

Quando un paziente entra in uno studio dentistico con una grave atrofia del mascellare superiore e si sente dire *“Non hai abbastanza osso, bisogna fare innesti, grandi rialzi del seno mascellare o impianti zigomatici”*, la reazione è quasi sempre la stessa: scoraggiamento, paura e la sensazione di dover affrontare un calvario infinito.

Ma è davvero così? Oppure esiste una narrazione parziale che omette le reali alternative anatomiche e biomeccaniche?

Facciamo chiarezza, unendo ciò che dice la scienza internazionale alla realtà nuda e cruda di ciò che accade in bocca ogni giorno.

QUESTO E' UN CLASSICO PAZIENTE CHE SENZA OSSO POSTERIORE ATROFICO, SAREBBE DOVUTO SOTTOPORSI AD INNESTI 'D'OSSO GRANDI RIALZI O 4 ZIGOMATICI, IO INVECE VOGLIO CHE VOI VEDIATE LO STESSO PAZIENTE IN NOSTRE MANI PERCHE HA' CHIAMATO NICOLA LETTERA AL 388 7527525 CHE COSA HA' EVITATO IN SOLE 2 ORE E CHE COSA HA' OTTENUTO

1. La mezza verità sull'osso: quale parte sta mancando davvero?

Partiamo da un punto fondamentale: **l'osso alveolare può mancare davvero**. Se un medico afferma che l'osso alveolare residuo è fortemente riassorbito a causa dell'età, della parodontite o della perdita dei denti, non sta dicendo una bugia. Se l'obiettivo è inserire gli impianti *esclusivamente* in quel volume alveolare tradizionale, spesso lo spazio non c'è. Ed è da qui che partono i preventivi per rigenerazioni, innesti e rialzi.

La **“mezza bugia”** nasce quando questa constatazione viene trasformata in un dogma assoluto: *“Manca l'osso alveolare, quindi l'unica strada obbligata è fare un*

innesto, un rialzo o conficcare quattro impianti zigomatici nel cranio”.

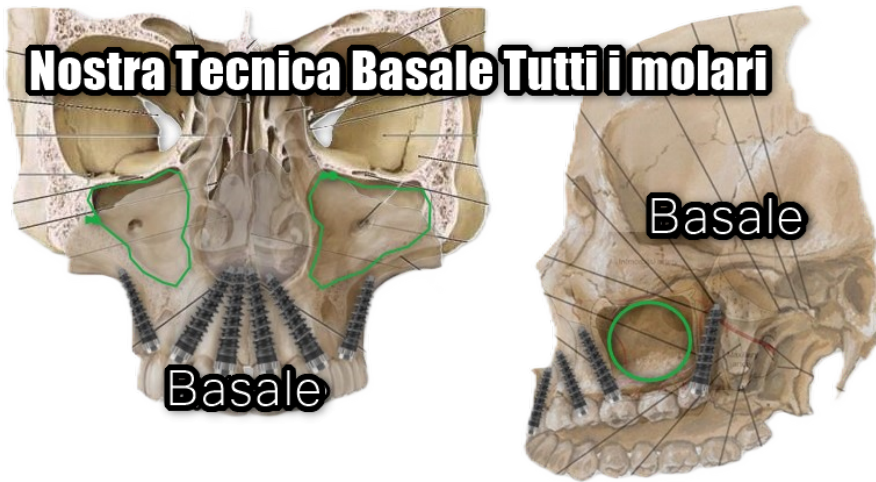
Questa seconda parte è una semplificazione commerciale. Il cranio umano non si riduce al solo osso alveolare. Anche nel paziente più atrofico, esiste una struttura profonda, durissima e intatta: **l'osso basale e corticale**.

