

**RIABILITAZIONE IMPLANTO-PROTESICA CON CARICO DIFFERITO
DELLE EDENTULIE TOTALI**

Relatore: Dott. Andrea E. Bianchi (Milano)

L'osteoporosi è considerata comunemente uno dei fattori di rischio per la riabilitazione implantare, la sua maggiore espressione è a carico delle vertebre e delle ossa lunghe. In realtà la correlazione tra osteoporosi e diminuzione della trama, consistenza e densità dell'osso mascellare e mandibolare non esiste.

Nella corso della vita le persone diminuiscono la propria attività fisica e quindi caricano meno i segmenti scheletrici che vanno in contro a riassorbimento. Bisogna perciò cercare mantenere la funzione a livello di mandibola e mascella.

Il riassorbimento osseo a carico di queste ultime strutture determina una modificazione dei rapporti intermascellari, il collasso dei tessuti orali e periorali, la contrazione della dimensione verticale e nei casi più gravi un'anterorotazione mandibolare; a livello orale si ha una diminuzione della mucosa cheratinizzata.

Modificazioni che determinano, oltre alla difficoltà di mantenere in sede una protesi totale, delle complicanze della vita di relazione.

La tecnica con carico differito prevede gli stessi passi necessari per il confezionamento di protesi totali: valutazione extra e intraorale, per osservare i rapporti tra le arcate dentarie, scegliere la dimensione verticale, la linea del sorriso, la linea mediana, valutando l'estetica e lo spazio linguale. rilevamento delle impronte, posizionamento sull'articolatore, valutazione dell'estetica dell'area del sorriso, ceratura diagnostica.

Dalla ceratura diagnostica si valutano i volumi protesici, si procede al template diagnostico e quindi al template chirurgico.

Oggi giorno, a livello mandibolare non è più corretto eseguire una protesi totale in quanto il consenso scientifico sull'overdenture definisce che il rapporto costi-benefici favorisce per la mandibola edentula il trattamento impiantare con 2 impianti ed un'overdenture supportata da bottoni, in modo di poter ottenere una buona resilienza del sistema protesico.

Paradossalmente, più la mandibola diventa atrofica più permette di posizionare impianti: posso non fare il carico immediato perché il riassorbimento centrifugo della mandibola determina di lasciare un osso basale più vestibolarizzato quindi un binario con un cerchio più largo.

Affinché gli impianti possano funzionare, sono importantissimi la protesi e la sua passivazione. Nelle gravi atrofie mascellari la proposta chirurgia riabilitativa utilizza un osso membranoso quale è quello della calvaria, con tecnica monostrato, innesti *onlay* e *sinus lift*, altamente predicibile nel tempo.
