

NUMERI UNO

ESSE&EMME NEWS MAGAZINE N° 5 giugno/ottobre 2009

sweden & martina

P.A.D.
*Protesi Avvitata
Disparallela*

Direct Bridge
*Ponte Implantare
personalizzabile
basato su
tecnologia CadCam*

X Premium Day

Kit M.I.S.E.
*Il sistema
atraumatico per il
rialzo del seno*

Case Report
*Espansione crestale,
sollevamento
del seno e
chirurgia protesica*

26 Marzo 2010

**Riabilitazione implanto-protetica del
 paziente parodontalmente
 compromesso, con particolare enfasi
 sugli aspetti di terapia parodontale**

Prof. Leonardo Trombelli (School of Dentistry - University of Ferrara)

Prof. Mariano Sanz (Faculty of Odontology - University Complutense of Madrid)

Programma Scientifico

08:30	Introduzione
09:00-10:30	<i>Mariano Sanz</i> Dentizione parodontalmente compromessa - Estrazioni vs trattamento parodontale - Elementi critici del piano di trattamento
10:30-11:00	Coffee Break
11:00-12:30	<i>Leonardo Trombelli</i> Dentizione parodontalmente compromessa Trattamento parodontale con particolare enfasi sulla chirurgia ossea resettiva
12:30-13:00	Discussione (<i>Mariano Sanz, Leonardo Trombelli</i>)
13:00-14:30	Lunch Break
14:30-16:00	<i>Leonardo Trombelli</i> Dentizione parodontalmente compromessa Trattamento parodontale con particolare enfasi sulla rigenerazione parodontale
16:00-16:30	Coffee Break
16:30-18:00	<i>Mariano Sanz</i> Estrazioni dentali - impianti post-estrattivi immediati Elementi critici e fattori di rischio
18:00-18:30	Discussione (<i>Mariano Sanz, Leonardo Trombelli</i>)
18:30	Chiusura dei lavori

Abstract

Durante il Corso verrà fornita ai partecipanti un' overview degli aspetti semeiotici delle forme di parodontite avanzata e degli algoritmi decisionali necessari per la formulazione del piano di trattamento nel paziente parodontalmente compromesso. Ampio spazio sarà dedicato alla parte chirurgica, esplorando quali siano le indicazioni e controindicazioni delle principali metodiche di chirurgia parodontale correttiva e fornendo le conoscenze tecnico-operative necessarie per eseguire le tecniche di chirurgia ossea resettiva e chirurgia ricostruttiva. Particolare enfasi verrà data alla descrizione delle tappe chirurgiche relative al Single Flap Approach, tecnica minimamente invasiva per la ricostruzione dei tessuti parodontali profondi. Attraverso la discussione di casi clinici, infine, verranno analizzate le potenzialità e i limiti di ciascuna tecnica e le modalità di gestione di eventuali complicanze/fallimenti. Infine, verranno illustrate le metodiche per la preservazione e ricostruzione dell'alveolo post estrattivo, in funzione del posizionamento immediato dell'impianto.

Per iscrizioni e maggiori informazioni contatti il nostro



Prof. Leonardo Trombelli

(School of Dentistry - University of Ferrara)



Professore Associato, titolare dell'insegnamento di Parodontologia e Implantologia del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università di Ferrara. Dal 1995 al 2004 è stato Assistant Professor presso l'Advanced Education Program in Periodontics and Implant Surgery della Loma

Linda University, California. Presidente della Società Italiana di Implantologia Osteointegrata (2007-09). Socio Attivo della Società Italiana di Parodontologia, Socio Attivo della Società Italiana di Implantologia Osteointegrata, Membro Attivo dell'International Association for Dental Research e Membro Attivo dell'International Academy of Periodontology. È componente del Board Editoriale del Journal of Clinical Periodontology e del Peer Review Panel del Journal of Periodontology. È Direttore del Centro di Ricerca e Servizi per lo Studio delle Malattie Parodontali dell'Università di Ferrara. Esercita attività libero-professionale limitata alla Parodontologia ed Implantologia.

