
Technical notes in protesi implantare

**Fabio Galli, Matteo Deflorian,
Edoardo Martino, Andrea Parenti,
Tommaso Weinstein**

Prevenzione delle ingestioni accidentali della componentistica impianto-protesica

Fabio Galli

IRCCS- Istituto Ortopedico Galeazzi.
Servizio di Odontostomastologia
(Direttore: Prof. R.L. Weinstein).
Responsabile Protesi Implantare,
Reparto di Implantologia e
Riabilitazione Orale (Responsabile:
Dr. Tiziano Testori)

Matteo Deflorian,

Edoardo Martino,

Andrea Parenti,

Weinstein Tommaso

IRCCS- Istituto Ortopedico Galeazzi.
Servizio di Odontostomastologia
(Direttore: Prof. R.L. Weinstein).
Reparto di Implantologia e
Riabilitazione Orale (Responsabile:
Dr. Tiziano Testori)

Introduzione

Nelle diverse procedure cliniche, chirurgiche e protesiche vengono spesso utilizzati strumenti e componentistica di piccole dimensioni. Maneggiare questi componenti può essere difficoltoso per la presenza di saliva e/o di gel di Clorexidina (utilizzato per la decontaminazione della camera implantare), che li rendono scivolosi per gli spazi ridotti nei settori latero-posteriori.

Per queste ragioni perdere la presa sugli strumenti può significare la caduta accidentale di tali componenti nel cavo orale e la possibilità di ingestione e/o inspirazione da parte del paziente; questa è un'eventualità che può avere gravi ripercussioni per la salute. Uno degli ambiti più a rischio di ingestione accidentale di componenti è l'implantologia. La componentistica più comunemente utilizzata è rappresentata da piccoli cacciaviti, viti di copertura, pilastri di guarigione, copying per impronte, pilastri implantari, viti di connessione abutment/impianto, o di connessione struttura/impianto. In Letteratura esistono diversi case report che descrivono questa eventualità e la sua gestione clinica.

Possiamo distinguere casi in cui il corpo estraneo finisce nel tratto digerente e quelli, molto più pericolosi, in cui sono le vie aeree a essere interessate. Worthington nel 1996 pubblica un case report¹ di ingestione faringea di un cacciavite risolto grazie a un intervento in colonscopia dopo una fallita gastroscopia e due settimane di radiografie seriate che ne controllavano la progressione nel tratto intestinale confidando in una espulsione spontanea.

Un caso analogo è descritto anche da de Souza e Coll. nel 2012: l'ingestione di un cacciavite risolta in maniera più invasiva attraverso una laparotomia².

In entrambi i casi viene sottolineato che nonostante l'assenza di sintomi sia necessario inviare il paziente al più vicino pronto soccorso per diagnosi, eventuale monitoraggio e terapia. Nel caso in cui il corpo estraneo presente nel tratto gastro-intestinale sia di piccole dimensioni e non presenti margini acuminati può essere prescritta una dieta ricca di fibre e un monitoraggio onde valutare l'effettiva espulsione dello stesso. La complicanza più grave è l'inalazione di un corpo estraneo descritta in due pubblicazioni: "inalazione di un cacciavite e vite di guarigione durante procedure implanto-protetiche" risolto in entrambi i casi attraverso un intervento di broncoscopia^{3,4}.

Importante è inviare immediatamente il paziente in ambiente ospedaliero anche in assenza di riflesso della tosse e/o mancanza di sintomi.

PROTOCOLLO E PROCEDURE PER LAVORARE IN SICUREZZA

Al fine di evitare l'ingestione della componentistica implanto protesica è necessario che il clinico e il suo staff siano preparati e coordinati in ogni fase.

Innanzitutto è fondamentale che ogni cacciavite venga dotato di un filo della lunghezza di circa 30 cm annodato nell'apposito foro esistente sull'impugnatura che permette il rapido recupero dello stesso in caso di caduta nel cavo orale. Può essere consigliato l'utilizzo di cacciaviti extralunghi quando possibile.

