

# Implantologia: controindicazioni relative e assolute

Una metodica chirurgica ormai consolidata che deve essere sempre però individualizzata da esperti in implantologia, in funzione delle caratteristiche locali e generali del paziente

a cura del prof. Marco Finotti

L'implantologia è la branca dell'odontoiatria che ha avuto maggior sviluppo negli ultimi anni, grazie anche alle ricerche scientifiche e all'impiego di nuovi impianti da parte delle case produttrici. Oggi possiamo sicuramente garantire ai nostri pazienti impianti di elevato standard qualitativo, ma il nostro lavoro di chirurghi-implantologi non deve assolutamente essere inteso come un mero atto tecnico di inserimento dell'impianto nelle arcate dei nostri pazienti, **ma valutato come intervento chirurgico individuale**. Questo significa che **dobbiamo sempre pensare al paziente nella sua globalità** prima di scegliere un piano di trattamento con impianti.

Ricevo email di pazienti che richiedono pareri o addirittura piani di cura senza una visita, solo inviando radiografie. È assolutamente impossibile dare risposte serie, in questo modo, ma solo risposte approssimative che potrebbero essere contraddette in toto in una visita. La presenza o assenza di "osso" non è l'unico fattore per decidere se fare o no un impianto. Di fronte a due pazienti ideali, che hanno una quantità ideale di osso, che desiderano una riabilitazione implantare fissa e sono per esempio edentuli, possiamo, comunque, riscontrare situazioni locali e generali che ci obbligano a consigliare piani di trattamento completamente diversi, con un numero di impianti diverso e un tipo di riabilitazione protesica diversa. È importante che i pazienti e i lettori interessati a queste tematiche capiscano questi concetti.

Attualmente disponiamo del **Dentascan**, metodica radiologica che permette di valutare la **quantità** e la **qualità** del tessuto osseo a disposizione oltre a evidenziare eventuali controindicazioni locali all'implantologia. Di fronte a una qualità ossea scadente sarà necessario un numero di impianti maggiore per garantire un adeguato sostegno alla protesi, sia fissa che mobile. Allo stesso modo alcune tecniche potranno o no essere utilizzate.

Di grande attualità è il **carico immediato**,





che consiste nel posizionare subito dopo l'inserimento degli impianti e comunque entro le 36 ore, la protesi; ovviamente questa tecnica dipende dalla quantità dell'ancoraggio degli impianti a livello osseo e quindi anche dalla qualità dell'osso dove vengono posizionati oltre che dal numero e dal tipo degli impianti utilizzati. Sempre nel contesto del carico immediato una tecnica interessante è la riabilitazione protesica su 4 impianti (**all on four**) mediante programmazione computerizzata del posizionamento degli impianti con apposite guide precostruite e della protesi. Esistono due problematiche: la prima è il margine di errore che può determinare l'imprecisione del manufatto protesico quando viene posizionato e fissato agli impianti appena inseriti; il secondo è il numero ridotto degli impianti: la loro sollecitazione risulta elevatissima e oggi non è conosciuta scientificamente la durata a lungo termine di questa soluzione. Chiaramente, se si posizionano solo 4 impianti ove fino a poco tempo prima se ne posizionavano 8, 10 o 12, è scontato che almeno la quantità

e la qualità ossea devono essere elevate per permettere il posizionamento di impianti di lunghezza e diametro adeguati.

Altra tecnica attuale è l'implantologia a **cielo chiuso**, senza incidere la gengiva. Si tratta di una metodica meno invasiva che però espone a rischi ove la quantità ossea non sia elevata e sia richiesta una contestuale tecnica rigenerativa o ricostruttiva associata, impossibile con questa metodica. Solo il dentalscan effettuato in fase di studio del paziente può dire se è applicabile o no la tecnica a cielo chiuso, che ovviamente riduce i tempi di guarigione, l'edema e l'ematoma successivo all'intervento implantologico, ma ai pazienti va sempre garantito il minimo rischio e il massimo successo, soprattutto a lungo termine.

I pazienti che non presentano **un'igiene corretta** sono a rischio di insuccesso, perché la carica batterica è in grado di determinare infiammazione del tessuto gengivale prima e osseo poi, con riassorbimento dello stesso e perdita dell'impianto. Eseguire im-