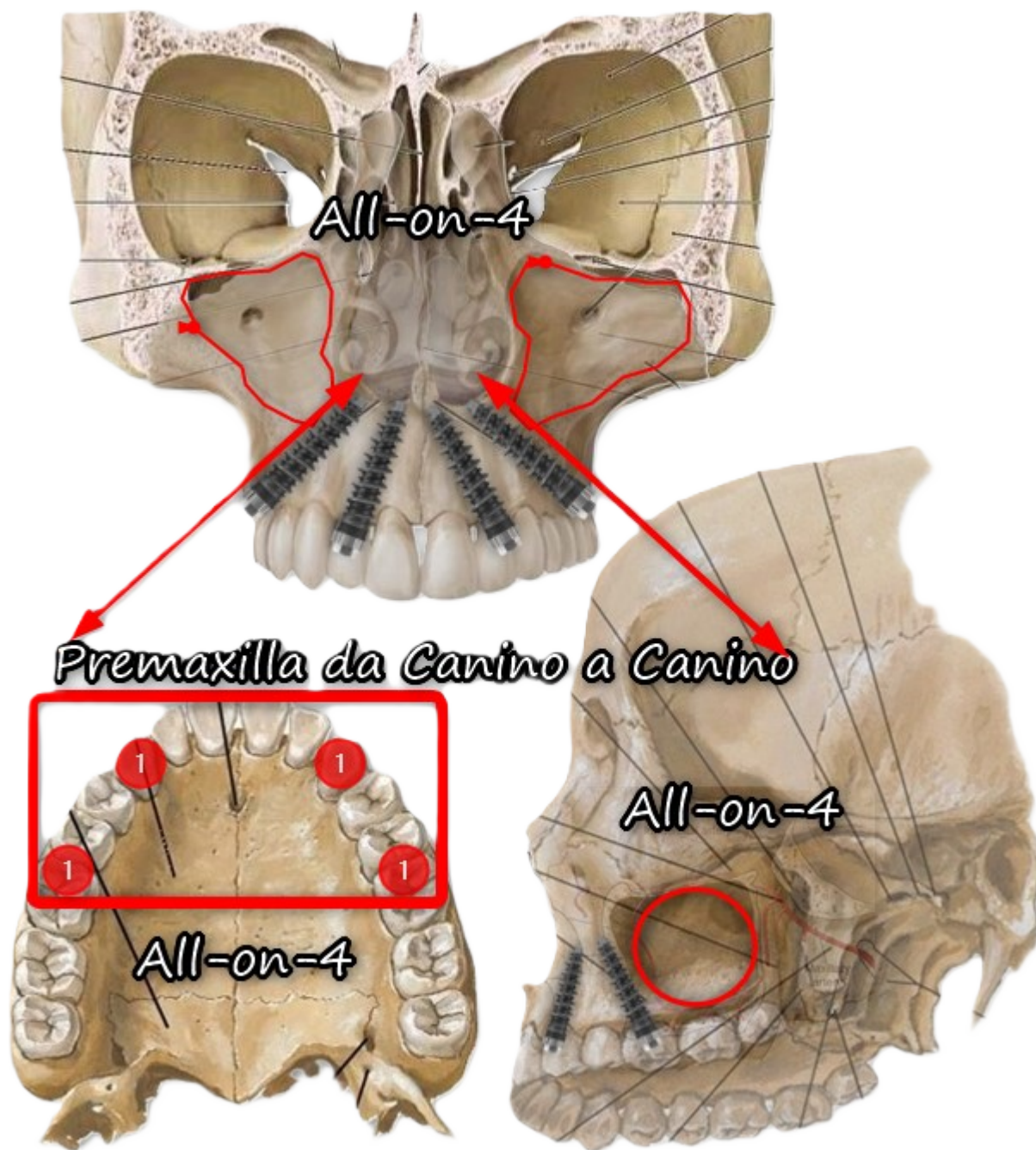
2. Cosa dice la scienza sul mascellare atrofico?

