



ALTERNATIVE TERAPEUTICHE NEL CASO DI SOSTITUZIONE DI DENTI

Nel caso di perdita di uno o più denti, le soluzioni per il ripristino degli elementi dentari perduti, possono essere varie.

Oggi si tende a dare la preferenza agli impianti osteointegrati, nel caso in cui gli spessori e le altezze ossee lo consentano. In alternativa si utilizzano le classiche terapie protesiche fisse e mobili di cui l'odontoiatria moderna ha comunque grande esperienza e che sono estremamente collaudate e migliorate nel tempo.

1. Protesi a ponte fissate e ancorate ai denti vicini all'elemento perso.

In linea generale ponti fissi sono indicati quando le condizioni di salute parodontale e radicolare dei denti residui sono sufficienti a garantire la durata nel tempo della riabilitazione protesica. Tale soluzione comporta la devitalizzazione degli elementi dentari scelti per l'ancoraggio, la ricostruzione con perni in fibra di carbonio, la preparazione con frese dei denti pilastro, con conseguente perdita di sostanza dentale. In caso di perdita di un singolo elemento e di denti adiacenti sani, il trattamento con un impianto, che supporta il dente mancante al posto del tradizionale ponte a tre elementi, permette di evitare la fresatura dei due denti sani adiacenti, risultando quindi oggi, come la scelta terapeutica più conservativa. Tuttavia, se le condizioni ossee non lo consentono o la scelta del paziente non è orientata verso un indirizzo chirurgico, queste protesi fisse tradizionali, restano comunque una valida alternativa. Le protesi fisse hanno una durata di moltissimi anni (di solito oltre i dieci).

2. Protesi parziali rimovibili ancorate con ganci ai denti residui (scheletrati).

Sono protesi rimovibili dal paziente e relativamente economiche: si utilizzano quando vogliamo ripristinare più elementi dentari con un unico apparecchio.

Se ben costruiti e bilanciati gli scheletrati durano moltissimi anni a condizione di effettuare una buona manutenzione e pulizia da parte del paziente. Purtroppo, come le protesi totali anche le protesi scheletrate trasmettono direttamente il carico masticatorio alle selle edentule, accelerandone l'atrofia: pertanto è opportuno il controllo da parte del dentista e la ribasatura delle selle edentule ogni due anni circa, qualora si verifichi il temuto riassorbimento osseo. Oggi queste protesi sono state molto migliorate per quanto attiene l'estetica (ganci invisibili) e il comfort (protesi senza metallo), ma necessitano di una buona tolleranza da parte del paziente ed una tecnica costruttiva di precisione.

3. Protesi totale: la dentiera.

È lo spauracchio di molti pazienti che ormai hanno perso tutti i propri elementi dentari. Generalmente la protesi totale superiore è abbastanza ben tollerata e non si muove molto, soprattutto se vengono utilizzate paste adesive congrue: questo perché si appoggia su una superficie ampia comprensiva del palato e può contare sulla formazione di un "vuoto aspirato" che contribuisce a stabilizzarla.

Tuttavia in molti casi, in modo particolare nel mascellare inferiore, la stabilità delle

protesi totali è purtroppo insufficiente a causa dell'atrofia della cresta ossea edentula al di sotto della gengiva. Le protesi totali, inoltre, trasmettendo il carico masticatorio direttamente sulle creste edentule, provocano un lento e progressivo riassorbimento delle ossa mascellari che negli anni rende davvero difficoltoso il portarle.

A volte la terapia con impianti può agevolarci perché il dentista riesce a dare nuovi ancoraggi alla dentiera che pertanto riacquista stabilità.

4. Nessun trattamento.

Dopo aver perso un dente, si può non ripristinarlo. Tuttavia, la perdita di anche un solo elemento dentale, oltre al danno immediato di carattere estetico e funzionale, comporta uno squilibrio a livello dell'apparato masticatorio con conseguente malocclusione e migrazione degli elementi dentali residui. La malocclusione può essere compensata dalle capacità proprie dell'organismo a patto che ne esistano i presupposti (compensi neuromuscolari). Nel momento in cui i carichi funzionali o parafunzionali o i traumi determinino nel tempo l'esaurimento di tali capacità, intervengono le patologie e i dolori anche a carico di strutture apparentemente lontane dal sito dove l'elemento dentario è andato perso.

5. Impianti: cenni storici

Circa quarant'anni fa, il chirurgo e ricercatore svedese P. I. Branemark ha descritto il processo di osteointegrazione, ovvero dimostrò scientificamente la connessione diretta tra osso vitale e superficie in titanio di un impianto utilizzato come radice dentaria artificiale. Utilizzando un intervento in due fasi chirurgiche ed una tecnica sterile ed il più possibile atraumatica, Branemark ha dimostrato che questa connessione tra osso e titanio è in grado di conferire un ancoraggio stabile e duraturo all'impianto che può così essere utilizzato per supportare protesi dentali, facciali e ortopediche. Prima dell'avvento di tale tecnica, gli impianti dentali erano caratterizzati da risultati incostanti e frequentemente dovevano essere rimossi, non fornendo una predicibilità di costante di successo nel tempo.

Dal 1965, migliaia di pazienti sono stati trattati con successo, prima in Svezia e successivamente nel resto del mondo, utilizzando impianti osteointegrati secondo la sistematica Branemark. Questo metodo è stato introdotto in Italia per la prima volta nel 1984.