Prof. Mariano Sanz

(Faculty of Odontology - University Complutense of Madrid)



- MD - Degree- Universidad Complutense of Madrid
- Specialist in Stomatology. Universidad Complutense de Madrid
- Specialist in Periodontology. University of California, Los Angeles (UCLA)
- Doctor en Medicine (PhD degree). Universidad Complutense de Madrid

- Professor of Periodontology. Universidad Complutense de Madrid
- Dean of the Faculty of Odontology. Universidad Complutense de Madrid
- Director of the Graduate Programme "Master in Periodontology". Universidad Complutense de Madrid
- Past-Secretary General of the European Federation of Periodontology (EFP)
- Past-President of the Spanish Society of Periodontology (SEPA)
- Councilor and Regional Board Member from the International Association for Dental Research (IADR-CED)
- Associate Editor of the Scientific Journal Evidence-Based Dental Practice and Journal of Clinical Periodontology
- Member of the Editorial Committee of the following Scientific Journals: Journal of Periodontal Research, Clinical Oral Implant Research, Journal of Dental Research, Oral Diseases, Clinical Oral Investigations and Journal de Parodontologie
- Has published scientific more than 150 articles and book chapters in Periodontology, Implant Dentistry and Dental Education.
- Has given multiple courses and seminars in Periodontology, Implant Dentistry and Dental Education.

La **SODDISFAZIONE** sempre crescente degli odontoiatri per i sistemi implantologici Sweden & Martina e la **CRESCITA** evidente del numero di impianti venduti in Italia sono segnale del grandissimo successo che l'implantologia di Sweden & Martina sta riscontrando nel mercato. A conferma di ciò, nel mese di giugno assistiamo ad un ulteriore evento significativo: il numero di partecipanti iscritti alla Decima Edizione del Premium Day! Nei giorni 18, 19 e 20 giugno 2009 sarà raggiunta la capienza massima del Centro Congressi di Abano Terme (PD) grazie alla presenza di **OLTRE 950** partecipanti tra odontoiatri, odontotecnici, igienisti e assistenti. Questo numero è un'evidente conferma dell'interesse suscitato dai contenuti scientifici del Congresso Annuale Nazionale di Implantoprotesi Integrata. Tra i relatori presenti, nomi di fama internazionale e di rilevante spessore scientifico come il Prof. Gerard J. Chiche, della Louisiana State University, il Prof. Ugo Covani, il Prof. Carlo Maiorana e il Dr. Daniele Botticelli... solo per citare alcuni nomi delle prime fra le tante relazioni proposte nel nutrito programma del congresso.



Il grandissimo successo e la continua crescita dell'Implantologia Sweden & Martina si stanno consolidando inoltre attraverso la presenza forte e costante nel mondo odontoiatrico con un **servizio personalizzato altamente professionale e sempre più capillare** in tutta Italia. È sempre più facile interfacciarsi con la realtà Sweden & Martina grazie alla rete vendita di più di 180 agenti, alla presenza ai maggiori eventi nazionali e locali come il Dental Go a Napoli, i congressi e meeting AIOP, la fiera Amici di Brugg, il Roma Winter Meeting e numerosissimi eventi locali organizzati dalle associazioni odontoiatriche regionali o provinciali. Viene data inoltre la possibilità a coloro che vorrebbero conoscere da vicino Sweden & Martina di visitare l'innovativa e tecnologica realtà produttiva, attraverso visite organizzate in collaborazione con la rete vendita.

