



Accademia Italiana di
Odontoiatria Protesica

XVII MEETING MEDITERRANEO

Perimplantite e protesi: possibili correlazioni?

Riccione, 11-12 Aprile 2025

Dott. ALBERTO MONJE

Il ruolo dei fattori chirurgici/protesici nell'insorgenza/progressione della perimplantite

Il relatore inizia la sua presentazione dando una definizione di perimplantite definendola come una condizione patologica che si verifica nei tessuti circostanti gli impianti dentali, caratterizzata da infiammazione del tessuto connettivo perimplantare e progressiva perdita di osso di supporto. L'insorgenza di perimplantite può verificarsi precocemente durante il follow-up e la malattia progredisce ad una velocità che è circa il doppio di quella della parodontite. I siti con perimplantite presentano spesso un quadro clinico di perdita ossea di tipo circonferenziale. Esistono forti evidenze che il rischio di sviluppare perimplantite sia aumentato nei pazienti fumatori, con diabete o con una storia di parodontite cronica e scarse capacità di controllo della placca. Esistono poi altri fattori di rischio quali: 1) errata pianificazione chirurgica tridimensionale dell'inserimento implantare, 2) mancanza di una banda di tessuto cheratinizzato attorno all'impianto di spessore adeguato e di un'altezza insufficiente il che porta alla realizzazione di un 3) profilo di emergenza del restauro protesico inadeguato che non consente una corretta igiene orale, 4) la tipologia di fissazione della protesi all'impianto (avvitata vs cementata).

La presentazione si conclude quindi affermando che il successo a lungo termine di una riabilitazione implanto- protesica passa sempre attraverso un'attenta pianificazione clinica prima e progettazione chirurgico/protesica poi oltre alla programmazione di un sistema di richiami di igiene personalizzato.

Dott. FRANCESCO MINTRONE, Odt. ANTONIO CORRADINI

La pianificazione chirurgico-protesica delle riabilitazioni su impianti: dal dente singolo alla protesi ad arco completo

Il posizionamento tridimensionale corretto di un impianto post estrattivo immediato in zona estetica ha un impatto estremamente importante per quel che riguarda la prognosi del nostro restauro e su quella che è l'incidenza di complicanze che i nostri impianti possono avere nel tempo. Questo richiede da parte del clinico delle competenze in pianificazione estetica e progettazione chirurgico/protesica.



**Accademia Italiana di
Odontoiatria Protetica**

Quella perdita d'osso, di circa 1,5 mm che un tempo era considerata "pseudo-fisiologica" e che talvolta si osservava radiograficamente a livello dell'osso crestale, a un anno di distanza dal carico, può essere attualmente evitata, grazie ad una serie di accorgimenti chirurgico-protetici. Il primo prevede il posizionamento di un impianto sottocrestale con una nuova geometria del collo implantare, ovvero con lo stesso diametro del corpo implantare. Il secondo prevede l'impiego di un one abutment one time intermedio, con connessione conica platform switching (Connect), con il quale andremo a collegare la protesi all'impianto. L'ultimo accorgimento prevede il posizionamento, contestualmente all'inserimento implantare, di un innesto di tessuto connettivo che ci permetterà di aumentare lo spessore e l'altezza del tessuto cheratinizzato riducendo il rischio di recessione e ottimizzando il profilo di emergenza del nostro restauro dalla testa implantare rendendolo il più naturale possibile.

Nel caso di posizionamento immediato di impianti multipli per la riabilitazione di arcate complete si utilizza come abutment intermedio non più un connettore conico platform switching bensì degli abutment intermedi tipo MUA che potranno essere diritti o angolati a seconda del parallelismo o meno degli impianti e con connessione rotante per ridurre le possibili tensioni derivanti dallo splintaggio di più impianti insieme.