Percentuali di successo

Le tecniche implantari caratterizzate da osteointegrazione, presentano un'elevata percentuale di successo (>90-95%). Le alte percentuali di successo a lungo termine sono subordinate al rispetto di un adeguato programma di controlli periodici (annuali) associati a sedute semestrali di igiene orale e ablazione del tartaro. Le ricerche internazionali hanno dimostrato che i forti fumatori (oltre 20 sigarette al giorno) presentano percentuali di successo inferiori (80-90%).

COME SI METTONO GLI IMPIANTI

PRIMA FASE CHIRURGICA

L'inserimento degli impianti, 1^a fase chirurgica, consiste nel posizionamento di uno o più impianti nelle zone edentule delle ossa mascellari. Dopo l'inserimento, i tessuti gengivali vengono suturati nella posizione originale in modo tale che gli impianti rimangano totalmente sommersi (con eccezione di talune tipologie di impianti monofase o di talune tecniche che prevedono l'inserimento già in questa fase del moncone di guarigione). La prima fase chirurgica viene generalmente eseguita ambulatoriamente in anestesia locale, ma a richiesta del paziente, può essere eseguita in anestesia generale.

I punti di sutura vengono rimossi dopo 7-10 giorni. I pazienti totalmente edentuli non possono utilizzare la vecchia protesi per 7-10 giorni dopo l'intervento. La vecchia protesi deve essere ribasata e modificata dal protesista, prima di essere indossata dopo l'intervento.

Con la tecnica chirurgica classica un periodo di guarigione di circa 4 mesi nella mandibola e di 6 mesi nel mascellare superiore è necessario per ottenere l'osteointegrazione dell'impianto. In casi particolari (osteoporosi, innesti ossei, atrofie delle ossa mascellari) il tempo di guarigione può essere più lungo (8-12 mesi).

Tuttavia alcune condizioni ossee particolarmente "dure", in aggiunta a particolari tecniche chirurgiche possono accorciare i tempi di guarigione.

SECONDA FASE CHIRURGICA

Dopo il periodo di guarigione, viene eseguita la 2^a fase chirurgica. Con questo intervento, più rapido e meno traumatico del primo, gli impianti vengono riesposti per essere poi connessi inizialmente, con pilastri protesici provvisori, e successivamente con pilastri definitivi. Oppure vengono connessi direttamente alla protesi definitiva con viti passanti.

Alla fine della seconda fase chirurgica i tessuti gengivali vengono di norma suturati attorno agli inserti in titanio connessi agli impianti: le suture vengono rimosse dopo 7-10 giorni. La riabilitazione può cominciare di norma dopo circa 15 -20 giorni.

RISCHI E COMPLICANZE

MANCATA INTEGRAZIONE DEGLI IMPIANTI

Dopo la prima fase chirurgica gli impianti vengono controllati periodicamente per valutarne la stabilità. Può capitare che a causa di una struttura particolarmente lacunosa dell'osso, non intervenga l'osteointegrazione e che pertanto l'impianto risulti mobile e debba essere rimosso. Ogni impianto instabile viene rivalutato sulle caratteristiche cliniche e radiografiche per deciderne la eventuale rimozione o per prolungarne il periodo di riposo in attesa di una osteointegrazione tardiva. La maggior parte dei fallimenti avviene precocemente o tardivamente all'inserimento, dopo la prima fase chirurgica (4%), mentre più rara è la perdita dopo carico protesico (1%). La piccola cavità ossea residua dopo il fallimento di un impianto, guarisce rapidamente in maniera simile alla cavità residua di una estrazione dentaria e se necessario dopo circa due mesi è possibile reinserire un nuovo impianto.

Se vengono posizionati più impianti, il fallimento di un singolo elemento può non comportare l'insuccesso della protesi finale.

COMPLICANZE TARDIVE DELLE PROTESI SUPPORTATE DA IMPIANTI

Le complicanze delle protesi supportate da impianti osteointegrati sono rare, ciò nonostante si possono verificare negli anni alcuni inconvenienti di natura infiammatoria o meccanica:

1. in caso di non adeguata applicazione delle necessarie manovre domiciliari di igiene orale gli impianti, così come con i denti naturali, le implantoprotesi possono creare fenomeni di infiammazione causati dalla placca batterica e dal tartaro. Le infezioni batteriche (perimplantiti) non trattate possono progredire fino alla perdita dell'impianto. Purtroppo il tempo di distruzione del tessuto osseo perimplantare è piuttosto breve, a differenza di quello che succede generalmente con l'osso all'intorno dei denti naturali. Questo è il motivo per cui una parodontite ci mette parecchi anni prima di far dondolare un dente, mentre una infezione perimplantare porta alla perdita dell'impianto in pochi mesi. Per prevenire questa complicanza e per ridurre l'incidenza, sono necessari controlli professionali e un'igiene domiciliare adeguata.
2. Le protesi dentali definitive, vengono generalmente fissate agli impianti con viti. Con la prolungata funzione e l'usura, le viti di fissazione delle protesi possono svitarsi o fratturarsi. In tal caso, devono essere immediatamente riavvitate per evitare danni alle componenti meccaniche. Quindi è molto importante che il paziente richieda immediatamente una visita di controllo dal protesista o dal chirurgo in caso di instabilità della protesi.