Sandro Siervo

Ci sono state evoluzioni negli ultimi cinque anni nell'implantologia?

Di evoluzioni, secondo me, ce ne sono state moltissime; fondamentalmente servono per aumentare la superficie di contatto fra impianto e osso. Un altro tema è la ricerca della stabilità primaria o con i sistemi a vite, oppure anche con i sistemi a cilindro dove il cilindro è di diametro lievemente superiore a quello della fresa in modo che vada a pressione nella sede ossea e che quindi non si muova nel periodo di guarigione: questo è universalmente accettato come un criterio fondamentale per avere successo. Ormai questi impianti "moderni" sono a struttura cilindrica poi possono essere cavi, non cavi, pieni e via dicendo però fondamentalmente la struttura è simile per tutti i modelli.
Quello che invece varia molto è la componentistica protesica e lì di ricerca ce n'è stata tantissima, dallo sviluppo dei calcinabili ai vari monconi triangolati, ai sistemi per i denti singoli con i blocchi interni, con un esagono o con un ottagono secondo le varie case, in modo che non ci sia rotazione del moncone.

Le novità sono più sui materiali che sulle metodiche?

Il protocollo chirurgico di base è quello indicato da Bramemark anche se poi ognuno ha apportato le sue modificazioni. Riassumendo: la sterilità durante tutto l'intervento terapeutico, l'intervento il meno traumatico possibile e l'irrigazione.

Se dovesse dare un consiglio a uno che si accosta adesso agli impianti che cosa gli direbbe?

Come prima cosa scegliere accuratamente i casi, andare in ordine di difficoltà crescente: secondo me quello che si deve assolutamente saper fare è la sostituzione del dente singolo. Poi le selle libere di uno o due elementi, le selle libere di più elementi e alla fine le riabilitazioni complesse.

biomateriali sub iudice

In quante sedute fa una riabilitazione?

La parte chirurgica in una sola seduta.

Quanti impianti mette?

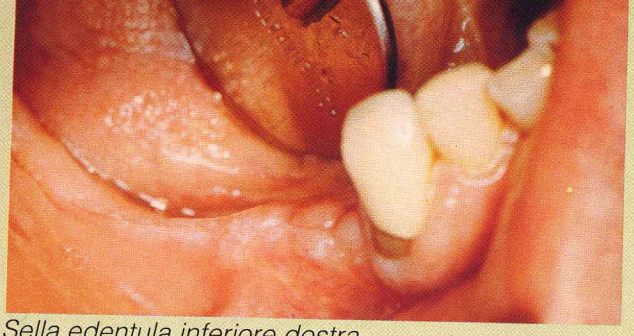
Questo dipende dalla situazione orale del paziente, da quanti elementi gli mancano. Oggi la logica migliore è quella di sostituire ogni elemento mancante con un impianto, a eccezione di quando si devono riabilitare arcate complete, cioè si ha una edentulia completa inferiore o superiore dove in genere il numero degli impianti è inferiore al numero degli elementi dentali.

Se potesse esprimere un desiderio di evoluzione futura che cosa chiederebbe?

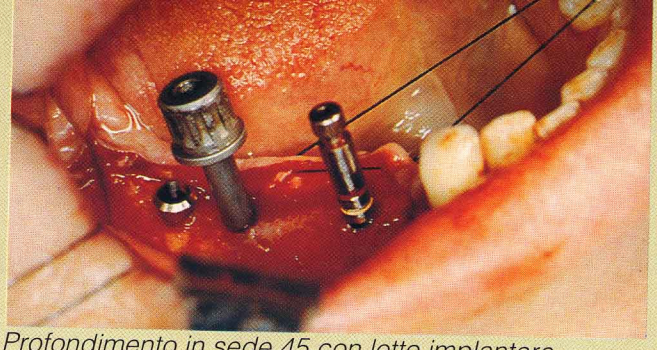
Una cosa interessante sarebbe poter risolvere i difetti ossei, cioè i casi dove non c'è sufficiente osso, perfezionare le tecniche disponibili oggigiorno, dalle membrane agli innesti d'osso autologo, stabilire con precisione quali sono le indicazioni migliori per l'uno e per l'altro sistema e il tempo d'attesa prima del carico. Su questi temi mi aspetto grosse evoluzioni.
Sui biomateriali me ne aspetto meno: c'è abbastanza consenso sia in Italia sia all'estero sul fatto che biomateriali e impianto non sempre vanno mano nella mano. Quando c'è un difetto osseo è meglio usare osso autologo o fare ricrescere l'osso con le membrane piuttosto che usare materiali di riempimento di cui non si conosce bene il comportamento a lunga distanza.

Invece per quanto riguarda i materiali dell'impianto ormai siamo al top?

