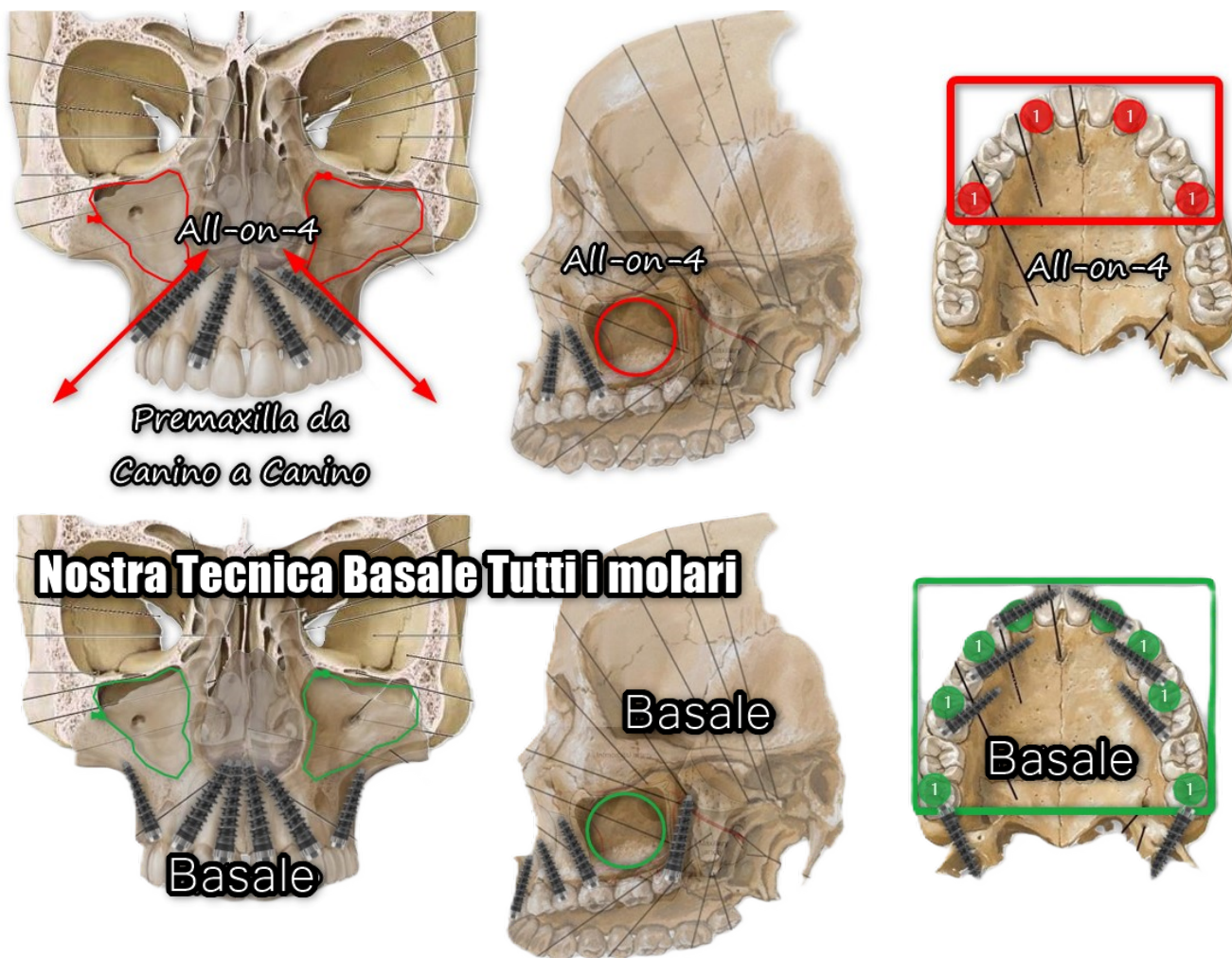
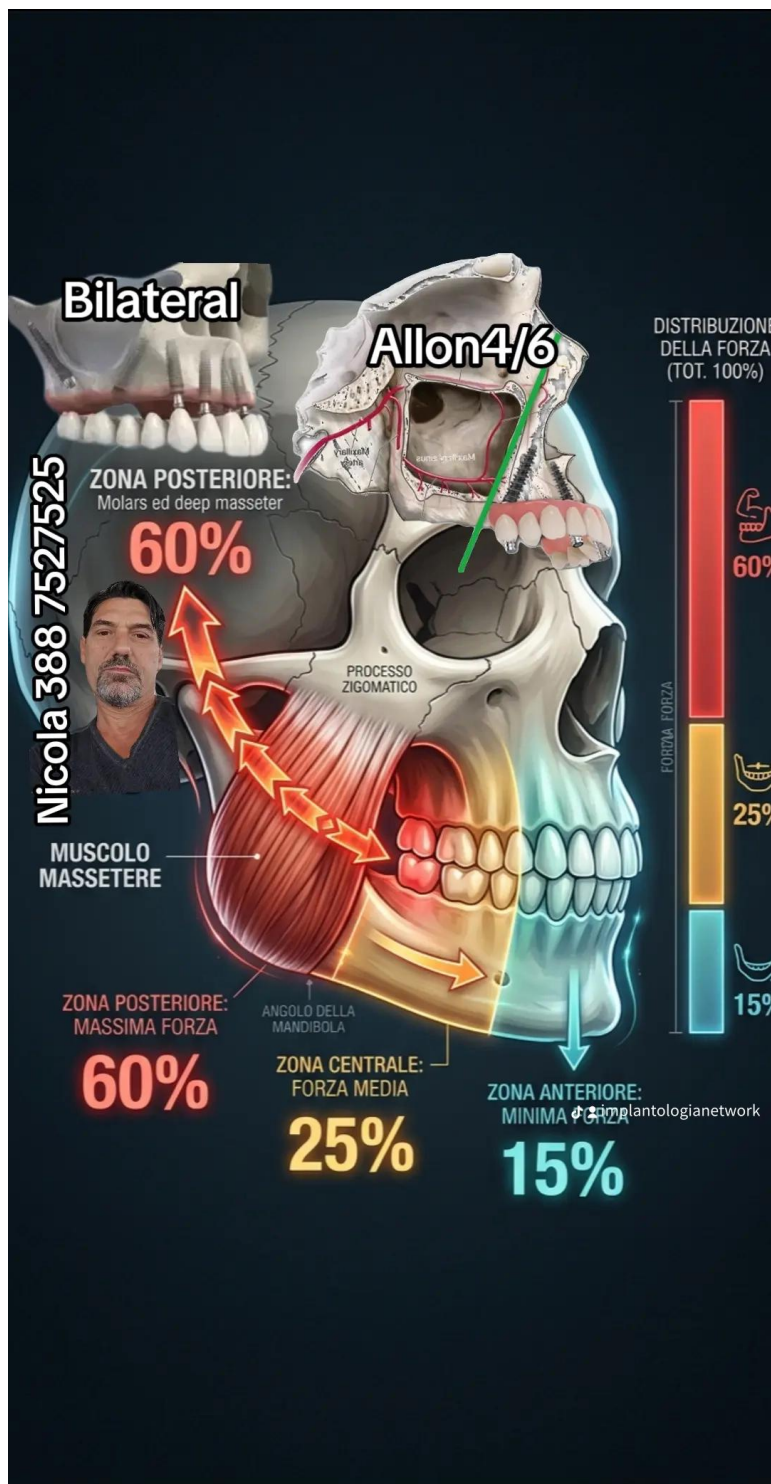


