

Novità. Il carico immediato in implantologia.

FAQ

Che cosa è il carico immediato?

Come è possibile rimettere i denti in prima seduta sugli impianti endoossei?

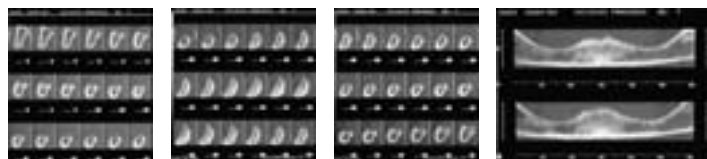
Che possibilità dà al paziente il carico immediato?

Con l'implantologia a carico immediato si può inserire l'impianto o gli impianti nella zona edentula del paziente e posizionare immediatamente i denti provvisori fissi sugli impianti stessi. In questa maniera il paziente che entra nello studio senza denti o con una parte dei denti mancanti, o con dei denti da estrarre esce (nella stessa seduta) con gli impianti inseriti ed i denti provvisori fissati nel cavo orale. Questo permette al paziente di non rimanere mai senza denti a differenza della tecnica bifasica, che impone attesa (tre-sei mesi) dopo le estrazioni per iniziare l'intervento chirurgico, attesa per dare la possibilità all'osso spugnoso di legarsi all'impianto (quattro-sei mesi), richiede un secondo intervento chirurgico di apertura gengivale per mettere allo scoperto l'impianto nel cavo orale (tecnica bifasica) con attesa (quaranta giorni) per poter prendere l'impronta ed iniziare a costruire il manufatto protesico definitivo. In tutto questo periodo il paziente deve indossare una protesi mobile con notevole disagio nel mangiare, nel parlare e richiesta di sedute continue per aggiustamenti dal dentista. Quindi i vantaggi per il paziente nella tecnica a carico immediato sono notevoli.

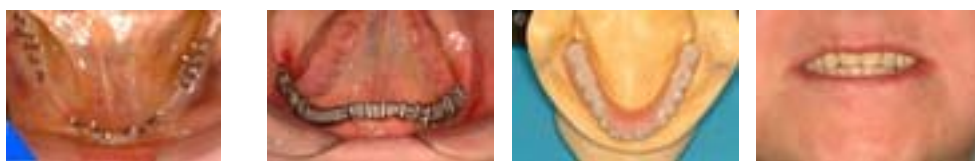
Caso clinico di esempio



La paziente entra nello studio senza denti



e nonostante l'altezza dell'osso sia minima



In una sola seduta vengono introdotti gli impianti e cementato il provvisorio così che la paziente esce dallo studio con una protesi fissa perfettamente funzionante.

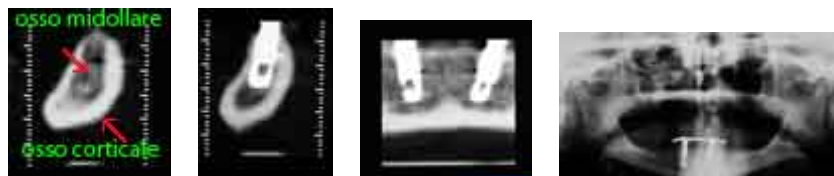
Differenze tra implantologia a carico immediato (monofasica) ed implantologia bifasica

- 1) **Rapporto tra osso e impianto.** Nell'implantologia bifasica l'impianto viene inserito nell'osso midollare spugnoso.



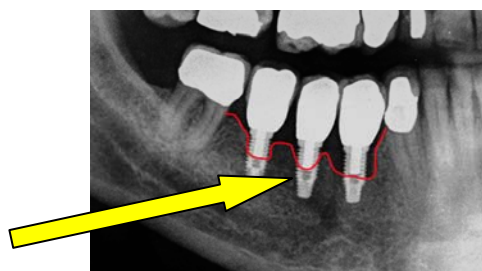
Schema di un impianto inserito nell'osso midollare spugnoso.

A causa della inadeguatezza a supportare il carico immediato di tale componente ossea applicando tale procedura si è costretti ad attese che vanno dai 4 ai 6 mesi prima di poter portare una protesi fissa.



