



DOTTORE, NON C'È SUFFICIENTE OSSO

SEMPRE PIÙ PAZIENTI NON SI ACCONTENTANO DI PROTESI MOBILI, MA QUANDO NON C'È OSSO PER FARE IMPIANTI? L'ABBIAMO CHIESTO AL DR. MARIO R. CAPPELLIN

Dotto Cappellin, da quanti anni si occupa di protesi fisse su impianti?

Da quando mi sono laureato, più di quindici anni fa, ho sempre nutrito l'ambizione di riabilitare i pazienti che avevano perso i loro denti con una protesi fissa, perché la mia personale esperienza è che le protesi rimovibili, le cosiddette "dentiere", non siano gradite alla maggior parte dei pazienti. La protesi mobile, come dice il nome, non è stabile e soprattutto occorre estrarla dal cavo orale per la pulizia e riporla durante il riposo notturno; molti pazienti, oltre alla evidente scomodità, patiscono resistenze psicologiche, perché perdere i propri denti e non avere più una dentatura fissa è spesso collegato a un'idea di invecchiamento precoce. Alcuni pazienti sono disperati all'idea di doversi rassegnare a una dentiera e considerano invalidante non poter più masticare con sicurezza. Quotidianamente riceviamo persone a cui è stato detto: "Non c'è osso, non ci si può fare nulla, si deve rassegnare...", perciò in questi anni, il mio socio dr. Fabio Soggia ed io **abbiamo costantemente studiato e ricercato soluzioni e protocolli per offrire ai nostri pazienti una dentatura fissa su impianti, soprattutto nei casi difficili.**

Può sembrare una domanda provocatoria, ma riuscite sempre a risolvere questi casi?

Quindici anni fa per posizionare impianti si cercava sempre una grande quantità d'osso, sia in altezza, ma soprattutto in spessore: il fatto è che se un paziente ha perso i propri denti, spesso è stato proprio a causa della retrazione di osso e gengive (**malattia parodontale**); il risultato è che molto spesso a chi non ha denti né osso viene consigliato di rassegnarsi a una protesi mobile. Siamo stati fra i primi a utilizzare la CBCT (una

TAC a bassa dose di raggi, specificamente studiata per l'odontoiatria), perché ne intuivamo gli straordinari vantaggi: anzitutto permette di **individuare con precisione le dimensioni ossee prima dell'intervento chirurgico**. Ancora oggi qualcuno affronta la chirurgia implantare basandosi sulla OPT (panoramica dentale), che mostra solo l'altezza dell'osso e non lo spessore, con il rischio di sopravvalutarlo: alcuni pazienti ci hanno raccontato che il chirurgo, una volta aperta la gengiva, aveva constatato che non c'era osso a sufficienza; a mio modesto parere, questo è inaccettabile, perché bisogna programmare nei minimi dettagli l'intervento implantare. Da più di dieci anni abbiamo integrato nel nostro protocollo — tenendo numerosi corsi per i colleghi — la chirurgia computer guidata, che con una dima chirurgica (una sorta di guida forata) rende il posizionamento degli impianti veloce, semplice e sicuro, ma soprattutto spesso permette di non aprire grandi lembi chirurgici sulla gengiva, che spesso causano gonfiore e dolori postoperatori.



Foto scattata immediatamente alla fine di un intervento mini-invasivo in chirurgia computer guidata della durata di 20 minuti: si noti la totale assenza di sanguinamento.

Queste innovazioni hanno ampliato il numero di pazienti che può godersi una dentatura fissa, grazie alle innovazioni tecnologiche: in molti di questi casi infatti, sarebbe stato molto difficile (talvolta impossibile) eseguire una chirurgia a mano libera, perché i rischi sarebbero stati troppo elevati, mentre attraverso l'uso di una guida chirurgica l'intervento è progettato in anticipo e il chirurgo opera velocemente, in modo sicuro e predicibile. Oggi per noi è una metodica di routine, ne abbiamo riscontrato vantaggi tali da attrezzarci per produrre autonomamente le guide chirurgiche, diminuendone il costo per il paziente, in modo da poterle utilizzare sempre, anche nei casi semplici.

