

PROPOSTA DI UNA NUOVA TECNICA CHIRURGICA  
PER IL TRATTAMENTO  
DELLE EDENTULIE IN PORTATORI DI ATROFIA MANDIBOLARE SEVERA:  
L'IMPIANTO A CAVALIERE LATERALE

Fino al 1998 il trattamento delle edentulie in presenza di gravi atrofie mandibolari prevedeva due tipi di approcci: la traslazione del canale mandibolare e la ricostruzione della cresta ossea mandibolare per apposizione di blocchi di osso autologo.

Tecniche spesso rifiutate dai pazienti.

La traslazione del canale mandibolare è caduta ormai in disuso in ragione del numero di reliquati più o meno gravi che la manipolazione del n. mandibolare comporta mentre la ricostruzione crestale con blocchi di osso autologo o di banco è un intervento spesso rifiutato dal paziente per la sua invasività (l'insulto chirurgico è veramente molto importante), imprevedibilità (i riassorbimenti a distanza sono percentualmente molto rilevanti) e infine i tempi totali del trattamento che sono certamente scoraggianti.

Ci sono inoltre pazienti che, in assenza di trattamenti accettabili in relazione alla possibilità di recuperare la capacità di relazione sociale in tempi brevissimi nel post-chirurgico e brevi per la soluzione protesica, sono virtualmente esclusi da qualsivoglia intervento riabilitativo e vanno incontro a severe degenerazioni cliniche e funzionali.

E' proprio nel tentativo di affrontare l'esigenza, e la richiesta, di questa categoria di pazienti che è stata concepita e realizzata una nuova tecnica chirurgica, l'IMPIANTO A CAVALIERE LATERALE appunto, per il trattamento di questa condizione per la quale spesso resta come unica soluzione praticabile, ma non gradita e certamente scarsamente efficace, la protesi scheletrica o la protesi mobile completa nel caso che l'edentulia mandibolare sia totale.

Il primo intervento, realizzato ormai più di dieci anni fa, fu eseguito su un paziente di sesso maschile di anni 54, VP, portatore di una grave atrofia del processo alveolare destro della mandibola. Da allora si sono eseguiti numerosi interventi, la percentuale di successo dei quali è elevatissima. E' in via di preparazione una presentazione con tutti i dati disponibili.

L'intervento viene programmato dopo esecuzione di una TAC per il rilevamento di tutte le quote interne mandibolari, è relativamente semplice ma richiede una enorme precisione chirurgica.

Dopo aver aperto un lembo abbastanza profondo vestibolarmente, si procede alla ispezione del corpo mandibolare ed alla individuazione, grazie ai punti di repere naturali e su guida TAC, della sua morfologia interna. Mediante le opportune triangolazioni si individua il punto di inserzione e la sua angolazione rispetto al piano mandibolare. Il punto di ingresso va calcolato con precisione



CAL SAPERE AL SAPER FARE

perché dovrà consentire alla fresa di penetrare obliquamente e produrre un fresaggio il cui punto terminale sarà sotto il canale mandibolare.

Ritirata la fresa si procede alla creazione di un ginocchio curvo e di una doccia lungo la parete vestibolare superiore della mandibola fino alla sommità crestale.

L'impianto utilizzato è un impianto di Tramonte diametro 2,5 mm.

Si procede quindi all'inserimento dell'impianto fino a che l'apice implantare non si trova perfettamente alloggiato sotto il canale mandibolare, dopo di che si procede alla deposizione del corpo implantare emergente nella doccia preventivamente preparata ed alla verticalizzazione del moncone. L'impianto così conformato si troverà ad essere alloggiato nella profondità della mandibola, inferiormente e quindi vestibolarmente al canale mandibolare. Dopo la sua emergenza, che avviene approssimativamente nella zona mediana della parete vestibolare, ad un angolo di circa 45° sul piano orizzontale, viene a stendersi sulla superficie mandibolare in direzione linguale fino a raggiungere la cresta dove un'ultima contropiega lo porta ad avere il moncone parallelizzato e con il suo asse maggiore sul piano sagittale ivi passante.

A manovra ultimata e con l'impianto perfettamente conformato e posizionato, si procede all'elisione delle spire che residuano sulla parte superiore del corpo e si stende sulla zone interessata dall'intervento una membrana riassorbibile a coprire completamente i corpi implantari esterni alla mandibola, quindi si sutura il lembo.

Si procede quindi all'applicazione della barra per elettrosaldatura ed al montaggio della protesi provvisoria.

A due/tre mesi si realizza la protesi definitiva.

Tutti gli impianti a cavaliere laterale eseguiti sino ad ora hanno ottenuto il pieno successo.

In conclusione si può affermare che la tecnica proposta dell'impianto a cavaliere laterale rappresenta una valida alternativa alle più onerose ed invasive tecniche riabilitative.