









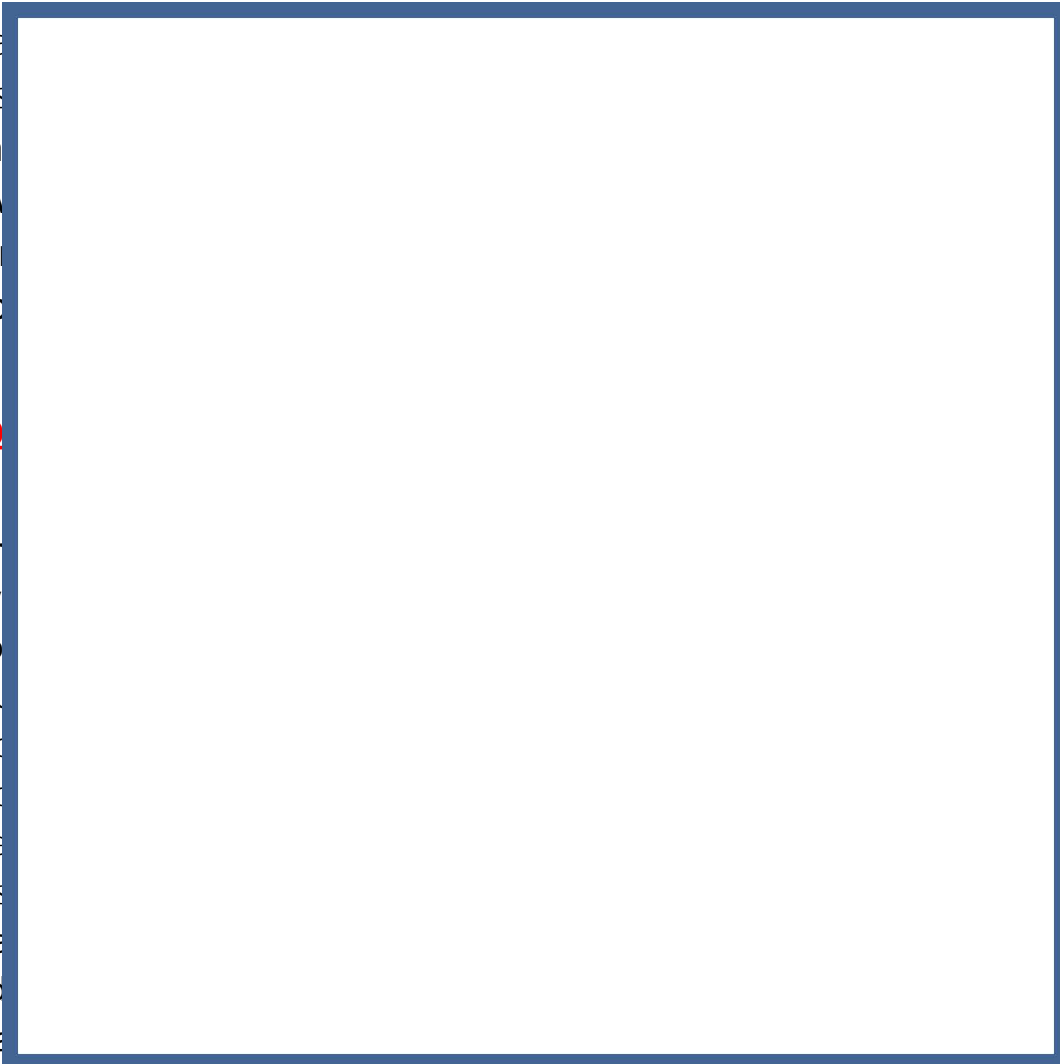
2) che il tessuto osseo sia sufficiente in altezza e spessore e non vada prima ricostruito (vedi PDF7 e PDF8).

A questo scopo spesso si rende utile, oltre naturalmente alle routinarie radiografie digitali endorali e panoramiche (che sono però bidimensionali), **la visione radiografica tridimensionale data dall'apparecchiatura Cone Beam (TAC/TC)**, (vedi anche qui a PDF7 e PDF8, e a Terapie. Estrazione del dente del giudizio PDF4).

Solo la  
appos  
indich  
effettiv  
struttu  
arterio

Q

Nella r  
-il nerv  
labbro  
- struttu  
ben co  
In caso  
lesione  
succes  
solleva  
richieo  
Nel ma



