAVAL

Primario Stomatologo. Osped. Civile
VENEZIA

⊙

COMITATO DI REDAZIONE

A. ARLOTTA (Milano)
N. L. CALARESE (Napoli)
L. CASOTTI (Torino)
E. GRANDI (Trieste)
O. HOFFER (Milano)
G. MACCAFERRI (Parma)
L. MARZIANI (Roma)
P. L. MASI (Firenze)
L. RUSCONI (Parma)
F. RUSPA (Torino)
F. VICHI (Firenze)

★

AMMINISTRATORE

UGO ROTELLI

Calle Ballotte 4866 - Telef. 22-928
VENEZIA

In questo numero:

le endoprotesi in ortopedia;
gli impianti endomascellari a sostegno
di protesi;
considerazioni sugli impianti sottoperiosteali;
rilievo dell'impronta nell'impianto sotto-
periosteale;
l'impronta nell'intervento per impianto
sottoperiosteale;
su alcuni casi di impianto sottoperiosteale
in Vitallium;
infibulazione metallica endomascellare;
protesi fisse a mezzo di infibulazioni endo-
mascellari;
dalla pratica e per la pratica;
rassegna della stampa;
congressi, convegni, assemblee;
notiziario;
necrologio;
indice bibliografico.

AMMINISTRAZIONE: U. Rotelli, Venezia, Calle Ballotte 4866

Protesi fisse a mezzo di infibulazioni endomascellari

Prof. Dr. F. ZEPPONI

Insegnante di Protesi Dentaria

Nei nostri ambulatori abbiamo spesso occasione di visitare pazienti di età ancora non avanzata, edentuli nella regione distale di una emiarcata dentaria, i quali mal volentieri si assoggettano a portare delle protesi amovibili, che, per quanto ben costruite, risultano sempre piuttosto ingombranti. La mia comunicazione riguarda alcuni di questi casi di edentuli parziali a carico sia del mascellare superiore che della mandibola, nei quali la protesi è stata costruita con l'applicazione di pilastri artificiali endossei.

Ho creduto opportuno riferire su questi casi di impianti endomascellari, sia per suffragare con una maggiore casistica il metodo di infibulazione di Formiggini sia perchè ritengo che ciò possa essere utile a quanti accorrono ai nostri Congressi, desiderosi di avere un orientamento circa l'applicazione di questi nuovi metodi nella pratica.

L'importanza del contributo clinico non deve essere sminuita. E' fuor di dubbio, infatti, che da attente e ripetute osservazioni cliniche si possono desumere elementi chiarificativi e deduzioni interessanti che, unitamente alle ricerche sperimentali, contribuiscono allo sviluppo della scienza medica. Dice Lambotte: « nè esperienza sull'animale, nè ricerche sui tessuti in vitro, possono servire per le reazioni dell'osso umano; solo l'osservazione clinica, lo studio in serie delle radiografie, le constatazioni anatomiche in corso di reinterventi di ablazione dei mezzi di sintesi, sono sufficienti a tale studio ».

Le ricerche incessanti che da alcuni anni gli stomatologi vanno eseguendo sugli impianti dentari hanno fatto conseguire risultati veramente notevoli in questo campo. A ciò ha contribuito non solo la

disponibilità di materiali idonei e la scoperta degli antibiotici, ma anche, e in modo non indifferente, il perfezionamento della tecnica.

Il problema della tolleranza di sostanze eterogenee da parte del tessuto osseo è stato oggetto di ricerche approfondite, in particolar modo da parte degli ortopedici, e perciò si può considerare ormai risolto. Particolari tipi di leghe metalliche e di resine sintetiche hanno da tempo larga applicazione nei vari campi della chirurgia.

Per quanto concerne gli impianti dentari si può dire che, attualmente, il lato più vivamente discusso e maggiormente suscettibile di sviluppo riguarda la tecnica. Di primaria importanza ai fini della buona riuscita dell'intervento sono alcuni principi, come la necessità di una perfetta immobilizzazione dell'impianto fin dall'inizio, il cercare che la quantità di metallo che viene a contatto con l'osso sia minima, l'evitare che si verifichino fenomeni di elettrolisi.

Tra i vari tipi di radici artificiali ideati, la vite di Formiggini, costruita in filo metallico avvolto a spirale, mi sembra che meglio risponda ai requisiti richiesti. Essa, infatti, viene introdotta con un movimento di avvitamento nell'alveolo artificiale di calibro adeguato, permettendo di ottenere una stabilità efficiente appena applicata, senza dover ricorrere a dispositivi di contenzione. Offre il vantaggio, a differenza di altre, di rispettare quel principio, tanto propugnato in ortopedia, di realizzare il « massimo della resistenza meccanica con la minima superficie di metallo a contatto con l'osso ». Inoltre, data la particolare forma cava, bene si presta ad essere compenetrata dal tessuto di neoformazione.

Sono ricorso alla vite di Formiggini per poter usufruire di un pilastro distale per la costruzione di protesi a ponte in alcuni soggetti che presentavano la mancanza di premolari e molari.

Questi casi di infibulazione sono stati da me eseguiti nel 1953 e nei primi mesi del 1954 e riguardano sette pazienti tra i 42 e i 53 anni di età, edentuli parzialmente su uno o entrambi i lati delle arcate dentarie, a partire dal 4 o 5 dente fino all'8 compreso. Quattro casi sono a carico del mascellare superiore e tre della mandibola. Ciascun soggetto è stato dapprima esaminato dal punto di vista generale, al fine di poter escludere malattie che potessero influire sull'esito dell'intervento. Successivamente si è proceduto ad un'accurata indagine radiografica delle ossa mascellari per studiarne la struttura e sta-

bilire la sede dell'impianto, con particolare riguardo al seno mascellare e al canale dentale.

L'intervento di per sè stesso è semplice, ma esige una tecnica accurata. Eseguita l'anestesia locale, si incide la mucosa e si mette allo scoperto l'osso nel punto stabilito; quindi si procede a preparare l'alveolo artificiale a mezzo di frese calibrate. Con un movimento di avviamento si applica l'impianto fino a che non risulti ben fisso. In un tempo successivo si passa a costruire la protesi.

Tutti i pazienti sono stati e continuano ad essere controllati sia dal punto di vista clinico che radiografico. In nessuno si sono avuti fatti di reazione infiammatoria che potessero far pensare ad un'intolleranza dell'impianto, sia immediatamente dopo l'intervento sia successivamente. La funzionalità masticatoria, abbastanza efficiente fin dall'inizio, è migliorata col passar del tempo sino a divenire, secondo quanto riferiscono i pazienti, ottima. I controlli radiografici non hanno messo in evidenza segni di rarefazione ossea intorno all'impianto; solo in un soggetto affetto da paradentosi si è notata una zona di decalcificazione in corrispondenza della spira più superficiale della vite.

Questi risultati concordano, in linea di massima, con quelli ottenuti da Formiggini, che pratica tale metodo di infibulazione dal 1946.

Nel complesso, anche se si impone tuttora un giudizio cautelato, non posso che lodare questo tipo di impianto endosseo, il quale non mi ha dato finora nessuna complicazione nè è stato causa di esito negativo. A favore del metodo depone anche il fatto che qualora vi fosse qualche insuccesso, come in qualsiasi atto operativo può avvenire, la rimozione dell'impianto è cosa talmente semplice che si può paragonare all'estrazione di una radice in via di espulsione.

(Prof. Francesco Zeponi, Roma, via Sallustiana, 26).