Dott. STAVROS PELEKANOS, Odt. VLACHOPOULOS NONDA

Importanza del progetto protesico nel mantenimento della salute dei tessuti perimplantari: influenza del profilo di emergenza

I relatori evidenziano come nel posizionamento di un impianto post-estrattivo a carico immediato in zona estetica, l'inserimento di un abutment intermedio di altezza variabile, in base alla profondità del posizionamento sottocrestale dell'impianto, con platform switching e profilo diritto, possa influenzare positivamente il rimodellamento dell'osso crestale e dei tessuti molli perimplantari nella "deep zone".

Il profilo di emergenza del manufatto protesico avvitato sopra all'abutment intermedio nella "transition zone" dovrà avere a sua volta un andamento concavo graduale fino ad arrivare alla "cervical zone" dove assumerà un andamento parallelo ai tessuti molli marginali.

Complessivamente la somma di queste tre aree darà una distanza tra la piattaforma implantare e il margine gengivale libero di circa 4-5 mm a seconda che l'impianto sia stato affondato sottocrestale di 1 o 2 mm.

Ne consegue che un tragitto trans mucoso di altezza insufficiente comporterà la creazione di un profilo di emergenza troppo accentuato perché questo possa emergere in maniera naturale rendendo più difficoltose le manovre d'igiene orale aumentando il rischio di perimplantite.



**Accademia Italiana di
Odontoiatria Protetica**

Prof. TIZIANO TESTORI, Dott. MANUEL NANNI, Odt. ROBERTO BONFIGLIOLI

Scelta del design oclusale e distribuzione del carico masticatorio

Il dente protesico deve essere la replica più conforme possibile del dente naturale, oppure no? Quale deve essere il modello di riferimento per il suo design oclusale e di conseguenza come gestire la distribuzione dei carichi oclusali? A questo punto una domanda: il dente protesico deve ricalcare in modo “statico” il dente naturale, oppure, deve recuperarne l'essenza e riprodurre quegli aspetti che lo rendono conforme e funzionale?

A discutere questa tematica un terzetto d'eccezione, composto da due figure “istituzionali” nell'ambiente odontoiatrico italiano e internazionale, il prof. Tiziano Testori e l'Odt. Roberto Bonfiglioli. Personaggi che, senza ombra di smentita, possono vantarsi di un curriculum fuori dal comune e di aver cavalcato negli anni l'eccellenza nella professione, spesso superandola e ponendo di conseguenza nuovi livelli all'asticella che ne definisce i limiti. Assieme a questi due mostri sacri, che mostri poi non sono e neppure sacri, ma fenomenali sì, tiene la scena con pacata umiltà, ma autorevolissima competenza un giovane protesista di Bologna, la stessa città, quindi del Bonfiglioli (non a caso, Bologna la dotta), il dott. Manuel Nanni, il braccio protesico del prof. Testori. Il Testori, con il suo classico aplomb stile “old england”, fa una disamina sulla letteratura degli ultimi decenni inerente questa tematica, selezionando in modo sapiente e competente la migliore fra questa, in cui si evince che, come spesso accade, sull'argomento è stato scritto di tutto e il contrario di tutto. Ciò malgrado, parafrasando il manzoniano avv. Azzecca Garbugli, “a saper ben leggere la letteratura”, qualche indicazione se ne può trarre, a prescindere da quelli che sono i livelli di evidenza, delle varie pubblicazioni.

Prende la parola e prosegue la presentazione il Bonfiglioli che, in accordo con le conclusioni del Testori, afferma, in base alla sua esperienza (che, se mi si permette, alla faccia di quello che può essere un numero che segna il livello di evidenza, è un qualcosa cui si deve fare decisamente attenzione) che il dente protesico **NON DEVE ESSERE LA COPIA ARTISTICA DEL DENTE NATURALE**, bensì un suo elaborato tecnico-funzionale, capace di fare fronte a certe esigenze e a soddisfare certi requisiti, in base a determinati parametri che variano da individuo a individuo, da caso a caso, da dente a dente e da impianto a impianto. In altri termini, come in parte anticipato dal precedente relatore, Roberto richiama ad un approccio olistico alla tematica e alla sua gestione-soluzione che non può e non deve affidarsi solo a dati bibliografici e a preconfezionati protocolli, ma deve fare affidamento sulla competenza, esperienza, attenzione, ragionevolezza e accuratezza del professionista.