La letteratura scientifica e i consensi internazionali confermano che il trattamento del mascellare edentulo atrofico è complesso e che non esiste un'unica via obbligata. Accanto ai protocolli tradizionali e agli impianti zigomatici (documentati da ampie revisioni sistematiche, pur con i loro limiti e complicanze), l'evoluzione chirurgica e i protocolli basali avanzati offrono opzioni mirate per sfruttare le corticali profonde senza dover necessariamente demolire il paziente con mesi di innesti.

Il vero consenso informato non deve spaventare il paziente con una sola campana, ma metterlo di fronte alla realtà: se l'anatomia lo consente e ci si affida a chirurghi maxillo-facciali esperti in anatomia profonda, è possibile ancorarsi all'osso basale, evitando i rialzi e saltando mesi di attesa.

3. La prova del nove: perché i vecchi All-on-4 e All-on-6 con 4 impianti falliscono?





Qui arriviamo al punto cruciale, alla “prova del nove” che smonta i limiti dei vecchi protocolli commerciali.

Molti pazienti — soprattutto i più giovani — si vedono proporre soluzioni con 4 o 6 impianti anteriori piazzati solo in osso alveolare, premaxilla da canino a canino lasciando la zona posteriore completamente vuota, senza molari (la classica configurazione ridotta).

Perché falliscono col tempo? La risposta è pura fisica e biomeccanica:

- **Il muscolo massetere non si ferma:** Che tu abbia i denti o no, quando mastichi, il massetere sprigiona una forza straordinaria.
- **Il vettore di forza errato:** Se non ci sono i molari verticali posteriori a scaricare l'impatto, le forze della masticazione vengono deviate in modo obliquo e anomalo in avanti, proprio su quegli impianti anteriori.
- **Il crollo:** Giorno dopo giorno, masticazione dopo masticazione, la pressione costante sui quattro impianti frontali crea micro-movimenti, infiammazione e sovraccarico. L'osso alveolare anteriore (che per sua natura non è una roccia) cede. E gli impianti, inevitabilmente, falliscono.

4. La soluzione definitiva: perché accontentarsi dei compromessi?

La domanda a questo punto sorge spontanea: se un paziente, in tutti i casi, deve comunque affrontare un'operazione per riabilitare un'intera arcata, **perché scegliere una strada monca, fragile e destinata a creare problemi?**

Perché non fare subito un intervento completo che ti dà tutto fin dal primo giorno?

Il protocollo **All-on-Full** nasce esattamente per questo:

- **Zero compromessi:** Sfrutta le ossa basali profonde (disponibili anche nei pazienti atrofici) per chiudere il cerchio in sole 2 ore.
- **Tutti i 14 denti veri e i molari:** Niente spazi vuoti inarcati nel nulla. Masticazione naturale e bilanciata, dove il massetere trova finalmente il giusto supporto verticale e obliquo senza distruggere la struttura.
- **Zero finta gengiva e denti naturali:** I denti nascono direttamente dalla tua gengiva, preservando un'estetica perfetta.

- **Materiali definitivi in ceramica:** Niente resine economiche che si usurano e si ingialliscono costringendoti a rifare la protesi ogni 5 anni.

Conclusione: scegli i fatti, non le scorciatoie

I video, i casi clinici reali di pazienti (anche quelli recuperati da fallimenti precedenti) e l'evidenza della biomeccanica parlano una lingua che non ha bisogno di pubblicità patinate.

Informarsi significa non farsi spaventare dalla favola del “manca l'osso” e rifiutare i protocolli commerciali progettati sulla comodità di chi opera, anziché sulla stabilità di chi riceve l'intervento. La verità clinica è sotto gli occhi di tutti: l'alternativa definitiva esiste, è immediata e non ha paura del confronto.

Nota clinica: I casi individuali documentano risultati reali, ma ogni piano di trattamento deve essere sempre valutato sulla base della situazione clinica e radiologica specifica del singolo paziente.