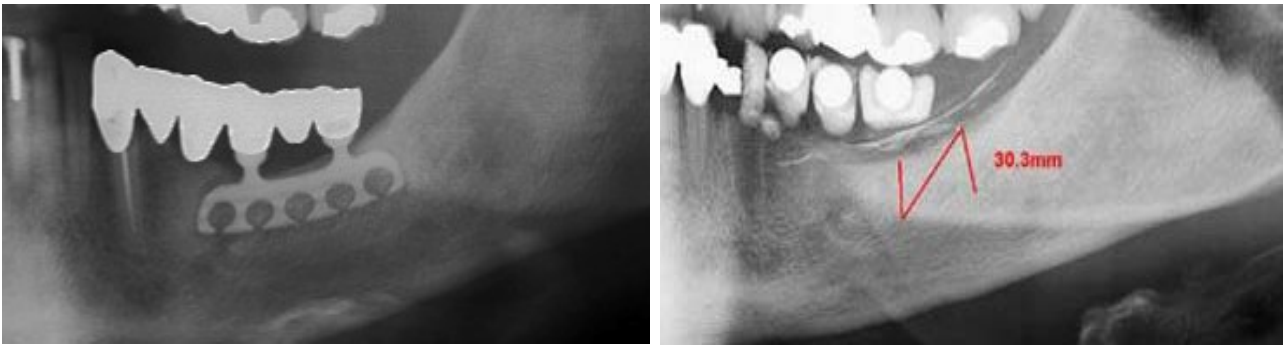
di  
za  
ntuali  
vasi

te

unque

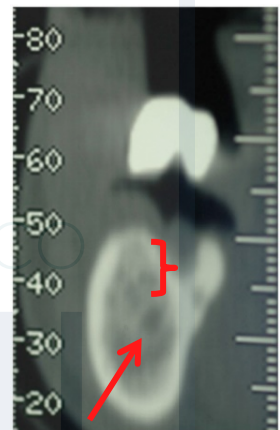
la

**Esempio di studio di un caso complesso, a causa della scarsità dell'osso, distrutto dalla precedente infezione ossea.**



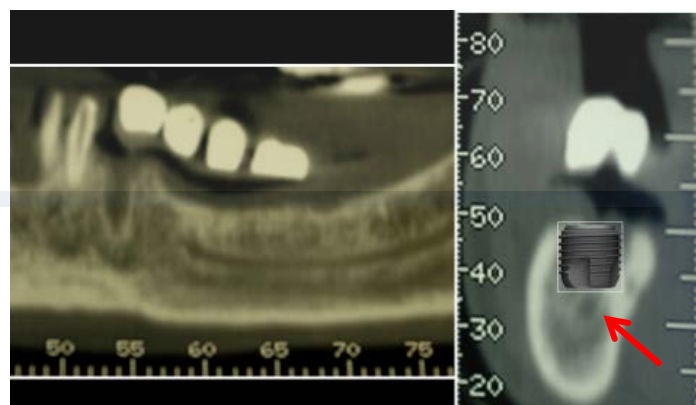
**A sinistra, prima:** il vecchio impianto a lama fallito per perimplantite (grande infezione ossea con ascesso) deve essere estratto.

**A destra, dopo l'estrazione,** l'osso residuo dopo la distruzione ascessuale "sembra insufficiente" per un impianto standard.

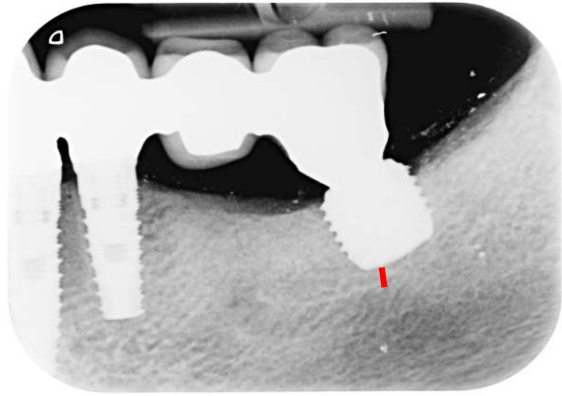


**A sinistra.** Dopo l'estrazione l'osso appare molto (troppo?) basso, distrutto.

**Al centro.** La visione tridimensionale della TC, indica però un minimo di osso (parentesi rossa) sopra al nervo alveolare inferiore (freccia rossa).



**Sopra, nella simulazione.** Si può quindi con molta prudenza inserire un impianto largo 7 millimetri e lungo 7 millimetri senza rischiare di ledere il nervo (freccia rossa).



**A sinistra.** Nella radiografia si vede l'impianto **sfiorare** ma non toccare il nervo.

**A destra.** Il ponte supportato **dall'impianto posteriore** e **due impianti standard anteriori**.

### **Cosa si intende per ricostruzione ossea?**

Quando allo studio radiografico la quantità di osso si rivela inadeguata, si dovrà procedere alla sua **ricostruzione** oppure a **tecniche chirurgiche alternative**.

**Vedi PDF7 (quando manca l'osso nella mandibola), e PDF8 (quando manca l'osso nel mascellare superiore).**

### **Tecnica d'inserimento di un impianto.**

Dopo avere **informato** adeguatamente il paziente (sulle medicine da assumere prima e dopo l'intervento, e dalle precauzioni da osservare) e avergli fatto firmare il **Consenso informato**, viene praticata una normale **anestesia locale**.

Dopo qualche minuto si esegue una **piccola incisione gengivale** (di 1centimetro circa nel caso di un impianto) per evidenziare l'osso e con frese calibrate vi si pratica un **foro calibrato leggerissimamente più stretto del diametro dell'impianto**, un alveolo artificiale, nel quale viene quindi **inserito (immaschiato) l'impianto**.