Esistono tecniche anche quando l'osso residuo non è sufficiente a inserire impianti?

Le tecniche di rigenerativa ossea si sono talmente sviluppate che quanto dieci anni fa sembrava un sogno, ora è realtà; per selezionare quelle che proponiamo ai nostri pazienti ci siamo posti dal loro punto di vista, indagando quali sono i loro desideri e adattando di conseguenza le metodiche. Anzitutto, i pazienti desiderano **sicurezza nel risultato**: chi investe sulla propria salute non ama correre rischi; per questo motivo abbiamo scelto tecniche che offrono una percentuale di successo elevata, orientandoci su quelle più predicibili. In medicina non è possibile "garantire" il risultato di una rigenerazione ossea, perché dipende da molti fattori, ma alcune metodiche anche in caso di complicità non pregiudicano il risultato finale e permettono l'inserimento di impianti per una dentatura fissa, che è poi lo scopo finale del paziente. In particolare, l'utilizzo di concentrati piastrinici ottenuti da un semplice prelievo di sangue (PRF e PRGF), unitamente all'uso di cellule progenitrici (impropriamente dette staminali) nei casi più complessi, permette una guarigione dell'innesto osseo eliminando il rischio di rigetto (anche se il termine è improprio, perché si dovrebbe parlare di "non integrazione"), proteggendo da possibili infezioni (vengono concentrati piastrine e globuli bianchi, la nostra naturale difesa contro i batteri) e soprattutto velocizzando notevolmente il processo di maturazione e di rigenerazione ossea.

Il secondo desiderio del paziente è infatti legato ai **tempi di guarigione** e soprattutto al **comfort postoperatorio**, perché nessuno vuole provare

dolore né durante né dopo le procedure chirurgiche, ma neppure attendere a lungo prima di poter posizionare gli impianti: le tecniche di rigenerazione ossea sono purtroppo gli interventi a maggiore invasività nel campo odontoiatrico, perciò molte tecniche richiedono lunghi tempi di guarigione (fino a 12 mesi) e presentano effetti collaterali postoperatori importanti come gonfiore, lividi e dolore. Anche in questo caso **abbiamo sviluppato procedure mini-invasive, sfruttando l'innovazione tecnologica** che ci ha contraddistinto fin dalla fondazione, per ridurre tempi di guarigione (4-6 mesi) e sintomi postoperatori (limitando l'estensione dell'intervento), come il Cappellin Simplified Sinus Lift (una procedura per il grande rialzo di seno mascellare, su cui abbiamo pubblicato un articolo scientifico su 125 casi con il 100% di successo, molti dei quali attualmente hanno 5 anni di follow up) e la Cappellin Simplified GBR (una speciale minigriglia temporanea in titanio, che semplifica le rigenerazioni più estese). La terza esigenza dei pazienti è relativa alla **sostenibilità economica delle cure**: i materiali per rigenerativa hanno costi elevati, perché le ditte produttrici devono garantirne la sterilità, la sicurezza e l'affidabilità; le stesse procedure richiedono un chirurgo con abilità ed esperienza, con interventi che possono durare anche diverse ore e un team chirurgico numeroso. Mettendoci nei panni dei pazienti, abbiamo investito nella formazione del team, per ridurre i tempi di intervento (30-40 minuti contro 2-3 ore), anche grazie all'ausilio di mezzi tecnologici (guide chirurgiche e modelli ossei ottenuti da stampanti 3D per simulare l'intervento in anticipo); inoltre abbiamo selezionato metodiche che permettano di limitare l'intervento dove effettivamente serve (molte tecniche, per scongiurare il rischio di fallimento, sovracompensano la quantità di osso, con aumento di costi e di disagio chirurgico per il paziente). Attualmente possiamo orgogliosamente affermare di essere in grado di restituire una dentatura fissa alla stragrande maggioranza dei pazienti: questa è la nostra mission e non smetteremo di lavorare quotidianamente finché non potremo offrire una soluzione fissa a chiunque si rivolge a noi.

dr. Mario R. Cappellin

direttore sanitario Clinica dentale Cappellin, aut. san. n° 60bis