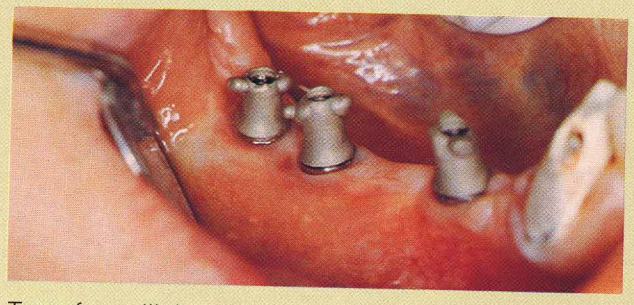
Sì, direi di sì.



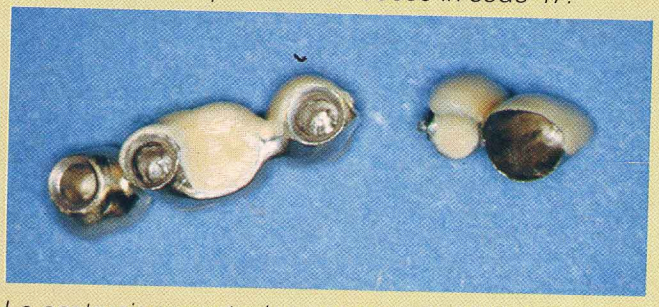
Sella edentula inferiore destra.



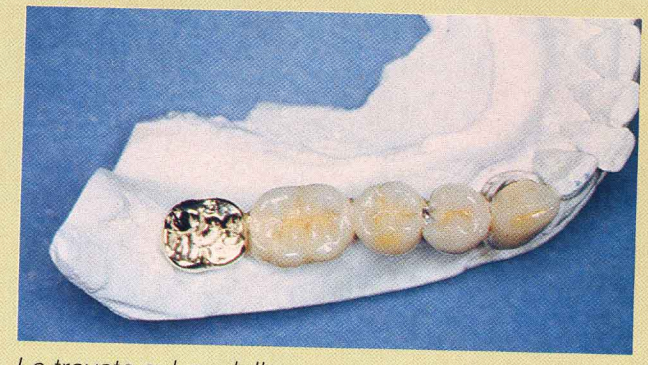
Profondimento in sede 45 con letto implantare preparato, maschiatore in sede 46 per terminare la preparazione, impianto trasmucoso in sede 47.



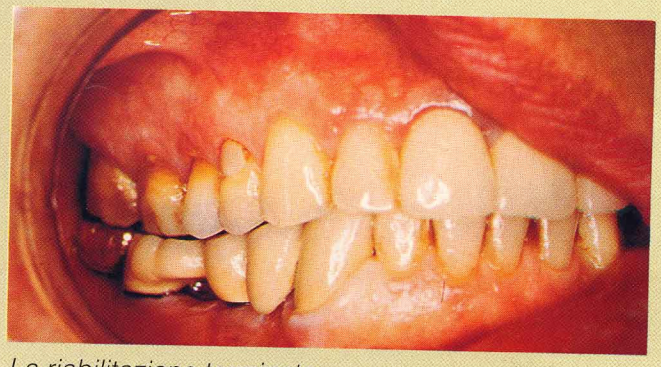
Transfer sull'elemento naturale 43 e cappette sperimentali per la presa di impronta sugli elementi implantari.



La costruzione protesica con visione dell'interlock.



La travata sul modello



La riabilitazione terminata.

C'è una grossa offerta sul mercato: lei quali criteri segue nella scelta?

Il problema è che i materiali più o meno vanno bene tutti, la parte importate è lo strumentario chirurgico dove esistono grosse differenze, le frese per esempio, ci sono frese che tagliano e frese che non tagliano e questo può rendere un intervento più facile o meno facile. Altra cosa importante: tante volte vengono offerti materiali a costi molto più bassi, poi ci si trova con deficit di costruzione perché copiare una cosa è molto più facile che idearla, però non si segue lo stesso iter evolutivo e il prodotto finale che apparentemente sembra simile in realtà può avere differenze strutturali importanti. Meglio rivolgersi alle ditte conosciute, evitando rogne con sistemi copiati. Niente "tarocchi" insomma.

Per quanto riguarda la protesi, voi la fate nel vostro studio o siete specializzati solo in impianti?

La facciamo nel nostro studio, però nel nostro studio lavorano nove medici e non tutti fanno la stessa cosa; io per esempio faccio gli impianti, mio padre fa gli impianti, un altro collega fa la protesi e via dicendo, però spesso il paziente viene seguito dall'inizio alla fine dallo stesso medico.

Per quanto riguarda l'igiene, la curate prima dell'impianto?

Sì molto, sia prima sia dopo. Se il paziente è conosciuto va bene, se è un paziente nuovo non metto l'impianto fino a quando non vedo che questa persona segue il programma di igiene orale con precisione.