Durante le fasi di manipolazione di un qualsiasi componente con il cacciavite, il primo operatore, per prevenire l'ingestione accidentale, deve posizionare una garza dal lato palatale/linguale con l'indice della mano sinistra in corrispondenza dell'impianto. Questo permette di mantenere il cacciavite in sede sostenendolo e permettendo al clinico di poter lavorare solo con la mano destra

senza la necessità di bloccare il cacciavite (soprattutto se usurato). In questo modo la garza funge da barriera ed evita che qualsiasi componente venga ingoiato.

Durante tutta la procedura l'assistente dovrà utilizzare retrattori dedicati per le labbra per permettere la migliore visuale possibile al primo operatore e tenere con l'altra mano un aspiratore pronto al recupero di qualsiasi oggetto come ulteriore sicurezza. Le immagini rendono più chiara la procedura.



Fig. 1 Si posiziona la garza sul versante palatale degli impianti inseriti nel III sestante.

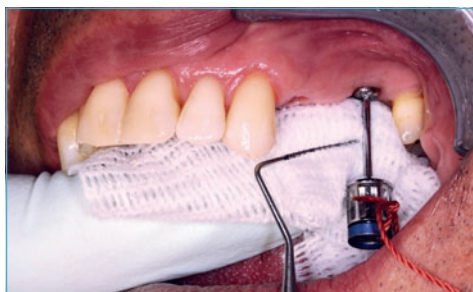
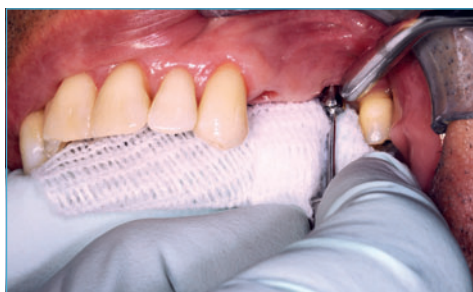


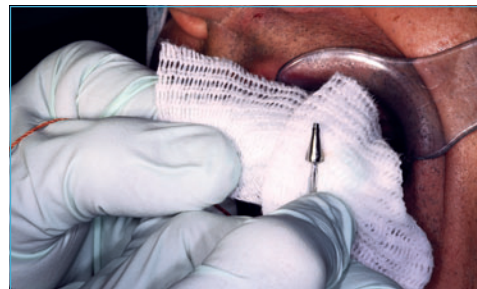
Fig. 2 La garza ed il gambo del cacciavite vengono sorretti con l'indice della mano sinistra.



Fig. 3, 4 Il posizionamento della garza permette al clinico di poter lavorare solo con la mano destra. Durante queste fasi l'assistente deve posizionare l'aspiratore vicino al pilastro di guarigione che si sta manipolando al fine di recuperarle agevolmente in caso di accidentale caduta sulla garza.



Figg. 5, 6 Una volta svitato, il pilastro di guarigione viene mantenuto sul cacciavite e portato all'esterno del cavo orale mantenendo l'indice della mano sinistra come sostegno.



Figg. 7, 8 L'utilizzo di tale tecnica è funzionale anche durante le fasi di connessione delle corone protesiche.



BIBLIOGRAFIA

1. Worthington P. Ingested foreign body associated with oral implant treatment: report of a case The International journal of oral & maxillofacial implants 1996;11(5); 679–681.
2. de Souza JGO, Filho GS, Neto ARLP, Lyra HF Junior, Bianchini MA, Cardoso AC. Accident in Implant Dentistry: Involuntary Screwdriver Ingestion during Surgical Procedure. A Clinical Report. Journal of Prosthodontics, Involuntary Screwdriver Ingestion 2012;21(3); 191–193.
3. Pingarrón Martín L, Morán Soto MJ, Sánchez Burgos R, Burgueño García M. Bronchial impaction of an implant screwdriver after accidental aspiration: report of a case and revision of the literature. Oral and Maxillofacial Surgery 2009;14(1);43–47.
4. Kim A, Ahn K-M. Endoscopic Removal of an Aspirated Healing Abutment and Screwdriver Under Conscious Sedation. Implant Dentistry 2014;23(3); 250–252.

Indirizzo per
la corrispondenza:
Dott. Tommaso Weinstein
IRCCS- Istituto Ortopedico
Galeazzi
Via Riccardo Galeazzi, 4
20161 Milano
tommasoweinstein@me.com