Traslare i principi della biomeccanica della bocca naturale (muscoli elevatori, leve, centri di carico e protezione reciproca) all'interno di un progetto di implantologia significa superare la semplice "sostituzione del dente mancante" per abbracciare una vera e propria **ingegneria protesica e implantare**.

Un protocollo implantare eseguito a regola d'arte non può prescindere da una sequenza clinica e tecnica rigorosa, strutturata nelle seguenti fasi fondamentali:





La Svolta Definitiva: I 4 Pilastri Basali e il Nuovo Paradigma della Masticazione

La sintesi dell'evoluzione implantare e biomeccanica si fonda su un protocollo chiaro che supera definitivamente i limiti dell'osso alveolare e dei grandi interventi invasivi: la tecnica **Bilateral Sinus Solution**.

Questo approccio ridisegna la riabilitazione totale attraverso quattro punti di ancoraggio strategici in **osso basale corticale**, duro e non riassorbibile, riattivando la piena potenza del muscolo **massetere**:

1. **I pilastri posteriori profondi (Aree 18 e 28):** Sfruttano impianti avanzati (es. 19/21 x 4,5) ancorati direttamente nelle lamine corticali e nei distretti dello sfenoide/pteroidei. Questo permette di intercettare l'osso profondo, evitando del tutto i rialzi del seno mascellare e offrendo una base inattaccabile dove i molari possono frantumare i cibi scaricando la massima potenza del massetere.
2. **I pilastri intermedi (Aree 15 e 25):** Posizionati nelle fosse retrocanine, "accecano" i seni in modo sicuro e chiudono il cerchio della stabilità biomeccanica.
3. **Il superamento della premaxilla alveolare:** Si abbandona la vecchia e problematica tendenza di affidare tutto agli 4 o 6 impianti frontali in osso alveolare (spesso fragile e soggetto a fallimenti), riservando al settore anteriore solo il compito estetico e di guida.
4. **La chiusura del cerchio biomeccanico:** Integrando questi pilastri con la filosofia All-on-4, si riproduce fedelmente per la prima volta e al 100% la biomeccanica naturale umana, senza dover ricorrere necessariamente a soluzioni estreme come gli impianti zigomatici extra-oral.