Ulteriori elementi a conferma del successo dell'Implantologia Sweden & Martina sono le **numerosissime pubblicazioni scientifiche** su importanti riviste di settore, di cui la Rubrica "Pubblicazioni Scientifiche" di Numeri Uno propone costantemente gli aggiornamenti; l'incontro con professionisti appassionati, di cui si trova testimonianza nelle interviste al Dr. Luca Landi di Roma e al Dr. Fabrizio Morelli, Presidente del Gruppo di Ricerca Implantare (GRI) di Torino. Tali studi e il contributo fornito dallo scambio di punti di vista con esperti d'eccellenza del settore, aiutano il lavoro continuo e supportano l'Ufficio Ricerca e Sviluppo nel proporre nuovi prodotti innovativi e creati sulle richieste e necessità del professionista, come la tecnica protesica avvitata (P.A.D.), di cui in questo numero troverete ricchissimi e approfonditi casi clinici; il kit M.I.S.E., il sistema atraumatico per il rialzo del seno sviluppato dal Prof. Carusi, di cui ora Sweden & Martina è distributore unico. Per concludere non va dimenticata l'Echo Advanced Academy, punto di incontro tra odontotecnici grazie al quale tra le pagine si potranno scoprire gli sviluppi del Direct Bridge, un ponte implantare avvitato personalizzabile basato sulla tecnologia CadCam.



Protesi Avvitata Disparallela

Questa tecnica protesica, che sarà presentata in anteprima al prossimo X Congresso Nazionale di Implantoprotesi Premium Day, è stata appena annunciata ed ha già destato un estremo interesse per la sua versatilità.

Gli abutment P.A.D. consentono di parallelizzare in modo semplice, rapido e sicuro, piattaforme di emergenza implantare in presenza di disparallelismi anche molto marcati, quali quelli determinati dall'inserimento di impianti distali molto inclinati. Gli abutment sono disponibili in tre versioni: dritti, preangolati a 17°, preangolati a 30°.



Impianto Kohno assemblato rispettivamente con abutment P.A.D. dritto, angolato a 17° e a 30°

Questi dispositivi sono disegnati in modo tale da trasferire l'accoppiamento delle sovrastrutture dalla connessione implantare ad una piattaforma esterna che, oltre a essere parallelizzata grazie alle diverse angolazioni degli abutment stessi, presenta un cono superiore, dotato di pareti a 15°, che facilita ulteriormente l'inserimento delle sovrastrutture. Le diverse angolazioni degli abutment, unite all'inclinazione dei coni di accoppiamento, consente di correggere disparallelismi sino a 45°.

La sistemistica P.A.D. è disponibile per le seguenti piattaforme dei sistemi implantologici di Sweden & Martina

OUTLINK²	piattaforma di Ø 4.10 mm, con connessione a esagono esterno standard
PREMIUM KOHNO	piattaforme di Ø 3.80 e 4.25 mm
GLOBAL	piattaforme Ø 3.80 e 4.30 mm



Da sinistra, abutment P.A.D. dritto assemblato rispettivamente ad un impianto Outlink2, Premium/Kohno e Global

Gli abutment dritti vengono fissati alle piattaforme implantari per avvitamento diretto, mentre quelli angolati sono forniti completi di viti passanti di serraggio.



Visione esplosa e assemblata di un abutment P.A.D. rispettivamente dritto e angolato a 30° con cannula calcinabile in polimetilmetacrilato (PMMA)

Mandibola con impianti P.A.D.




La sistemistica P.A.D. offre tutte le componenti necessarie per la realizzazione delle sovrastrutture



Sono previsti dei pratici carrier che consentono di trasportare in bocca gli abutment dritti e un apposito strumento che consente di trasportare, posizionare, e serrare opportunamente gli abutment angolati, nonostante le difficoltà di accesso talvolta presentate dai settori distali. Gli abutment P.A.D. sono prodotti con avanzate tecnologie a controllo numerico in grado di garantire la massima precisione meccanica e sono stati testati in accordo alla norma UNI EN ISO 14801:2008. Hanno brillantemente superato i test di rottura statica e di resistenza a fatica per oltre cinque milioni di cicli di lavoro, considerati dalla norma equiparabili a vita infinita del dispositivo.

La protesi P.A.D. è certificata ai sensi della Direttiva Dispositivi Medici 93/42 e tutti i componenti recano la prescritta marcatura di conformità CE.

