

Negli ultimi anni, nell'implantologia moderna, si è diffuso un fenomeno che pochi hanno il coraggio di analizzare davvero: tecniche nate per pazienti **atrofici**, cioè persone senza osso posteriore, spesso anziane, spesso con mascelle collassate, vengono applicate **pari pari** ai giovani di 45-55 anni con parodontite. Stesse posizioni implantari. Stesse arcate ridotte. Stesse leve. Stesse protesi corte. Stesse fragilità.

Come se un giovane con parodontite fosse “uguale” a un anziano atrofizzato.

Ma non lo è. E questa equivalenza è **cl clinicamente sbagliata**, biomeccanicamente pericolosa e prognosticamente fallimentare.

Per capire perché succede, bisogna analizzare tre livelli:

1. l'anatomia reale del giovane con parodontite
2. la biomeccanica del massetere e la funzione dei molari
3. la logica commerciale delle tecniche preconfezionate

Solo così si capisce perché **4, 6 o 8 impianti anteriori** sono sempre una scelta sbagliata per un giovane.

1. Il giovane con parodontite NON è un paziente atrofizzato

Un giovane di 50 anni con parodontite ha perso:

- osso alveolare
- attacco parodontale
- stabilità dentale

Ma NON ha perso:

- la mascella posteriore
- la corticale profonda

- la zona molare
- la biomeccanica naturale

Il suo problema è **davanti**, non **dietro**.

Eppure viene trattato come se fosse un paziente:

- senza osso posteriore
- senza mascella
- senza volume
- senza possibilità di impianti distali

Questa è una diagnosi sbagliata che porta a una chirurgia sbagliata.

****2. Perché gli impianti finiscono tutti tra i canini?**

Perché dopo i canini ci sono i seni mascellari.**

La mascella posteriore del giovane non è “piena di osso”. È occupata da:

- seni mascellari ampi
- corticale sottile
- osso alveolare riassorbito
- assenza totale di volume molare

Risultato:

□ **Non si possono mettere impianti posteriori tradizionali.**

E se non si possono mettere impianti posteriori tradizionali, la chirurgia “standard” usa **solo la premaxilla**, cioè la zona tra i canini.

Quindi:

- 4 impianti = anteriori
- 6 impianti = anteriori

Il numero cambia, la biomeccanica no.

3. La premaxilla: una zona estetica, non masticatoria

La premaxilla è progettata per:

- incisivi
- canini
- guida incisiva
- estetica

Non è progettata per:

- molari
- carichi verticali
- torsioni
- bruxismo
- leve distali

È una zona **morbida, spugnosa, sottile**. Perfetta per l'estetica, inadatta per la masticazione.

Mettere 6 impianti qui non la trasforma magicamente in una zona molare. Rimane una zona **anteriorizzata**, fragile, non biomeccanica.

4. Il massetere: il muscolo che distrugge gli

impianti anteriori nei giovani

Il massetere è il muscolo più potente del corpo umano. La sua funzione naturale è **spingere verticalmente sui molari**.

Ma se i molari non ci sono?

Il massetere **non smette di funzionare**. Non si indebolisce. Non si “adatta”.

□ Continua a spingere con la stessa forza, ma **non trova più un punto verticale di scarico**.

La forza cambia direzione

Quando mancano i molari, il massetere:

- perde il punto di appoggio naturale
- cerca un nuovo contatto
- spinge **in avanti**
- spinge **in obliquo**
- spinge **sulla zona dei canini e degli incisivi**

Questa forza obliqua è **devastante**.

Perché è devastante?

Gli impianti anteriori NON sono progettati per:

- ricevere carichi laterali
- sopportare torsioni
- gestire forze diagonali
- compensare la mancanza dei molari

Risultato:

- micromovimenti

- allentamenti
- fratture protesiche
- perdita degli impianti
- dolore
- fallimenti ripetuti

□ **Il massetere distrugge gli impianti anteriori. Sempre. In tutti i giovani.**

E più impianti anteriori ci sono, più si distribuisce la forza obliqua... ma sempre nella zona sbagliata.

5. Perché 6 impianti anteriori NON risolvono il problema

Mettere 6 impianti anteriori invece di 4:

- NON aggiunge pilastri posteriori
- NON crea molari
- NON elimina il cantilever
- NON cambia la direzione della forza
- NON ferma il massetere
- NON aumenta la durata
- NON migliora la biomeccanica

È come mettere **6 pali sottili davanti** per sostenere una casa che dovrebbe poggiare su **2 colonne posteriori**.

La casa crolla comunque. Solo un po' più lentamente.

****6. Perché le tecniche nate per atrofici vengono**

applicate ai giovani?

Perché sono tecniche “facili da replicare”.**

Le tecniche nate per atrofici (All-on-4, 6 impianti anteriori, arcate ridotte, cantilever, pink gengiva) hanno una caratteristica:

□ **Sono standardizzate. Sono replicabili. Sono veloci. Sono commerciali.**

Non richiedono:

- studio della mascella posteriore
- impianti distali veri
- pterigoidei
- tuberosità
- corticale profonda
- biomeccanica verticale
- arcata completa da 14 denti

Sono tecniche “preconfezionate”. E come tutti i protocolli preconfezionati, vengono applicate **a tutti**, anche quando non sono indicate.

Il problema è che **non sono più facili da far durare.**

7. La verità clinica che nessuno dice ai pazienti

“Le tecniche nate per atrofici non sono tecniche universali. Sono tecniche di necessità, non di scelta. Applicarle ai giovani è un errore biomeccanico.”

Un giovane con parodontite ha bisogno di:

- impianti posteriori veri

- pterigoidei
- tuberosità
- corticale profonda
- arcata completa da 14 denti
- zero cantilever
- zero pink gengiva
- biomeccanica verticale
- stabilità per bruxismo

Non ha bisogno di:

- tecniche ridotte
- impianti anteriori
- protesi corte
- leve distali
- soluzioni da atrofici

Conclusione investigativa

Le tecniche nate per pazienti atrofici vengono applicate ai giovani perché sono **facili da replicare**, non perché sono clinicamente corrette.

Ma un giovane di 50 anni con parodontite:

- NON è atrofizzato
- NON ha mascella posteriore collassata
- NON ha bisogno di tecniche ridotte
- NON può vivere con impianti solo anteriori
- NON può sopportare cantilever
- NON può gestire la forza obliqua del massetere

□ **Applicare tecniche da atrofici ai giovani è un errore clinico, biomeccanico e prognostico. E porta a fallimenti.**