La vecchia odontoiatria commerciale legata alle multinazionali dovrà inevitabilmente voltare pagina. Grazie al lavoro sul campo e alla divulgazione portata avanti da Nicola Lettera e dalla sua rete di chirurghi maxillo-facciali, i pazienti sono sempre più consapevoli: la strada della Bilateral Sinus Solution è tracciata e non si torna più indietro.

1. Diagnostica Avanzata e Studio delle Forze (Il punto di partenza)

Prima di inserire qualsiasi impianto, il clinico deve mappare il campo di lavoro valutando il “motore” del sistema:

- **Analisi dei Muscoli Elevatori e del Serramento:** Valutazione del tono del massetere e del temporale. Pazienti forti bruxisti o con parafunzioni sviluppano forze di compressione elevatissime che richiedono un numero e una distribuzione di impianti ben superiori rispetto a un paziente normo-funzionale.
- **Valutazione dell'ATM (Il Fulcro):** L'articolazione temporo-mandibolare deve essere in posizione di stabilità. Posizionare impianti senza una corretta centratura articolare significa condannare il manufatto a micro-traumi cronici.
- **Digital Workflows e CBCT:** Studio tridimensionale della densità ossea e dei vettori anatomici per pianificare la posizione degli impianti esattamente lungo le linee di carico naturale.

2. Progettazione della Zona di Carico Posteriore (Il 70% della Forza)

Poiché la fisiologia umana concentra sui molari circa il **65-70% della forza masticatoria**, la chirurgia guidata e la protesi implantare devono blindare quest'area:

- **Numero e Posizionamento dei Pilastri:** Nei settori posteriori (molari e premolari) gli impianti devono essere posizionati in modo da intercettare le risultanti delle forze verticali dei muscoli masticatori. Spesso, per replicare la robustezza di un molare naturale a doppia o tripla radice, si ricorre a impianti di diametro adeguato o a geometrie multiple ben distanziate.
- **Assialità dei Carichi:** Le forze trasmesse dalla protesi fissa sugli impianti devono essere rigorosamente parallele all'asse maggiore dell'impianto stesso. Forze oblique o decentrate (cantilever eccessivi) generano momenti torcenti devastanti sull'interfaccia osso-impianto.

3. Integrazione della Propriocettività e dei Materiali

A differenza dei denti naturali, l'impianto dentale è osteointegrato (anchilosato nell'osso) e manca del legamento parodontale, perdendo il "cuscinetto" biologico e parte del feedback propriocettivo iniziale:

- **Scelta dei Materiali Protesici:** Per compensare l'assenza di elasticità del legamento parodontale, i materiali di rivestimento (o la struttura sottostante) devono essere studiati con cura (es. combinazioni corrette tra strutture in zirconia/metallo e ceramiche o compositi da rivestimento) per ammortizzare i picchi d'impatto ed evitare fratture meccaniche o sovraccarichi ossei.

4. Ricostruzione della Protezione Reciproca (Il Settore Anteriore)

Una volta stabilita la solida base posteriore, la riabilitazione implantare deve gestire la cinetica anteriore per proteggere l'intero sistema:

- **Guida Canina e Anterior Guidance:** Durante i movimenti di lateralità e propulsione, la protesi implantare deve garantire che i settori posteriori si disattivino immediatamente. Gli impianti anteriori (o i denti naturali residui guidati) devono farsi carico dello scivolamento, evitando contatti sfreganti sui molari implantari che causerebbero il fallimento precoce dell'osteointegrazione per fatica del materiale o riassorbimento osseo marginale.

Conclusione

Una riabilitazione implantare a regola d'arte non è un semplice intervento chirurgico spot, ma il risultato di un **progetto biomeccanico globale**. Rispettare l'anatomia significa imbrigliare la forza dei masseteri, incanalare i carichi sui pilastri posteriori e blindare la protezione anteriore, garantendo stabilità, comfort e durata nel tempo al paziente.