Gli abutment P.A.D. sono stati ampiamente testati clinicamente. Nelle pagine che seguono riportiamo una serie di casi clinici, che illustrano significativamente la grande semplicità e versatilità della sistemistica, che consente di riabilitare velocemente e brillantemente con carico immediato pazienti totalmente edentuli, anche in presenza di altezza ossea ridotta, poiché gli impianti distali possono essere inseriti anche molto inclinati.

Per chiedere una copia della brochure del sistema  e per informazione sui corsi di formazione sulle tecniche chirurgiche e protesiche che ne consentono l'utilizzo, potete telefonare:

Numero Verde
800-010789

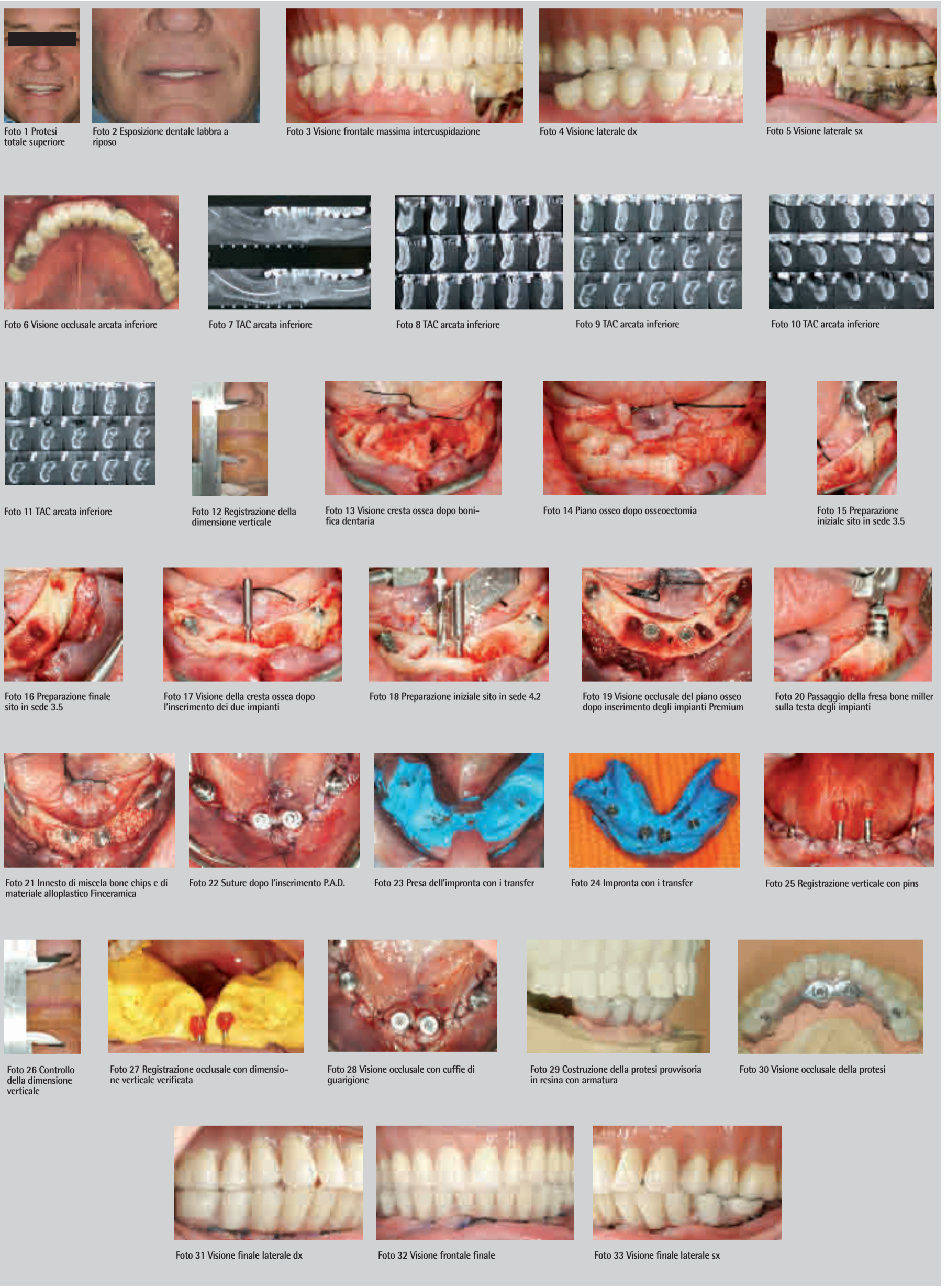
oppure potete scaricare il materiale informativo direttamente dal nuovo sito