## Osteoporosi e bifosfonati

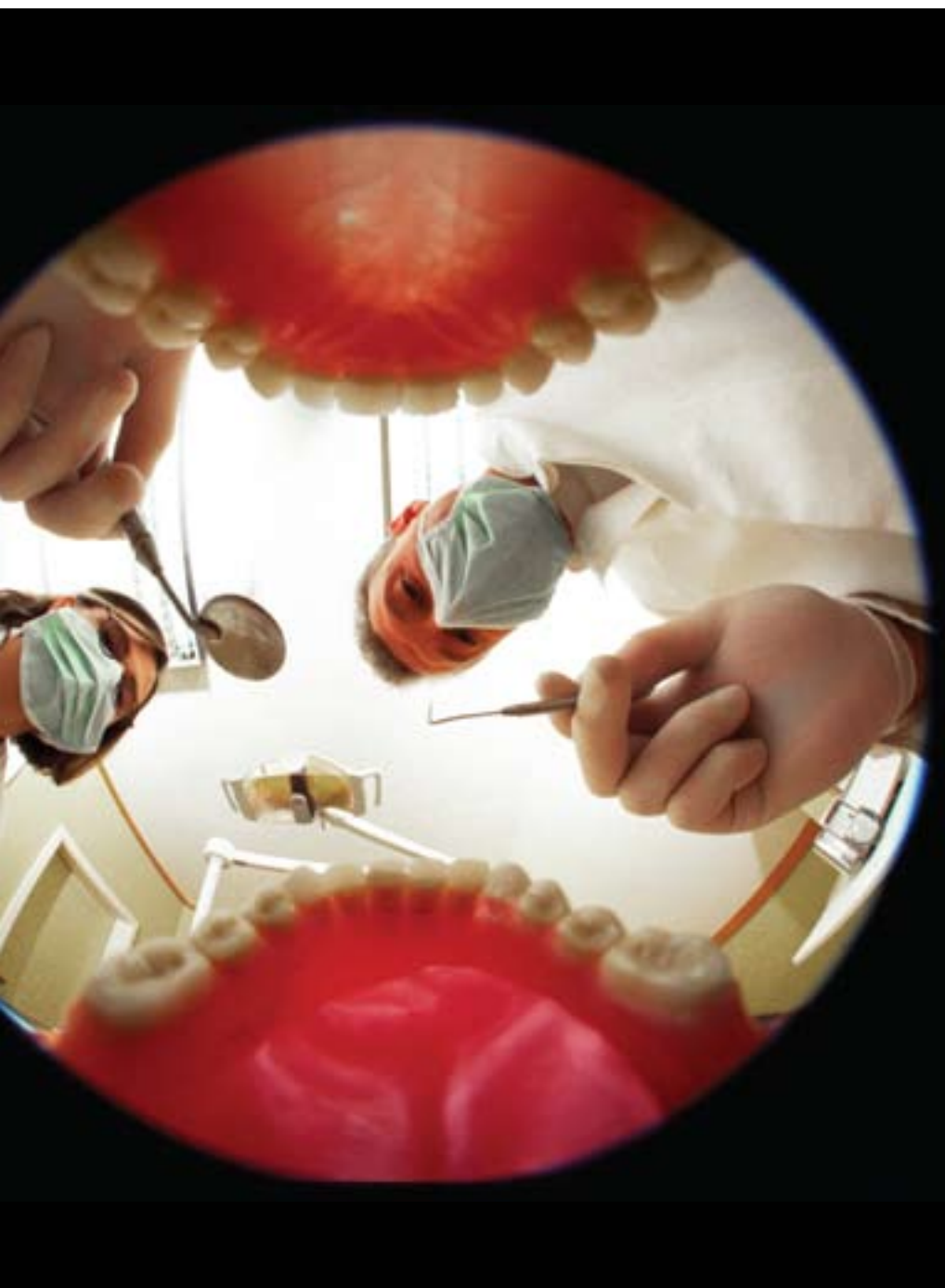
I **bifosfonati** sono una categoria di farmaci utilizzati soprattutto nell'osteoporosi e nelle terapie in presenza di neoplasie. Vengono somministrati per bocca, endovena o intramuscolo. Questi farmaci, ormai molto comuni, non vengono metabolizzati e permangono nell'osso per molti anni in elevate concentrazioni. Qualsiasi intervento chirurgico, non solo implantologico, espone al rischio di necrosi ossea a livello dei mascellari soprattutto per i pazienti in terapia endovenosa da tempo con bifosfonati.

L'**osteoporosi** non rappresenta in sé una controindicazione all'implantologia, in quanto i parametri e le sollecitazioni a livello del distretto dei mascellari sono diverse rispetto alle ossa lunghe.

“

Oggi possiamo sicuramente garantire ai nostri pazienti impianti di elevato standard qualitativo, ma il nostro lavoro di chirurghi-implantologi non deve assolutamente essere inteso come un mero atto tecnico di inserimento dell'impianto nelle arcate dei nostri pazienti, ma valutato come intervento chirurgico individuale. Questo significa che dobbiamo sempre pensare al paziente nella sua globalità prima di scegliere un piano di trattamento con impianti

”



piani in pazienti affetti da piorrea è a rischio se la malattia non è stata trattata. La **piorrea** risulta una controindicazione all'implantologia **solo se non trattata**. I pazienti fumatori possono essere riabilitati con impianti ma è importante che sappiano che il rischio di insuccesso è molto più elevato che nei pazienti non fumatori sia a breve che a lungo termine, questo è dovuto all'azione immediata sui processi di guarigione delle ferite subito dopo l'intervento chirurgico e alle conseguenze negative che il fumo determina a livello della circolazione periferica e quindi dei processi di osteointegrazione.

I pazienti **diabetici** con complicanze circolatorie sono a rischio per il trattamento implantologico, possono essere trattati ma con più bassa percentuale di successo e di questo devono essere edotti, come tutti i pazienti che presentano complicanze a livello della **circolazione periferica**.

L'**età** non sembra aver importanza sul successo implantologico rispetto a quanto si credeva, per cui anche pazienti molto anziani attualmente vengono riabilitati con gli impianti. La **terapia radiante** a livello dei mascellari ha importanza, per cui si consiglia a chi ha subito terapia radiante di effettuare gli impianti o subito alla fine della terapia stessa o, in alternativa, dopo un anno dalla fine della terapia. Concludendo, l'implantologia per osteointegrazione, metodica scientificamente provata ed approvata dalla comunità scientifica internazionale, pur essendo una metodica chirurgica standardizzata va **assolutamente individualizzata da esperti in implantologia**, in funzione delle caratteristiche locali, mascellari e mandibolari, e cliniche in generale del paziente stesso.



PROF. MARCO FINOTTI  
MEDICO CHIRURGO  
ODONTOIATRA

Laureato in Medicina e Chirurgia specializzato in Ortognatodonzia a Padova.

Prof. A.C. Università degli Studi di Padova. È stato docente in Chirurgia Paradontale e Implantoprotesi alle Università Popolari di Caserta e Milano. Libero professionista a Padova e Milano.

www.agendasalute.com