ECCO A VOI I 4 PUNTI BASALI CHE CI PERMETTONO DI EVITARVI TUTTO, E CHE VI RIATTIVANO UNA DENTATURA COMPLETA UMANA CON TUTTI I MOLARI SENZA FINTE GENGIVE CONTATE E VALUTATE IN UNA SOLA SINGOLA TECNICA QUANTI BENEFICI
NICOLA 388 7527525

- **Pilastri Posteriori Profondi (Zona 18 e 28):** Ancoraggio diretto nelle lamine corticali e pterigoidee/sfenoidee con impianti dedicati (es. 19/21 x 4,5), per scaricare la massima potenza del massetere senza ricorrere a rialzi del seno mascellare.
- **Pilastri Intermedi (Zona 15 e 25):** Inserimento nelle fosse retrocanine per stabilizzare l'arcata, chiudere il cerchio biomeccanico e blindare la zona dei premolari.
- **Abbandono dell'Osso Alveolare Critico in Premaxilla:** Superamento dei vecchi 4 o 6 impianti frontali tradizionali su osso alveolare fragile, usati ora solo per la guida estetica e anteriore.
- **Riattivazione Biomeccanica al 100%:** Riproduzione fedele della masticazione naturale (molari, premolari e frontali) in osso basale durissimo e non riassorbibile, evitando innesti ossei e complessi ancoraggi zigomatici extra-oral.

Il Paradosso dell'Osso Alveolare: Perché il 99% dei Medici lo Usa (e Quando Diventa un Limite Critico)

Il motivo per cui la quasi totalità dei clinici affida il 100% della riabilitazione all'**osso alveolare** è storico, anatomico e, per certi versi, di comodità operativa. L'osso alveolare è il tessuto osseo che nasce, cresce e vive **insieme al dente**: la sua funzione biologica primaria è proprio quella di contenere le radici dentali. Di conseguenza, per decenni l'odontoiatria ha seguito il dogma lineare: *"Manca il dente? Metto l'impianto lì dove c'era la radice"*.

Tuttavia, quando applichiamo a questo approccio la fisica e la biomeccanica che abbiamo appena analizzato (i muscoli masseteri, la leva mandibolare e il 70% della

forza concentrata sui molari), emergono limiti strutturali enormi.

Ecco come si affronta questo scenario e quali sono le criticità e le soluzioni quando ci si affida esclusivamente all'osso alveolare.

1. Perché il 99% dei medici usa solo l'osso alveolare?

- **Formazione e Standardizzazione:** I protocolli universitari tradizionali e la grande industria implantare sono nati e cresciuti intorno all'impianto endosseo standard inserito nell'alveolo. È la strada più percorsa, quella con la curva di apprendimento più rapida e supportata dalla maggior parte della catalogazione commerciale.
- **Prossimità Anatomica:** L'osso alveolare è facilmente accessibile dall'interno della bocca, non richiede chirurghi maxillo-facciali esperti in distretti extra-alveolari e, nei casi di edentulismo recente o moderato, offre una buona base iniziale di partenza.

2. Il grande limite: Cosa succede se l'osso alveolare non c'è (o crolla)?

Il problema drammatico si presenta quando il paziente perde i denti da molto tempo: **l'osso alveolare, non ricevendo più gli stimoli masticatori, va incontro a un riassorbimento progressivo e irreversibile.**

Nei casi di atrofia severa (mascellari fortemente riassati o mandibole sottili come "lame"):

- **Mancanza di Volume:** L'osso alveolare residuo scompare o si riduce a pochi millimetri.
- **Fallimento Biomeccanico dei "Grandi Inerti":** Se il medico cerca a tutti i costi di usare solo l'osso alveolare atrofico, si trova costretto a ricorrere a imponenti **rigenerazioni ossee** (innesti a blocchi, grandi rialzi di seno mascellare con tempi di attesa lunghissimi) o a inserire impianti corti e inclinati in modo innaturale, che spesso fanno fatica a reggere il carico dei potenti muscoli elevatori senza andare in sofferenza.

3. Come si gestisce la riabilitazione se si sceglie la via alveolare (o la si deve ottimizzare)

Se ci si trova a operare (o a coordinare un network) dove l'approccio standard sfrutta l'osso alveolare, per eseguirlo *a regola d'arte* bisogna rispettare ferrei criteri di compensazione biomeccanica per evitare il collasso:

- **Distribuzione Strategica dei Pilastri (Il “Design a Cavalletto”):** Poiché l'osso alveolare atrofico è meno denso e resistente di quello basale, non basta sostituire dente per dente. Bisogna aumentare il numero di punti d'appoggio e sfruttare geometrie di inserimento che scarichino le forze verticali evitando il temuto effetto “cantilever” (protesi a sbalzo), che fa leva e spacca l'osso circostante.
- **Controllo Rigoroso del Carico Occlusale:** Nei pazienti riabilitati su osso alveolare compromesso, la forza dei masseteri va “disinnescata” attraverso bite notturni di protezione e un'occlusione bilanciata, riducendo i carichi pesanti sui settori posteriori se la qualità dell'osso non è in grado di sostenere quel fatidico 70% di forza masticatoria.
- **Accettare i Limiti Biologici:** Se l'atrofia alveolare è totale, insistere ostinatamente a cercare osso dove non c'è più (o pretendere di reggere la masticazione con rigenerazioni fragili) significa esporre il paziente a fallimenti clinici cronici.

