Denti. Mezzo secolo fa la scoperta che il titanio poteva integrarsi perfettamente con l'osso. Cosa che ha cambiato l'Odontoiatria ma anche la vita dei pazienti che avevano perso i denti e non accettavano la dentiera

Impianti sicuri ma attenti alla qualità

ANNA MARIA MESSA

Gli impianti per sostituire i denti perduti sono ormai la chiave di volta per ridare sorriso e funzionalità alla bocca di ogni età. E sono esattamente 50 anni da quando Per-Ingvar Brånemark, fisiologo ortopedico svedese (recentemente scomparso) applicava i primi impianti in titanio inaugurando la nuova era dell'implantologia. «Casualmente una decina di anni prima aveva scoperto il fenomeno dell'osteointegrazione - spiega Paolo Pera, direttore clinica odontoiatrica università di Genova - l'intima unione che si crea tra osso e impianto artificiale in titanio. Con delle microcamere in titanio inserite nelle tibie di alcuni conigli stava studiando il microcircolo. Dopo 3-4 mesi si accorse che non riusciva a rimuoverle e intuì che il titanio, opportunamente trattato e purificato, era biocompatibile, poteva integrarsi totalmente con l'osso. Applicando l'osservazione agli impianti nella mascella cambiò la storia dell'odontoiatria e la vita dei pazienti che avevano perso i denti, specie nell'arcata inferiore. Chi non accetta la protesi mobile vive male, tra disagio sociale, senso di vecchiaia, difficoltà a mangiare. La possibilità di inserire radici artificiali, quindi avere ancoraggi per costruire ponti fissi, ha trasformato la qualità estetica e funzionale dei manufatti».

L'implantologia esisteva già ma era una scienza empirica, funzionava solo nel 40% dei casi e non si capiva la ragione del rigetto. «La svolta di Brånemark è stata quella di definire un protocollo da seguire e i successi sono passati dal 40 al 90%», continua. Quel protocollo oggi è stato in parte modificato ma il principio dell'osteointegrazione resta lo stesso: non c'è rigetto grazie alla "inerzia biochimica" del titanio e alla "bioinerzia meccanica", l'assenza di micromovimenti che impediscono la calcificazione dell'osso. «È la stessa cosa dell'ingessatura che blocca un arto fratturato. Oggi un impianto non si perde per rigetto ma perché l'osso non guarisce per infezioni o se ci sono micromovimenti», precisa Pera. Per questo si sconsiglia di caricare la corona sull'impianto prima di 3-4 mesi. «Il carico immediato introduce un fattore rischio. L'osso non vede se c'è o no la corona ma se percepisce movimenti non riesce a calcificare. È sempre sconsigliabile caricare quando l'impianto è uno solo. Se mettiamo invece su tutta l'arcata più impianti molto stabili nell'osso possiamo caricare e garantire l'assenza di movimento bloccando gli impianti tra loro con una protesi a ferro di cavallo e rispettando tutta una serie di pre requisiti chirurgici e protesici. La protesi funziona come uno splintaggio ortopedico (gesso di contenzione) e controllando il carico rispettiamo la bioinerzia meccanica».

La qualità dell'impianto è ovviamente importante. «Il dispositivo è importante per la pulizia batterica, chimica, della componentistica, ma rimangono centrali le capacità chirurgiche e protesiche del dentista, la mano del medico. Il paziente dev'essere molto attento nel valutare la professionalità dell'odontoiatria anche parlando con gli amici», consiglia Pera.