www.sweden-martina.it

Per gentile concessione del Dott. Alberto Becattelli, Verona. Si ringraziano per la collaborazione il Dott. Leonello Biscaro, Adria (RO) e l'Odt. Massimo Soattin, Este (PD).

Anamnesi del paziente: anni 70 portatore di protesi totale superiore e con alcuni denti gravemente compromessi, non recuperabili, a supporto di protesi fissa nell'arcata inferiore. La protesi totale superiore era ancora valida con piani occlusali abbastanza corretti ed esteticamente accettabili.

Piano di trattamento: si prevede una riabilitazione dell'arcata inferiore con protesi fissa carico immediato, supportata da quattro impianti, di cui due angolati distalmente.



PAD CASO CLINICO N° 2

Per gentile concessione del Dott. Nicola Petrillo, Bari. Si ringrazia per la collaborazione il Sig. Odt. Francesco Marraffa, Bari.

Anamnesi del paziente: donna di 53 anni fumatrice (circa 10 sigarette/die). Anamnesi patologica negativa per malattie cardiovascolari, diabete e disordini metabolici in genere. Esame obiettivo endorale: edentulia bilaterale distale del mascellare superiore, presenza degli elementi dal 1.3 al 2.3 mobili ed interessati da parodontite in fase evoluta; arcata inferiore completa. All'esame ortopantomografico presenza di seni mascellari iperpneumatizzati.

Piano di trattamento: La paziente rifiuta interventi di rialzo del seno mascellare bilaterali per ricorrere ad una terapia implantoprotesica. Si propone alla paziente comunque una soluzione implantoprotesica ricorrendo alla tecnica PAD che viene accettata con consenso scritto. Vengono collocati quindi quattro impianti due centrali e due angolati di circa 30°-35° che vengono caricati entro le 24 ore con una protesi fissa provvisoria. A distanza di 6 mesi viene realizzata una protesi definitiva.