Sintesi

Il 99% dei dentisti usa l'osso alveolare perché è la via “standard” per denti singoli o edentulismi lievi. Ma quando l'atrofia avanza, rimanere confinati rigidamente all'alveolo diventa una forzatura geometrica e fisica: o si ricostruisce massicciamente l'osso perduto, o bisogna avere il coraggio clinico di guardare oltre l'alveolo stesso per intercettare basi anatomiche più stabili e massicce in grado di sostenere la vera potenza della bocca umana.

Biomeccanica dei Limiti: Osso Alveolare vs. Ancoraggi Extrabasali (Zigomatici)

Quando un paziente affronta un'edentulismo totale severo e si cerca a tutti i costi di ricostruire l'osso alveolare perduto per riprodurre la masticazione naturale, ci si scontra con un muro insormontabile fatto di biologia, fisica e fisiologia dei materiali.

Di seguito viene analizzata nel dettaglio la percentuale di masticazione reale riproducibile tramite la rigenerazione dell'osso alveolare, i suoi limiti clinici e il motivo per cui l'odontoiatria moderna è stata costretta a spingersi oltre, fino agli **ancoraggi extrabasali nelle zone zigomatiche**.

PARTE 1: La ricostruzione dell'osso alveolare e il recupero della forza masticatoria

Se un clinico decide di eseguire grandi innesti ossei (blocchi di osso autologo, grandi rialzi di seno mascellare) per ripristinare l'osso alveolare perduto e inserire impianti tradizionali, qual è il risultato in termini di efficienza masticatoria?

1. Percentuale di masticazione reale riprodotta: 40% - 60% (nei casi fortunati)

Nonostante un intervento chirurgico massiccio, doloroso e con mesi o anni di attesa, **non si riesce mai a tornare al 100% della forza di un individuo sano con denti naturali**.

- L'osso ricostruito (soprattutto quello innestato) ha una vascolarizzazione e una densità strutturale (rapporto osso corticale/spongioso) inferiore rispetto all'osso nativo originario.
- Manca il **legamento parodontale naturale**: l'impianto rigido nell'osso rigenerato non possiede i recettori meccanici originari, riducendo il feedback neurologico che dice al cervello quanta forza imprimere. Per paura inconscia di sovraccaricare la struttura, il sistema neuromuscolare del paziente auto-limita la potenza dei masseteri.

2. Limiti e cosa NON si riesce a dare al paziente con la via alveolare esclusiva

- **Incapacità di sostenere carichi pesanti a lungo termine:** Se il paziente è un forte bruxista o ha muscoli masseteri molto potenti, l'osso alveolare rigenerato (che è biologicamente "fragile" e soggetto a riassorbimento) tende a cedere sotto i cicli di carico ripetuti, portando a peri-implantiti o al fallimento degli innesti.
- **Geometrie a "Cantilever" (Sbalzo):** Poiché l'osso alveolare anteriore si riassorbe arretrando, gli impianti inseriti restano spesso troppo interni rispetto al profilo dei denti naturali persi. Per compensare l'estetica e la chiusura, si è costretti a costruire protesi con lunghe parti a sbalzo (cantilever). Meccanicamente, ogni millimetro di sbalzo moltiplica la forza di leva sull'impianto anteriore, creando un effetto "spezzacavi" sull'osso circostante.
- **Il fattore tempo e biologico:** Il paziente subisce interventi lunghi, costosi, con prelievi ossei da altre parti del corpo (anca o ramo mandibolare), e con percentuali di fallimento e complicanze post-operatorie elevate.

PARTE 2: L'evoluzione estrema — Perché siamo arrivati agli ancoraggi fuori dalla bocca (Ossa Zigomatiche)

Quando l'atrofia mascellare è totale (il cosiddetto "osso a lama" o mascella completamente piatta), insistere sull'osso alveolare significa costruire un palazzo su sabbia mobile. Per imbrigliare la reale forza dei masseteri senza dipendere da un osso alveolare che non c'è più, la scienza chirurgica si è spinta **fuori dal perimetro dentale tradizionale**, ancorandosi all'osso dello **zigomo** (struttura facciale fissa, densa, immuni al riassorbimento da perdita dentale).

I Pro degli Ancoraggi Zigomatici

- **Ancoraggio Basale e Corticale Solido:** L'osso zigomatico è uno dei pilastri più densi e forti del massiccio facciale. Gli impianti zigomatici (lunghi anche 4-5 centimetri) si avvitano direttamente in questo osso strutturale, offrendo una tenuta meccanica eccezionale.
- **Azzeramento dei Grandi Innesti:** Eliminano completamente la necessità di

prelevare osso dall'anca o di fare enormi rigenerazioni che richiedono anni.