L'impianto è **cavo**, con una filettatura anche interna per collegarsi alla **protesi** che vi verrà avvitata, e verrà **tappato provvisoriamente con una vite chirurgica a pari livello**.

Applicati **pochi punti di sutura** il paziente viene congedato con una **piccola ferita chiusa** (non semi aperta come dopo un'estrazione).

Pertanto, differentemente da un' estrazione rispettosa del tessuto osseo quanto possibile, **l'osso non viene traumatizzato o sforzato.**

L'intervento ha una **durata che va dai 30 minuti, per un impianto, ai 60/90 minuti per una arcata completa.**

La **convalescenza è breve, assolutamente indolore, se il paziente si attiene con precisione alle prescrizioni mediche, consegnategli.**

Nel caso dell'applicazione **di 5/6 impianti (come nel caso di una protesi di tutta un'arcata), la convalescenza può essere leggermente più lunga.**

**Dopo l'inserzione dell'impianto occorre generalmente un intervallo di due / tre mesi per l'osteointegrazione (il tessuto osseo si "salda" all'impianto) nei quali non sarà visibile in bocca perché nascosto nella compagine ossea e coperto dalla mucosa.**

**Alla fine del periodo di integrazione ossea, con un semplicissimo intervento si potrà metterlo in comunicazione con l'ambiente orale, rimuovendo la vite chirurgica e applicando previa effettuazione di un tunnel gengivale, una vite "di guarigione", lunga tanto da emergere fuori dalla gengiva, attorno alla quale la gengiva guarirà lasciando un tunnel di collegamento tra la testa dell'impianto e la bocca, nel quale passerà il moncone che sosterrà il dente.**

**In casi favorevoli però questa vite può essere messa direttamente al momento dell'intervento e sarà visibile per tutto il periodo della integrazione, evitando così la necessità del secondo intervento.**

**2 o 3 mesi dopo, a osteointegrazione compiuta, verranno applicati gli elementi protesici.**

Talvolta è possibile la protesizzazione immediata degli impianti ma solamente in casi selezionati e con opportuni accorgimenti.

In certi casi invece l'attesa potrà essere più lunga anche di 4, 5 o 6 mesi.

**L'inserimento di un impianto non è assolutamente doloroso, ma richiede esperienza e prudenza per evitare possibili complicanze!**

**Cosa si deve fare dopo l'intervento di chirurgia implantare?**

**Attenersi rigorosamente alle istruzioni dello stampato che viene**



consegnato il giorno in cui viene programmato l'appuntamento alla segreteria.

Questo stampato elenca cosa fare **nei giorni prima dell'intervento, nel giorno dell'intervento, e nei giorni successivi** all'intervento stesso.

Tenere sempre a **portata di mano i numeri di telefono dello studio** (in testa allo stampato) e telefonare per qualsiasi evenienza anche se apparentemente non importante, come per esempio sensazione di gonfiore alla lingua o apparente difficoltà a deglutire, oppure un goccio di sangue dal naso.

### **La protesi implantare è compatibile con l'estetica?**

Si. In tutti prossimi PDF si possono vedere casi protesici implantari con l'estetica che ne consegue **Terapie Estetica. PDF7. Estetica protesica in pazienti con impianti.**

### **Si parla di rigetto degli impianti ...**

**La percentuale di successo degli impianti a 10 anni dall'intervento è attorno al 95-98%** a seconda della sede e della tecnica utilizzata.

Questi dati, supportati dalla letteratura scientifica internazionale, prendono in considerazione l'utilizzo da parte dell'odontoiatra qualificato di impianti scientificamente studiati e controllati da studi longitudinali negli anni attraverso protocolli chirurgici codificati (non tutti gli impianti disponibili in commercio rispondono a questi requisiti).

**Rarissimamente si può verificare il fallimento o rigetto dell'impianto, determinato dalla mancata crescita di osso sulla sua superficie, o dalla sua scomparsa a causa di un'infezione (perimplantite) che distrugge l'osso con la creazione di un gap riempito di tessuto connettivo (molle).**

**La perimplantite), possiamo paragonarla alla parodontite dei denti !**

L'impianto diverrà **mobile, non essendo più sostenuto saldamente da un sano osso osteointegrato (anchilosato).**

La causa è in genere sconosciuta e potrebbe dipendere da possibili contaminazioni di superficie dell'impianto, da problematiche chirurgiche, da applicazione di protesi imprecise, da variazioni dello stato immunitario del paziente.

in questi casi occorre **rimuovere immediatamente l'impianto**, per poi potere **applicare un impianto sostitutivo** dopo un certo periodo di tempo.

Infatti l'infezione distrugge l'osso, e la non immediatezza della rimozione comporterà alla fine una distruzione ossea eccessiva con l'impossibilità di inserire un impianto di sostituzione.

La **perimplantite**, problema grave, non va confusa con la **mucosite (corrisponde alla gengivite dei denti)**, nella quale si ha **solo l'infiammazione della gengiva, che è reversibile con un accurata detartrasi (IOMPP), accompagnata da disinfezione con clorexidina (IOC)**. Vedi ambedue a Prevenzione PDF8, 9, 10.

STUDIO ODONTOIATRICO  
PAGNI