Ecco che il dott. Manuel Nanni, presentando in modo magistrale quella che è la sua realtà clinica, nella fattispecie quella da Lui svolta nello studio privato del prof. Testori, a Como, fa vedere nel suo risvolto pratico, tutti quei concetti, quella filosofia d'approccio e quel *modus operandi* che



**Accademia Italiana di
Odontoiatria Protetica**

rappresentano il sunto delle due relazioni che lo hanno preceduto. Fantastico Lui e Fantastico il duetto che l'ha preceduto. In un mondo dove tecnocrazie e virtualismi vari, sembrano voler offuscare il libero arbitrio clinico e tecnico, il ragionamento, la competenza e, non ultimo, il buon senso sono tornati a fare da protagonisti.

Prof. STEFAN PAUL, Odt. NICOLA PIETROBON

Importanza dei materiali nel mantenimento della salute dei tessuti perimplantari

I relatori partono dalla considerazione che non esiste una differenza significativa tra ceramiche integrali e metallo ceramica nella realizzazione di corone singole impianto supportate in termini di salute dei tessuti molli all'interfaccia e perdita di osso marginale. Viene quindi valutata l'opportunità di utilizzare manufatti protesici con materiali metal-free per ognuno dei quali sono esposte le caratteristiche fisiche e biologiche e le indicazioni cliniche che devono essere sempre attentamente valutate nella pianificazione della riabilitazione protesica.

Quindi e' stata affrontata la discussione tra quale sia la scelta migliore tra protesi cementata o avvitata nella riabilitazione impianto supportata di corone singole, in termini di tassi di sopravvivenza e complicanze biologiche. Infine e' stato preso in esame il tema riguardante la necessita' di splintare o meno corone su impianti adiacenti nei settori posteriori per ridurre il rischio di complicanze meccaniche e biologiche.

Dott. CRISTIANO TOMASI, Dott.ssa FEDERICA MEDINI

Attuali protocolli di mantenimento dei restauri impianto supportati

I relatori si soffermano sul fatto di come sia importante, prima di eseguire una riabilitazione su impianti, inquadrare da subito il paziente dal punto di vista diagnostico attraverso uno screening parodontale quindi individuare il suo profilo di rischio. In caso di parodontite sara' necessario prima informarlo sulla stadiazione della malattia e sui potenziali fattori di rischio in modo tale da ottenere la sua compliance.

A questo punto si procedera' alla prima fase della terapia parodontale ovvero alla terapia causale non chirurgica che prevede dapprima una o piu' sedute d'igiene orale sopragengivale con motivazione e istruzioni d'igiene, oltre al controllo dei fattori di rischio, cui seguiranno delle sedute di levigatura sottogengivale.

L'obiettivo di questa prima fase sarà' quello di ridurre la profondita' di sondaggio delle tasche e l'indice di sanguinamento superficiale.

Se al termine della terapia non chirurgica, in fase di rivalutazione, permangono sondaggi > 5mm allora si dovra' ricorrere alla terapia chirurgica con l'obiettivo di eliminare le tasche e il sanguinamento al sondaggio profondo. Solo a questo punto si potra' procedere con il trattamento implantare e la finalizzazione protesica. Al termine del



**Accademia Italiana di
Odontoiatria Protetica**

trattamento risulterà fondamentale instaurare con lui un'alleanza terapeutica. Questo ci permetterà, nella fase di mantenimento, di impostare un sistema di richiami personalizzato efficace. L'igienista andrà di volta in volta a controllare la profondità di sondaggio attorno agli impianti, che verrà confrontata con quella presa al momento del posizionamento del restauro protesico, e a monitorare i fattori di rischio.