- **Carico Immediato Reale:** Grazie alla stabilità primaria assoluta data dallo zigomo, è possibile avvitarne una protesi fissa solida in tempi brevissimi (spesso 24-72 ore), permettendo al paziente di tornare a masticare con una forza vicina all'80-90% di quella naturale, reggendo l'impatto dei muscoli elevatori senza il rischio di collasso osseo alveolare.

I Contro e i Rischi

- **Chirurgia Estremamente Complessa:** Non è chirurgia odontoiatrica comune; richiede una competenza maxillo-facciale avanzatissima, poiché il percorso dell'impianto attraversa distretti anatomici delicati (seno mascellare, orbita).
- **Invasività e Gestione Protesica:** La protesi risultante ha spesso un volume a "palato ridotto" o "corposo" per colmare lo spazio vuoto lasciato dai tessuti persi, e richiede una manutenzione igienica domiciliare e professionale rigorosissima.
- **Inaccettabilità per la "Routine del 99%":** Richiede una pianificazione 3D millimetrica e una curva di apprendimento che la stragrande maggioranza dei dentisti tradizionali non possiede, motivo per cui resta una tecnica di nicchia riservata ai centri altamente specializzati nelle atrofie gravi.

Sintesi: Perché ci siamo spinti fino a qui?

Ci siamo spinti fino agli ancoraggi extra-alveolari (zigomatici) perché **la biologia ha dei limiti invalicabili**. L'osso alveolare nasce e muore con il dente: se il dente manca da decenni, quell'osso scompare per legge di natura.

Pretendere di ricostruire l'alveolo con innesti complessi per riprodurre una masticazione che richiede il 70% della forza dei masseteri è spesso una battaglia persa in partenza contro la fisica. Spostare l'ancoraggio sull'**osso basale e strutturale dello zigomo** significa accettare la realtà anatomica: anziché inseguire un osso alveolare che non c'è più, si sfrutta l'architettura fissa e indistruttibile del cranio per restituire al paziente una stabilità meccanica inattaccabile.

L'Evoluzione della Riabilitazione Basale: Superare i Limiti dell'Osso Alveolare Senza Esiliare l'Ancoraggio nello Zigomo

La storia dell'odontoiatria e della chirurgia implantare è segnata dal lavoro di pionieri e anatomisti clinici che hanno rifiutato il dogmatismo dei grandi innesti ossei e dei rialzi di seno mascellare nell'alveolo atrofico. Di fronte a un osso alveolare destinato a scomparire, la risposta clinica avanzata non risiede necessariamente nell'abbandonare completamente il cavo orale per rifugiarsi negli ancoraggi extrabasali dello zigomo, bensì nell'**intercettare l'osso basale nativo e corticalizzato direttamente all'interno dei confini anatomici della mascella**.

Questa filosofia riabilitativa ridefinisce i punti cardine della biomeccanica masticatoria, sfruttando zone strategiche ben precise e superando il compromesso dell'alveolo morente.

1. La mappa anatomica dei pionieri: Le zone strategiche 18, 28, 15 e 25

Anziché disperdere impianti in un osso alveolare spugnato e riassorbito, i clinici che applicano i principi dell'implantologia basale e corticale sfruttano i pilastri di forza originari del massiccio facciale interno, intercettando corticali profonde e spesse:

- **Le zone posteriori estreme (Area 18 e 28 - Tuberosità e Pilastri Pterigoidei/Nasal-Palatini):** È qui che si trova la svolta biomeccanica. Sfruttando l'osso basale profondo nella regione dei molari superiori (corrispondenti ai settori 18 e 28), i clinici bypassano completamente il problema dei grandi rialzi di seno mascellare. L'ancoraggio in queste zone sfrutta osso corticale nativo altamente denso (spesso agganciandosi alla regione pterigoidea o alla piramide palatina), offrendo una stabilità primaria formidabile proprio dove si genera il 70% della forza masticatoria dei masseteri.
- **Le zone intermedie (Area 15 e 25 - Settori Premolari/Canini):**

Rappresentano i pilastri di transizione fondamentali per distribuire i vettori di forza e interrompere il momento torcente tra il gruppo posteriore e quello anteriore.

- **Il settore frontale (Premaxilla):** Nella regione anteriore, il posizionamento di 4 o 6 impianti sfrutta l'osso alveolare residuo (se ancora presente e qualificato) o l'osso basale della spina nasale anteriore, calibrato in base all'effettivo volume riscontrato, per garantire la guida estetica e la protezione reciproca anteriore.