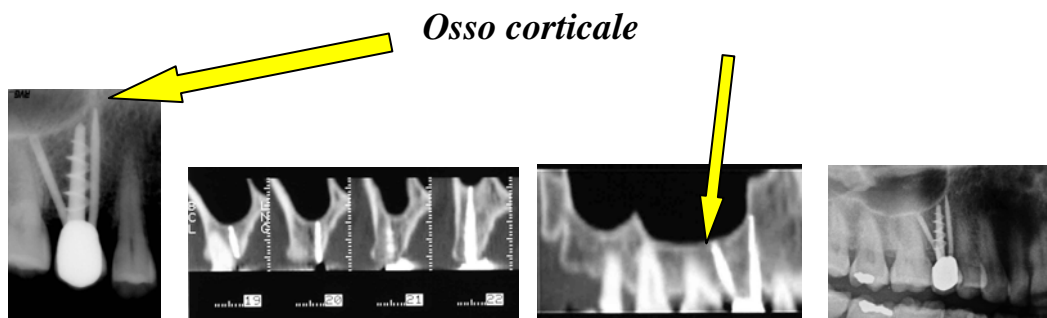
Classico esempio di impianti inseriti nell'osso midollare inferiore

Tale osso, a causa della sua morbidezza, non è in grado di sostenere il carico masticatorio senza un'attesa di 4-6 mesi che permettono la formazione di un'anchilosi tra osso e impianto stesso. Una sollecitazione masticatoria prematura di questo tipo di impianto porterebbe ad un micromovimento che impedirebbe la formazione di tale anchilosi favorendo invece la formazione di tessuto connettivo molle attorno all'impianto e quindi si rende necessaria l'estrazione dell'impianto stesso



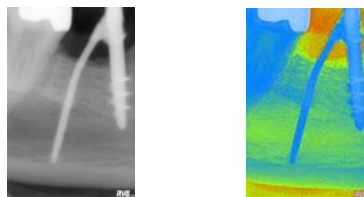
Riassorbimento dovuto a vari fattori: carico precoce, mancata solidarizzazione degli impianti tra di loro, infiltrazione tra i diversi componenti degli impianti segmentati, interferenze occlusali inadeguatezza dell'osso midollare spugnoso a supportare il carico masticatorio.

L'implantologia monofasica a carico immediato sfrutta l'osso corticale.



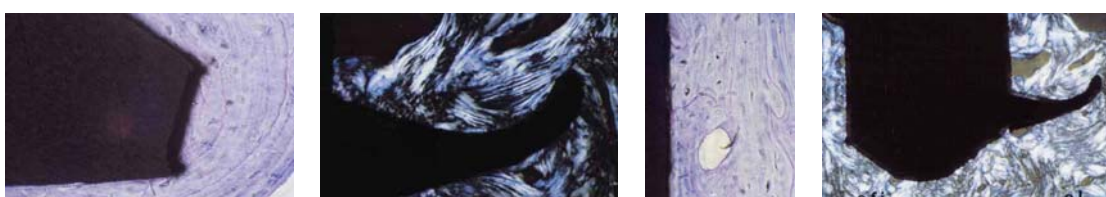
Esempio di 3 impianti che poggiano sulla corticale dell'osso superiore uniti insieme tramite sincristallizzazione, pertanto possono sopportare il carico immediato.

Tale tipo di osso ha la consistenza necessaria per poter sopportare il carico masticatorio in prima seduta ovvero subito dopo l'inserimento degli impianti. Inoltre si basa sul principio della solidarizzazione di più impianti divergenti tra di loro, aumentando così la stabilità già offerta dall'osso corticale.



Esempio di 2 impianti che poggiano sulla corticale dell'osso inferiore uniti insieme tramite sincristallizzazione, pertanto possono sopportare il carico immediato.

Questa unione tra più impianti si può attuare tramite la sincristallizzatrice endorale che permette l'unione tra atomi di titanio di impianti diversi senza sviluppare calore. Questo offre vantaggi estetici (il paziente esce con i denti fissi in prima seduta), funzionali (il paziente è in grado sia di mangiare con i denti fissi, sia di continuare la sua vita sociale senza disagi), fisiologici (il tessuto osseo, stimolato immediatamente dopo l'intervento chirurgico dalla masticazione del paziente, si riforma orientando le proprie cellule secondo le linee di forza adatte a sopportare il carico, cosa che non avviene quando l'impianto viene messo a dormire per 4-6 mesi originando nel tessuto osseo un'anchilosi di tipo statico e non funzionale).

