



Capitolo 21

La protesi rimovibile su impianti

Ernesto Fasan, Simone Artico, Loris Zamuner

CAPITOLO 21

La protesi rimovibile su impianti

21.1 Introduzione

L'invecchiamento della popolazione dovuto ad un miglioramento delle condizioni socio-economiche, soprattutto nelle società industrializzate, ha portato ad un aumento delle edentulie totali. Tali edentulie sono presenti in entrambe le arcate in circa il 10% degli anziani (1). Risulta pertanto evidente l'importanza della codificazione di una procedura atta a riabilitare un numero così grande di pazienti in modo semplice, relativamente economico, ma soprattutto con risultati altamente predicibili. Da parecchi anni l'implantologia è considerata una tecnica chirurgica valida per la soluzione di vari tipi di edentulie (2,3).

Nel caso di mancanza di tutti gli elementi dentari di un'arcata, la scelta per un trattamento implanto-protetico viene in genere proposta come alternativa alla protesi rimovibile totale, soprattutto quando questa presenti problemi di stabilità. Il trattamento implantare, nelle sue varietà di protesi fissa, protesi tipo Toronto ed overdenture implanto-ritenuta ed implanto-supportata su due o più impianti, evita al paziente il disagio psicologico della protesi rimovibile, risolve i problemi di stabilità e ritenzione della stessa e tratta in modo soddisfacente i pazienti con problemi di iperriflessia ed iperestesia da compressione. Nei casi in qui per motivi anatomici, funzionali od economici, una protesi fissa su impianti non appare indicata, una riabilitazione mediante overdenture supportata da impianti rappresenta un valido compromesso, con ottimi risultati a lungo termine. Tale tipo di riabilitazione, storicamente ispirata alla metodica divenuta comune negli anni sessanta di ancorare le protesi a radici di denti naturali trattati endodonticamente ed utilizzate come pilastri (16,17), trovò la sua maggiore diffusione a partire dagli anni ottanta (18,19) dopo un decennio di utilizzo degli impianti in titanio. Essa viene utilizzata con una frequenza di venti volte maggiore nella mandibola rispetto al mascellare superiore (4), sia a causa del più elevato riassorbimento osseo crestale di quest'area anatomica, che è di quattro volte superiore rispetto al mascellare, sia a causa della più difficile tollerabilità della protesi rimovibile totale inferiore per problemi di instabilità.

L'ancoraggio della protesi totale agli impianti presenta diversi vantaggi, fra cui il comfort psicologico, l'estetica e l'aumentata efficienza masticatoria. All'analisi EMG l'attività dei muscoli deputati alla masticazione risulta incrementata del 100% (10), si ha quindi una migliore performance muscolare che si esprime anche con un miglioramento dei cicli masticatori, nei quali l'ampiezza dell'area sul piano frontale risulta essere incrementata. La stabilizzazione della protesi comporta anche una profilassi strutturale, cioè una conservazione dei volumi ossei. Per questi motivi non si dovrebbero trattare con questa metodica solo le mandibole atrofiche, ma sarebbe consigliabile a tutti gli edentuli di ancorare la protesi a degli impianti.

21.2 Le implantoprotesi rimovibili

Generalità.

In generale, la protesi fissa può essere certamente considerata la migliore opzione terapeutica in tutti quei casi clinici dove l'osso alveolare e i tessuti molli sono intatti, in quei casi cioè dove i soli denti devono essere sostituiti. Qualora invece vi

sia stata una notevole perdita d'osso e di tessuti molli, che sono causa di relazioni intermascellari sfavorevoli, sia sul piano verticale che orizzontale, la soluzione ideale è rappresentata dalle overdenture su impianti anche al fine di ottenere un miglior risultato estetico (12,13,14).

Le overdenture mandibolari su impianti hanno evidenziato percentuali di successo molto elevate, con valori compresi tra il 95% e il 100%. Per quanto riguarda le riabilitazioni del mascellare superiore invece le percentuali di successo sono inferiori rispetto a quelle conseguite nel caso della riabilitazione della mandibola, vengono infatti riportate oltre il 5% di perdite precoci, per lo più concentrate in pochi pazienti (9). La maggior parte dei casi clinici è stata trattata con 2 o 4 (fino ad un massimo di 6) impianti e sembra che i diversi sistemi di ancoraggio utilizzati non abbiano influenzato molti dei parametri clinici (4,10,11).

Nel prendere la decisione di impiegare overdenture su impianti, è opportuno tenere in debito conto vari fattori quali:

- età ed esigenze del paziente
- capacità motorie del paziente
- tipologia dell'intervento chirurgico
- costi della riabilitazione
- arcata da riabilitare
- quantità e qualità dell'osso
- spazio presente tra le arcate
- estensione della base protesica
- conformazione dell'arcata edentula e condizioni oro-facciali dei tessuti molli
- ampiezza del tavolo occlusale antagonista
- possibilità di modifiche del piano di trattamento programmato
- facilità e costi di manutenzione della protesi

Considerazioni particolari.

La riabilitazione con overdenture su impianti richiede delle particolari attenzioni iniziali, al fine di evitare complicazioni indesiderate nelle successive fasi riabilitative. Ciò vale specialmente per l'arcata inferiore, in quanto a volte si sottovaluta l'influenza della cresta ossea residua nel settore anteriore dell'arcata stessa. In vari casi si verifica il fatto che la cresta ossea anteriore si presenti notevolmente riassorbita, pur presentando un'ampiezza sufficiente per l'inserimento degli impianti. In questi casi, inoltre, la sommità della cresta si presenta notevolmente lingualizzata e ciò richiede un'attenta scelta del tipo di impianti da impiegare e della loro posizione. Se nel settore anteriore dell'arcata vengono inseriti impianti e impiegati dispositivi di ancoraggio per la protesi notevolmente ingombranti, ciò può comportare notevoli difficoltà nella successiva costruzione della protesi. In questi casi, infatti, l'ingombro linguale della base protesica potrebbe rappresentare