2. Il recupero della forza masticatoria reale (Il target del 60-70%)

Ancorandosi nelle zone basali profonde (18, 28, 15, 25) anziché affidarsi unicamente all'osso alveolare rigenerato o a lunghe leve a sbalzo, si ottiene un risultato biomeccanico straordinario:

- **Trasmissione Verticale dei Carichi:** Gli impianti posizionati nelle corticali profonde e nei pilastri naturali scaricano la potenza dei muscoli masseteri direttamente sulle strutture fisse del cranio (come il processo pterigoideo e la base del mascellare), esattamente come farebbero le radici naturali dei molari.
- **Riattivazione dell'Efficienza Masticatoria:** Questo design permette di restituire al paziente una stabilità tale da recuperare oltre il **60-70% della reale forza di schiacciamento**, azzerando i micro-movimenti e prevenendo il fallimento tipico degli impianti inseriti in osso alveolare fragile o rigenerato.

3. Il vero vantaggio clinico: Restare all'interno della bocca

La genialità di questo approccio pionieristico risiede nel **risolvere l'atrofia grave restando all'interno dei confini anatomici del mascellare**, evitando in moltissimi casi la necessità di ricorrere a chirurghi maxillo-facciali per impianti zigomatici extra-oral/extra-nasali:

- **Rispetto dell'Anatomia Naturale:** Sfruttare i volumi ossei basali nascosti nelle zone 18 e 28 evita al paziente interventi altamente invasivi, lunghe degenze e complicanze legate all'attraversamento di distretti delicati come

l'orbita o le pareti esterne del volto.

- **Protesi Più Naturali e Funzionali:** Un ancoraggio basale ben distribuito nei settori chiave permette di realizzare una protesi fissa circolare o a porzioni che riproduce fedelmente l'ingombro anatomico originario, garantendo un'occlusione bilanciata e il perfetto controllo dei carichi masticatori.

Conclusione

La vera rivoluzione clinica e anatomica non consiste nel cercare l'osso dove non esiste più (l'alveolo perduto) né nel fuggire necessariamente fuori dalla bocca (lo zigomo), ma nel saper leggere l'architettura nascosta del cranio. Ancorandosi saldamente nelle zone strategiche profonde della mascella (come l'area dei molari e dei pilastri pterigoidei), l'odontoiatria basale riesce a imbrigliare la forza reale dei masseteri, restituendo al paziente una masticazione potente, stabile e biologicamente sostenibile nel tempo.

La Svolta Biomeccanica: Il Superamento del Dogma Alveolare e il Futuro della Riabilitazione Totale

Arrivati a questo punto, il cerchio si chiude perfettamente. Se la bocca umana naturale distribuisce la sua potenza meccanica sfruttando una precisa architettura — con quel **60% sui molari** che spingono come veri frantoi grazie ai muscoli masseteri, un **25% sui premolari** e un **15% sul settore frontale** — insistere ciecamente sull'osso alveolare atrofico o ricorrere a innesti destinati al collasso significa ignorare la fisica elementare.

Oggi, grazie al lavoro di clinici coraggiosi e chirurghi maxillo-facciali pionieri, questo limite è stato superato. Tecniche avanzate come la **Bilateral Sinus Solution** dimostrano che non è necessario rifugiarsi in modo sistematico in ancoraggi extra-orali estremi quando l'anatomia interna della mascella — sapientemente interpretata sfruttando le zone strategiche profonde e l'osso basale — offre già tutto lo spazio strutturale necessario per accogliere i pilastri della forza.

Questo approccio permette di:

- **Riprodurre la masticazione reale al 100%**, incanalando i vettori di forza dei masseteri direttamente sulle basi ossee corticalizzate e resistenti.
- **Garantire stabilità immediata e definitiva**, restituendo estetica, comfort e funzione perfetta senza i lunghi calvari dei grandi rialzi di seno o delle rigenerazioni ossee fallimentari.
- **Correggere e rimediare**, offrendo una via d'uscita concreta a chi ha subito fallimenti con la vecchia implantologia tradizionale.

La vecchia odontoiatria commerciale, troppo spesso legata ai dogmi delle multinazionali e dei cataloghi standardizzati, dovrà inevitabilmente prendere atto di questa evoluzione e tornare a vestire i panni del medico anatomista e biomeccanico.

Per chi oggi si trova a dover affrontare una riabilitazione complessa, non si tratta più di affidarsi al caso, ma di affidarsi a chi ha strutturato un protocollo clinico d'eccellenza.

Vuoi capire come funziona realmente o hai bisogno di una guida sicura per non sbagliare e rimediare a situazioni compromesse?