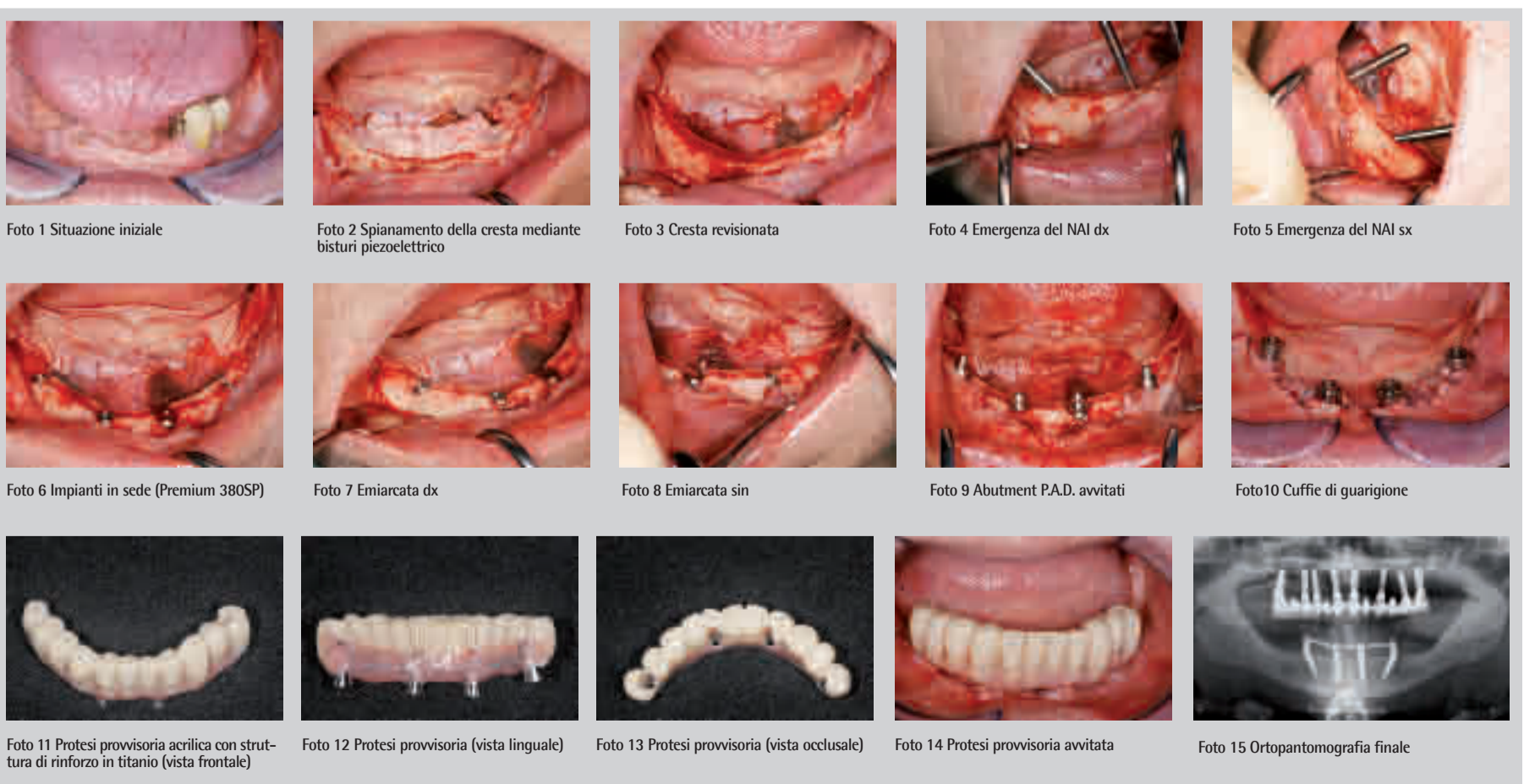


PAD CASO CLINICO N° 3

Per gentile concessione del Dott. Claudio Bosisio, Bergamo. Si ringrazia per la collaborazione il laboratorio Carlo Malnati, Bergamo.

Anamnesi del paziente: maschio di 68 anni, portatore di protesi rimovibile inferiore e protesi fissa cementata su impianti superiore, presenta una dentizione residua mandibolare insufficiente per qualunque soluzione protesica.

Piano di trattamento: Il paziente accetta la protesi fissa, si procede ad una soluzione implantoprotesica avvitata a carico immediato su 4 impianti (i due distali inclinati di 30° per ampliare il poligono di appoggio della protesi e limitare il cantilever). Viene quindi inserita, 24 ore dopo l'inserimento degli impianti, una struttura in titanio e resina acrilica.