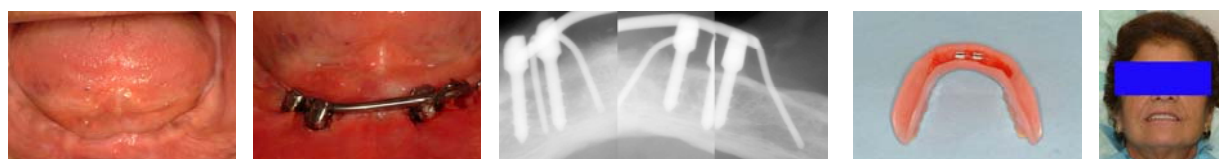


Organizzazione ossea secondo le linee di forza del carico avvenuta grazie al carico immediato

2) **Chirurgiche.** La tecnica chirurgica dell'implantologia bifasica richiede l'apertura del lembo gengivale e la sua richiusura con punti di sutura.



Questo tipo di approccio chirurgico di per sé porta a riassorbimento osseo, dolore e disagio per la mancanza degli elementi dentali. Inoltre richiede una seconda riapertura del lembo gengivale che, anch'essa, porta a ulteriore riassorbimento osseo, dolore e disagio. La tecnica chirurgica a carico immediato invece si avvale di una sola seduta chirurgica senza apertura del lembo e quindi senza riassorbimento osseo, senza dolore e senza disagi, permettendo perfino di far indossare al paziente la protesi subito dopo aver eseguito delle estrazioni ed inserito gli impianti.



Esempio di paziente entrata nello studio senza denti ed uscita dopo 2 ore con i denti. Gli impianti sono stati inseriti senza scollare il lembo e senza il minimo dolore la paziente ha potuto indossare la protesi ancorata agli impianti e mangiare.



Esempio di paziente entrata nello studio con dei denti da estrarre ed uscita dopo 2 ore con estrazioni eseguite, impianti inseriti e protesi consegnata.

Inoltre la tecnica monofasica si basa sulla solidarizzazione di più impianti insieme (tramite un processo chiamato sincristallizzazione) che permette di aumentare la stabilità primaria degli impianti.

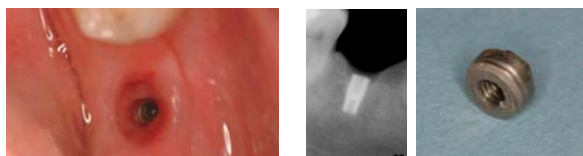


Esempio di impianti solidarizzati in protesi fissa.

- 3) **Protesiche.** La protesi della tecnica bifasica è composta da componenti diversi tenuti fermi tra di loro con delle viti



Questo porta ad un'infiltrazione batterica tra i vari componenti protesici con conseguente infiammazione gengivale e riassorbimento osseo . Tali viti inoltre, spesso si allentano o si fratturano richiedendo difficili interventi di recupero da parte del professionista e disagio per il paziente.



Frattura di un impianto bifasico



L'impianto bifasico fratturato è stato sostituito con 3 impianti monofasici elettrosaldati tra di loro in modo da costituire un tripode ancorato nell'osso corticale. Applicando questa metodica è stato possibile cementarvi una corona immediatamente al di sopra.

Nell'implantologia monofasica a carico immediato, l'impianto ed il moncone che sorregge la protesi costituiscono un unico pezzo (*inserire disegni e foto*), di conseguenza non c'è possibilità alcuna di infiltrazione batterica, né pericolo di allentamento o frattura delle viti.

Varie forme di impianti : viti, aghi, lame, cilindri

Differenze di forma tra vite bifasica e vite a carico immediato:

La vite bifasica, avendo delle spire appena accennate non ha la possibilità di ancorarsi all'osso meccanicamente. Al contrario la vite monofasica, avendo delle

spire larghe, permette un notevole ancoraggio all'osso (bi- o tricorticalismo) (*disegni e foto*).

Impianto ad ago:

E' un impianto molto sottile con diametro variabile da 1,2 a 1,5 mm che permette di sfruttare zone sottilissime di osso che non possono essere sfruttate dalle viti. Inoltre serve per stabilizzare le viti nel monoimpianto tramite sincristallizzazione (unione tra i due impianti).

Impianto a lama:

Permette di sfruttare zone sottili di cresta ed è particolarmente indicato nelle zone edentule postero- inferiori. Un'altra indicazione della lama è nei soggetti osteoporotici a cui mancano i denti postero-inferiori (*disegni e foto*).