



NESSUNO E' CONDANNATO ALLA DENTIERA!

Sono molti i pazienti che mostrano difficoltà di adattamento alle loro protesi totali. Essi possono anche non manifestare segni patologici o malattie specifiche nelle aree di supporto delle protesi, tuttavia lamentano una capacità funzionale e una soddisfazione psicologica assolutamente insoddisfacenti.

La presenza di un corpo estraneo inanimato (la protesi) in una bocca edentula comporta la sollecitazione di diversi stimoli nel sistema sensorio-motorio, i quali, a loro volta, influenzano il comportamento motorio dell'apparato masticatorio.

Numerose ricerche cliniche e scientifiche rafforzano l'idea che la capacità di adattarsi ad una protesi totale dipende essenzialmente dall'abilità individuale. Questa abilità rende secondari fattori esclusivamente fisici quali l'estensione, l'adesione della base protesica o altri.

L'età riveste un ruolo importante nella capacità di adattamento alla terapia protesica. Infatti la facilità di apprendimento e coordinazione neuro-muscolare diminuisce con il passare degli anni, probabilmente come risultato di una progressiva atrofia di elementi della corteccia cerebrale. L'abilità individuale è anche strettamente collegata a fattori psichici come l'ansia: livelli troppo elevati o troppo bassi comportano effetti deleteri.

L'incremento della vita media si accompagna al desiderio di un miglioramento della qualità della vita; nel paziente edentulo questo desiderio si scontra con un corteo di segni biologici che tendono a diminuire le probabilità del successo protesico.

Compito del protesista è trattare l'edentulismo con la protesi totale; tuttavia l'esperienza clinica dimostra l'esistenza di un grande numero di pazienti con gradi variabili di soddisfazione finale, inclusa una certa percentuale di totale insuccesso.

Generalmente si considera che:

più del 60% dei portatori di protesi totale è insoddisfatto o soffre limitazioni

più del 10% non usa le protesi totali inferiori (pur avendole)

circa il 2% non usa entrambe le protesi, superiore ed inferiore.

I pazienti insoddisfatti spesso presentano uno scarso supporto alveolare, dovuto a marcato riassorbimento, con creste ricoperte solamente da mucosa sottile e quindi facilmente dolorabile. Spesso il quadro è aggravato da un'insufficiente capacità di controllo neuromuscolare. Generalmente quei pazienti che non rispondono positivamente al trattamento protesico vengono dimessi con diagnosi di "bocche difficili" o di incapacità di adattamento alle protesi.

Nell'ambito delle terapie odontoiatriche il trattamento tradizionale del paziente edentulo (soprattutto nell'arcata inferiore) con scarso supporto osseo residuo rappresenta quindi uno dei più grossi compromessi della professione odontoiatrica, in termini di risultati. Molti test funzionali dimostrano che soggetti trattati con protesi rimovibili hanno una capacità funzionale ridotta se paragonati a soggetti con dentatura naturale. Anche con le migliori protesi totali molte delle funzioni orali risultano limitate. I pazienti totalmente edentuli sono spesso considerati degli "invalidi orali".

Con queste premesse è facilmente comprensibile che l'uso di impianti orali si presenti come una delle innovazioni più importanti degli ultimi decenni nell'ambito della odontoiatria protesica. La terapia implantare non è di per sé una novità, ma negli ultimi venti anni l'implantologia è sicuramente la branca dell'odontostomatologia che ha conosciuto lo sviluppo più consistente e spettacolare. Grazie a documentatissime ricerche da parte di studiosi di tutto il mondo, vi è stato il completo riconoscimento dell'attendibilità dei risultati della terapia implantare, anche se la possibilità di inserire nelle ossa dei mascellari dei manufatti (viti, cilindri o altro) che possano sostituire le radici perdute esiste da moltissimo tempo. Gli impianti cosiddetti "osteointegrati" sono in uso da più di 30 anni e sono i soli che danno la garanzia di un successo significativamente prevedibile.

L'atto chirurgico, nella sua essenza, è relativamente semplice; consiste nel preparare, con appositi strumenti, un foro di adeguata dimensione nella sede precedentemente occupata da un dente perduto, e nell'inserire una vite che possa sostituirlo.

La semplicità teorica dell'intervento ha fatto sì che, soprattutto in passato, si avvicinassero all'implantologia degli operatori non sufficientemente sperimentati, con risultati non soddisfacenti. In realtà l'inserzione dell'impianto è un vero e proprio atto chirurgico che richiede non solo una strumentazione specifica, ma anche una preparazione adeguata.

Il risultato dell'intervento deve essere l'accettazione da parte dell'organismo di un materiale che, per quanto biocompatibile, cioè accettabile dall'organismo, è del tutto estraneo.

Soprattutto nei casi di edentulismo totale dell'arcata mascellare inferiore la possibilità di riabilitare il paziente con protesi a sostegno implantare offre un livello di prestazione assimilabile alla situazione di dentatura normale e assolutamente impensabile con la protesi totale tradizionale. Al tempo chirurgico, pochi mesi necessari alla corretta integrazione dell'impianto nell'osso, deve seguire il tempo protesico, ugualmente importante, che permetterà di costruire delle corone masticanti sulle radici implantari.

E' evidente come la condizione essenziale per un trattamento implanto-protesico sia la presenza a livello dei mascellari di una quantità di osso tale da permettere l'inserimento di un numero adeguato di impianti. Tale condizione può venire a mancare per molteplici motivi (congeniti, traumatici, infettivi, iatrogeni). Questi casi rappresentano un problema particolare la cui soluzione è legata in primo luogo al ripristino della quantità di osso necessaria all'inserzione di impianti.

Metodiche classiche di prelievo ed innesto osseo da soggetto stesso vengono oggi adeguate ai bisogni implantologici e permettono la soluzione di casi fino a non molto tempo fa giudicati insolubili. L'osso può essere prelevato, in relazione alla quantità necessaria, da varie parti intra ed extra-orali del corpo sia in anestesia locale che generale a seconda dei casi. L'innesto osseo viene quindi "fissato" con viti o con gli impianti stessi al mascellare atrofico. Ad integrazione avvenuta il dentista potrà servirsi di un numero sufficiente di impianti sui quali edificare una protesi adeguata e soprattutto fissa.

La prevedibilità di riuscita degli impianti non significa una totale garanzia di successo. La percentuale di insuccessi è molto bassa, ma l'insidia della "non integrazione" dell'impianto con l'osso del paziente deve essere comunque presa in considerazione. Il paziente che desidera ricorrere all'implantologia deve essere consapevole del fatto che gli impianti possono anche non "attecchire," ma deve anche sapere che, in caso di mancato "attecchimento," c'è sempre la possibilità di un successivo inserimento di nuovi impianti.

Oggi si può affermare che nessuno è più condannato alla dentiera!!!

Dario Castellani