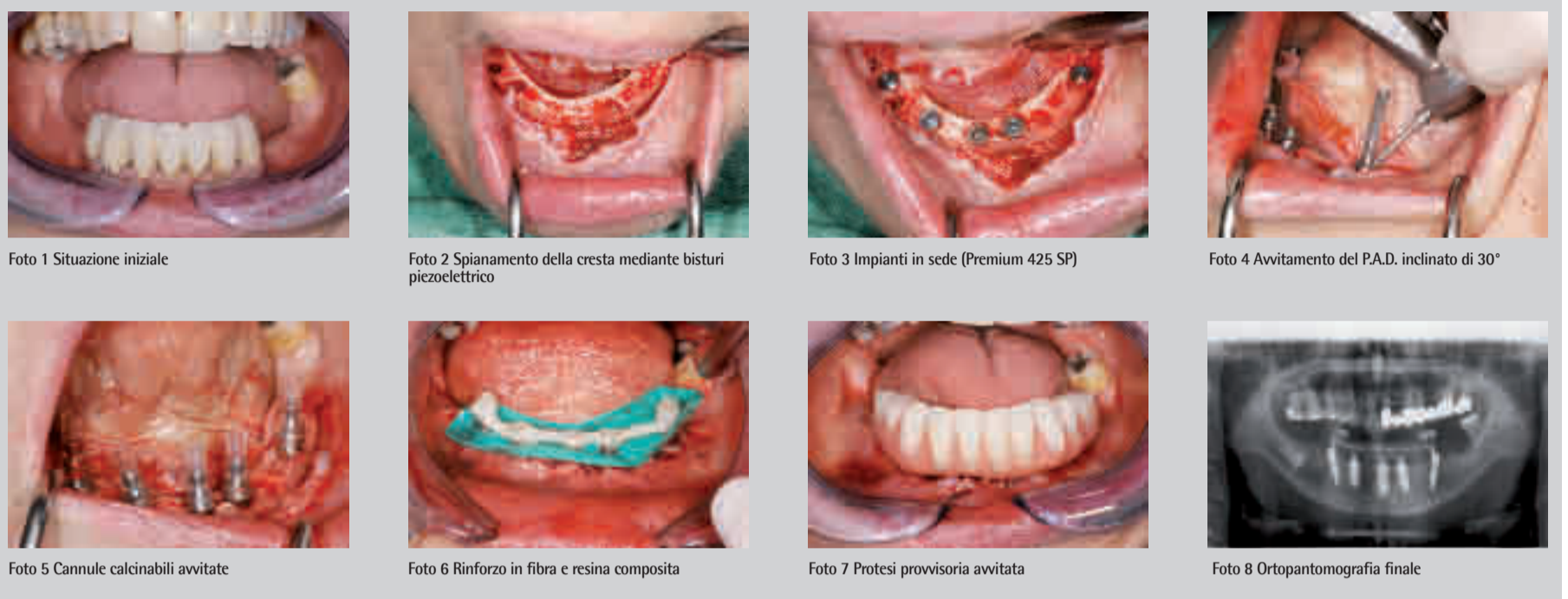


PAD CASO CLINICO N° 4

Per gentile concessione del Dott. Claudio Bosisio, Bergamo. Si ringrazia per la collaborazione il laboratorio Carlo Malnati, Bergamo.

Anamnesi del paziente: femmina di 62 anni. La paziente si presenta con una dentizione residua inadeguata per una soluzione protesica fissa che, comunque, viene richiesta dalla paziente.

Piano di trattamento: Si procede all'inserimento di una protesi avvitata a carico immediato su 5 impianti (i due distali inclinati di 30° per ampliare il poligono di appoggio della protesi e limitare il cantilever). La struttura è stata realizzata in fibre composite e resina acrilica.

