



La parola
all'esperto

Gli Impianti zigomatici

a cura di
Dott. Bartolomeo Lofano
Odontosalus Srl
Via Matteo Parente, 7
Conversano (Ba)
Ph. 080 495 1155
info@odontosalus.com



Definizione

Gli impianti zigomatici sono da considerarsi un'ulteriore tecnica da tenere presente per la risoluzione di casi riabilitativi con grave atrofia del mascellare superiore.

Quando si può pensare di usarli?

Secondo ormai diversi lavori della letteratura, essi possono essere impiegati in edentulie parziali come pilastro terminale insieme all'uso di impianti anteriori standard, nei casi di grave atrofia mascellare con fallimenti implantari ripetuti, oppure nei casi in cui non c'è la prevedibilità di risultati, qualora si utilizzino innesti in blocco sia di branca sia di cresta iliaca. Tali tecniche ricostruttive spesso danno un buon risultato nell'immediato ma, nel lungo periodo, i risultati sono deludenti per il notevole riassorbimento osseo. Gli impianti zigomatici, in questi casi, hanno un ulteriore vantaggio che è quello di poter effettuare un carico immediato. È chiaro che tale tecnica non è indicata nei casi in cui ci sia la possibilità di ricorrere a interventi di rigenerazione parziale, di innesti ossei settoriali o di rialzo del seno mascellare (zona sinusale). Tecniche che, usate con buon senso, sono spesso risolutive.

Indicazioni e controindicazioni

Tale tecnica è stata meglio definita da Branemark con la sistematica Nobel che prevedeva l'apertura completa del seno mascellare in quanto l'impianto era intrasinusale con lo svantaggio che l'emergenza della testa era troppo palatale con qualche problema tecnico nella realizzazione della protesi. Come già accennato in precedenza, l'applicazione di impianti zigomatici è indicata nelle varie forme degenerative, nelle atrofie severe e nelle situazioni di chirurgia demolitiva oncologica benigna e maligna. È chiaro che prima di pensare ad un trattamento implantare riabilitativo complesso vada fatto un piano di trattamento protesico preliminare (rx, CBCT, impronte, montaggio in articolatore) per una corretta valutazione clinica. In effetti, con gli impianti zigomatici non è da escludere la possibilità di realizzare barre implantari nelle gravi atrofie mascellari con una discrepanza eccessiva fra mascellare superiore e inferiore.

Le controindicazioni agli impianti zigomatici non sono molte perché anche in casi di sinusiti mascellari croniche e/o ipertrofia della mucosa sinusale c'è la possibilità di applicare impianti inoltre il fattore età è importante in quanto oltre i 60-65 anni non è consigliabile effettuare una ricostruzione mascellare con prelievi extra-orali per cui diciamo che in questo caso c'è l'indicazione all'applicazione di impianti zigomatici. Controindicazioni varie possono essere: pazienti notevolmente labili dal punto di vista psichiatrico e quindi con un'igiene orale molto scadente, forti fumatori (oltre 10), pazienti con malattie debilitanti, pazienti sottoposti a terapie oncologiche. I pazienti che assumono bifosfonati vanno trattati come quando si applicano impianti intraorali con le stesse indicazioni o controindicazioni.

Tecnica chirurgica e anatomia

È evidente che questi impianti vanno applicati nel corpo dello zigomo ricordandoci che esso è osso pari facente capo della meso struttura del cranio che delimita, lateralmente e superiormente la fossa infratemporale, infero-lateralmente la fossa pterigo palatina, medialmente e inferiormente il seno mascellare e, la zona chirurgicamente più delicata, la cavità orbitaria (foto in basso).

L'accesso chirurgico per l'applicazione è chiaramente intraorale e, a seconda che sia una riabilitazione completa su impianti zigomatici o parziale ci sarà una incisione completa delle mucose da tuber a tuber oppure per gli impianti zigomatici monolaterali l'incisione sarà per metà emiarcate.

Lo scollamento a spessore totale sub-periosteale si effettua sino all'origine dell'arco zigomatico dove si inserisce il muscolo massetere. Si effettua con una fresa a palla del diametro di 4 mm la foratura dello zigomo sino alla mucosa del seno mascellare che si preserva. Si effettua lo scollamento della membrana come da tecnica di rialzo del seno. Il vantaggio della sistematica della Noris è innanzitutto legato al numero minimo delle frese utilizzate e l'ausilio di frese diamantate a grana decrescente che sono dello stesso diametro degli impianti e quindi preparano la parte extra ossea ed extra sinusale degli impianti permettendo all'impianto di rimanere solo per 1/3 non a contatto osseo e comunque dando una guida alla fresa che preparerà il sito implantare nel corpo dello zigomo.

Le frese, usate a 400 g.p.m., eccetto la prima che si apprezzerà sul corpo dello zigomo con una sensazione tattile, prepareranno un'osteotomia finale che si manterrà a 2mm di distanza dalla superficie esterna in modo tale che l'impianto, di diametro maggiore delle frese (apice implantare di 3,2 mm), avrà un torque che supera i 50 Newton e si stabilizzerà a circa 2 mm dalla corticale esterna dello zigomo e avrà l'emergenza in cresta in zona primo molare. Nel caso di edentulia completa il secondo impianto, mesiale al primo, sarà applicato a 3-4 mm distale al foro sotto-orbitario e avrà emergenza in cresta in zona canina. È chiaro che, nel caso del carico immediato, si effettuerà o l'impronta per la consegna della protesi entro le 72 ore oppure, se si è già realizzata la protesi, la si potrà ribasare in bocca e realizzare quindi la protesi fissa alla poltrona.

Attualmente nella chirurgia implantare tradizionale si sta sempre più divulgando la cosiddetta "chirurgia implantare guidata" con l'utilizzo di dime chirurgiche che permettono l'applicazione di impianti in modo "proteticamente guidato" con riduzione dei tempi e con un'accuratezza notevolmente maggiore rispetto alla chirurgia a mano libera; allo stesso modo si sta pensando di utilizzare questa tecnica nell'applicazione degli impianti zigomatici, procedura non semplice in quanto vi è un problema nella stabilizzazione della dima chirurgica sul mascellare superiore. A nostro parere è molto più percorribile il ricorso alla chirurgia con navigatore, tecnica ormai comunemente usata nella Neurochirurgia, tramite l'utilizzo di riferimenti (Marker radiografici) extra orali.