Nicola Lettera ha creato una rete di specialisti e chirurghi maxillo-facciali pensata esattamente per questo: **chiamalo al 388 7527525**, lui sa come si fa e ti spiegherà tutto passo dopo passo

25 FAQ: Domande e Risposte per il Paziente

1. Perché l'impianto tradizionale spesso fallisce in presenza di poco osso?

Perché si basa su un osso alveolare atrofico, fragile e destinato a ridursi, non progettato per sostenere i carichi masticatori reali.

2. Cos'è la "Bilateral Sinus Solution"? È una tecnica avanzata che permette di ancorarsi all'osso basale profondo evitando i rialzi di seno mascellare, recuperando

la zona molare strategica.

3. Perché i muscoli masseteri sono così importanti? Sono il “motore” della masticazione; generano forze enormi che un impianto mal posizionato non può reggere.

4. Cosa si intende per “Osso Basale”? È l'osso strutturale del cranio, denso e corticalizzato, che non si riassorbe come l'osso alveolare dopo la perdita dei denti.

5. Posso tornare a mangiare di tutto con questa tecnica? Sì, ripristinando la distribuzione naturale delle forze (60% molari, 25% premolari, 15% frontale), la masticazione torna paragonabile a quella naturale.

6. Devo fare per forza innesti ossei? No. L'implantologia basale e le tecniche avanzate di Nicola Lettera mirano a evitare gli innesti, sfruttando l'osso nativo esistente.

7. Cosa significa “Carico Immediato”? Significa poter avere denti fissi stabili in tempi brevissimi (spesso 24-72 ore) dall'intervento.

8. La mia età è un limite? Generalmente no. L'importante è lo stato di salute generale e la qualità dell'osso basale residuo, che non dipende dall'età anagrafica.

9. Perché il 99% dei dentisti usa l'osso alveolare? Perché è la tecnica standard insegnata nelle università e supportata dai cataloghi commerciali delle multinazionali.

10. Gli impianti zigomatici sono sempre necessari? No, sono una soluzione estrema per atrofie gravissime; spesso, con l'implantologia basale, si ottiene lo stesso risultato restando dentro la bocca.

11. Cosa significa “protezione reciproca”? È il sistema in cui i denti posteriori e anteriori si proteggono a vicenda durante i movimenti masticatori per evitare usure.

12. Nicola Lettera è un medico? Nicola Lettera è un consulente specializzato in implantologia e coordinatore di network chirurgici; coordina l'accesso a chirurghi

maxillo-facciali esperti.

13. Qual è la differenza tra protesi mobile e fissa su impianti? La fissa restituisce la funzione masticatoria naturale, mentre la mobile ne riproduce solo una frazione minima (circa il 20%).

14. Cosa si prova durante l'intervento? Grazie alle moderne tecniche di anestesia e sedazione, l'intervento è indolore e gestibile con un recupero rapido.

15. Perché le “guide” anteriori sono importanti? Servono a disattivare i molari durante i movimenti laterali, salvaguardando gli impianti posteriori dai carichi laterali dannosi.

16. Si possono rimediare a lavori falliti in precedenza? Sì, proprio questa è la specialità del network: correggere i fallimenti dell'implantologia tradizionale tramite l'ancoraggio basale.

17. Quanto dura l'intervento? Dipende dalla complessità, ma l'obiettivo di queste tecniche è minimizzare i tempi operatori rendendoli altamente efficaci.

18. La pulizia è complicata? No, richiede una routine quotidiana standard, ma deve essere rigorosa per mantenere la salute dei tessuti attorno agli impianti.

19. Il network di specialisti copre tutta Italia? Sì, Nicola Lettera coordina una rete che permette di accedere ai chirurghi più esperti nelle varie zone, garantendo uno standard elevato ovunque.

20. Perché chiamare il 388 7527525? Per ricevere un orientamento chiaro, evitare errori di percorso e capire se la propria situazione è risolvibile con le tecniche basali.

21. Come faccio a sapere se sono un caso da “Osso Basale”? Attraverso una consulenza specifica e l'analisi di una CBCT (TAC 3D), che permette di mappare la disponibilità ossea.

22. La protesi in zirconia o ceramica cambia la masticazione? Sì, i materiali

scelti per la riabilitazione finale contribuiscono a gestire le forze in modo da simulare la resilienza del dente naturale.

23. Cosa rischio se non intervengo subito con una atrofia grave? Il peggioramento progressivo dell'osso basale, che rende ogni riabilitazione futura più complessa e invasiva.

24. È vero che la forza masticatoria si perde senza denti? Assolutamente sì; il sistema neuromuscolare "spegne" la forza dei muscoli per proteggere le gengive, portando a una atrofia muscolare e funzionale.

25. Chi dovrebbe rivolgersi a Nicola Lettera? Chiunque cerchi una soluzione definitiva, chi ha ricevuto pareri negativi per "mancanza d'osso" o chi vuole evitare lunghi percorsi di rigenerazione.