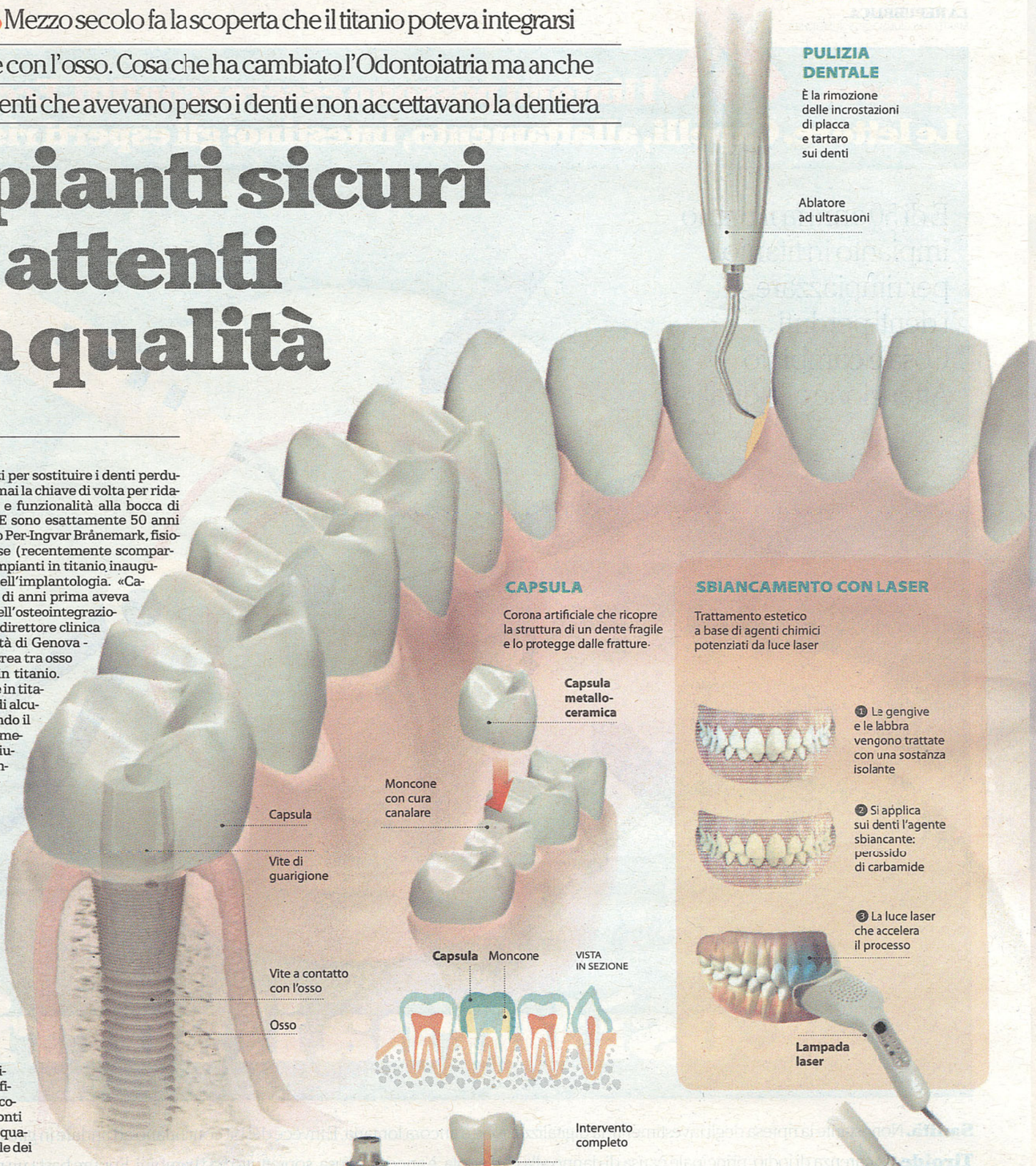
Esperienza personale e passaparola per stare tranquilli? «Il paziente che decide di sottoporsi a riabilitazione protesica implantare ha la possibilità di condividere con il dentista il progetto terapeutico. È importante però chiedere il nome dell'azienda produttrice e il tipo di impianto scelto. Alcune aziende smettono all'improvviso la produzione lasciando il dentista e il paziente senza assistenza adeguata. Il medico deve garantire della qualità dell'industria produttrice e l'industria deve farsi carico di una quantità di componenti di ricambio. L'impianto dentale deve avere le stesse caratteristiche di una protesi biologica (tipo valvola cardiaca o protesi d'anca) e possedere un documento di riconoscimento e tracciabilità. Utilizzando internet è oggi possibile conoscere tutto questo e scegliere al meglio», conclude Francesco Riva, direttore Chirurgia Odontostomatologica istituto superiore Odontoiatria Eastman, Roma.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

QUANTI

Nell'adulto sono 32: 8 incisivi, 4 canini, 8 premolari e 12 molari, di cui 4 (denti del giudizio) spuntano tra i 18 e i 25 anni. Sono 20 invece i denti da latte, sostituiti dai 6 anni in poi.

LE CURE DENTALI



LA CRISI DEL SETTORE

FONTE RIELABORAZIONE DATI LA REPUBBLICA-SALUTE / ANDI / AIO

PER SAPERNE DI PIÙ
www.osteointegrazione.it
www.distbimo.unige.it

LE RACCOMANDAZIONI

Sconsigliati a chi fuma o beve e a chi non cura l'igiene orale

Quasi una ventina le pagine dedicate agli impianti dentali nelle 'Raccomandazioni cliniche in odontostomatologia' pubblicate on line dal ministero della salute. Indicazioni cliniche, controindicazioni, informazioni sulla certificazione dei materiali usati. Pagine (134 — 152) utili da leggere per chiunque voglia ricorrere alla terapia implantare per rimpiazzare denti mancanti. Il documento, infatti, esorta a fare tutto il possibile per salvare i propri denti e non estrarli se non è proprio necessario. È poi essenziale, prima di passare agli impianti (quando la crescita scheletrica è completata), ristabilire «adeguate condizioni di salute dei denti e dei tessuti parodontali». Con la piorrea (parodontite non trattata o trattata senza successo) non si scherza. E neanche con la cattiva igiene orale quotidiana o con il troppo fumo (10 o più sigarette al giorno) o alcol.

Essenziale l'attento colloquio col paziente per una diligente anamnesi sia medica (informazioni su eventuali patologie sistemiche, terapie seguite, stili di vita) sia odontoiatrica (pregresse patologie orali, cause della perdita di denti, trattamenti odontoiatrici effettuati), che possono comportare un maggior rischio per l'intervento e il successo implantare. Il paziente, raccomanda il Ministero, va adeguatamente informato sulle varie possibilità riabilitative, sui risultati conseguibili, sugli stili di vita dopo gli impianti. La comunicazione verbale va integrata da un consenso informato, preferibilmente scritto, nel quale si riassume quanto è stato detto al paziente.

Nel "consenso informato" predisposto dalla SIO, Società Italiana Implantologia Osteointegrata, indicazioni, informazioni, controindicazioni, modalità chirurgiche, decorso post—operatorio, possibili complicanze. In genere però si firma il modulo, senza leggerlo, appena prima di cominciare il trattamento. «La base del consenso resta in ogni caso il colloquio diretto tra medico e paziente e tutto quello che verbalmente e con gli ausili è stato spiegato», commenta Bartolomeo Lofano, dentista a Bari. Nel consenso, tra l'altro, si legge che anche l'eccessiva assunzione di sostanze alcoliche, la dipendenza da droghe, il serramento o digrignamento dei denti, le abitudini viziate, intolleranze, allergie a farmaci e materiali collegati al trattamento, possono compromettere risultato e durata del trattamento.

(a. messa)

©RIPRODUZIONE RISERVATA