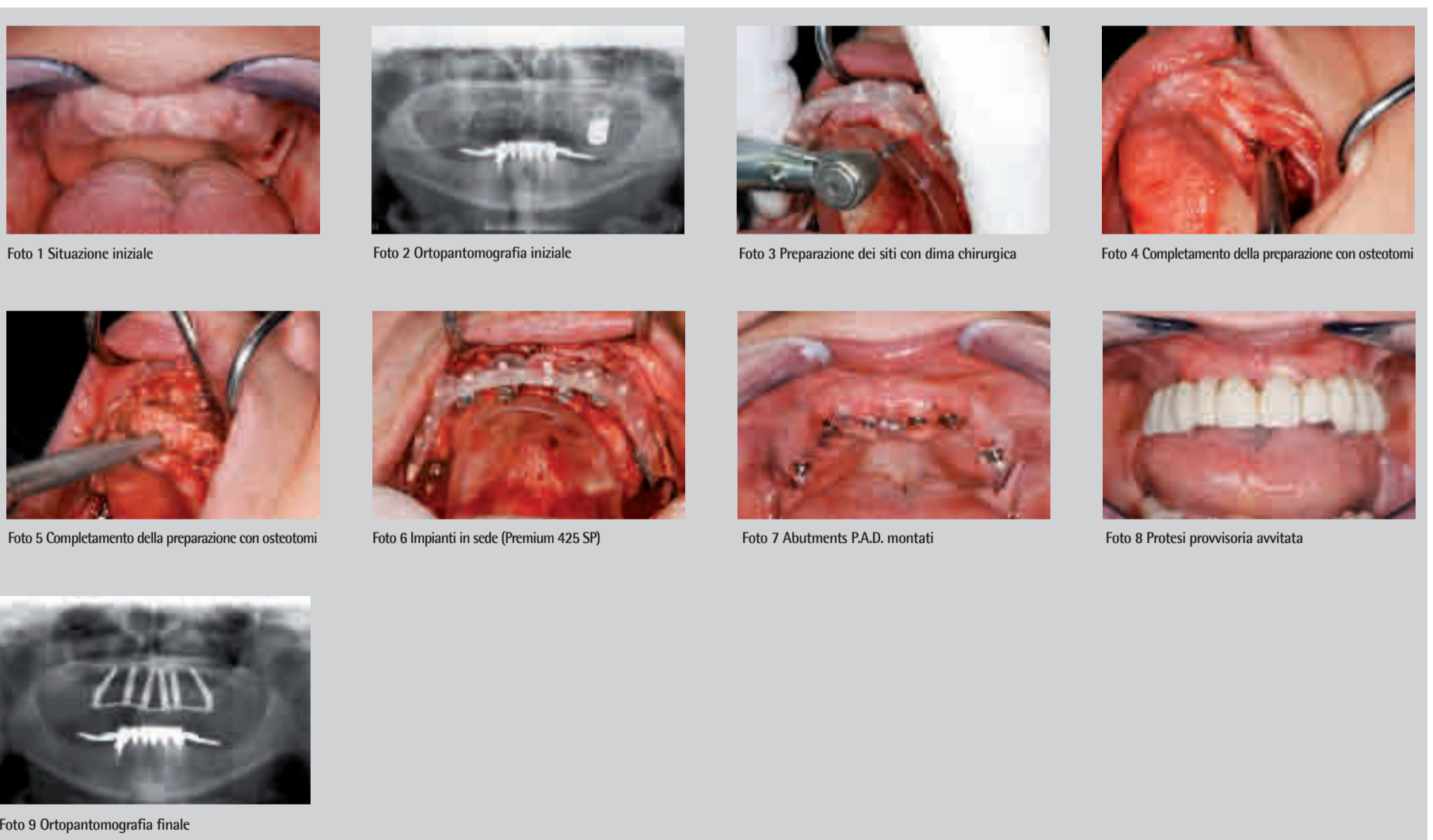


PAD CASO CLINICO N° 5

Per gentile concessione del Dott. Claudio Bosisio, Bergamo. Si ringrazia per la collaborazione il laboratorio Carlo Malnati, Bergamo.

Anamnesi del paziente: femmina/63 anni. Presenta una situazione iniziale di dentizione residua insufficiente per una soluzione protesica fissa per lesioni cariose estese e parodontopatia. La paziente richiede una protesi fissa. Viene eseguita la bonifica dei denti residui 90 giorni prima dell'intervento di inserimento degli impianti.

Piano di trattamento: Protesi avvitata a carico immediato su 6 impianti (i due distali inclinati di 30° per evitare una chirurgia rigenerativa del seno mascellare e consentire il carico immediato degli impianti). Struttura in titanio e resina acrilica.



CASE REPORT: nelle riabilitazioni miste denti e impianti, con protesi fissa, massimo deve essere l'impegno nella gestione dei tessuti ossei e gengivali per ottenere un risultato finale che sia il più naturale ed estetico possibile.

Riabilitazione protesica su denti e impianti mediante tecniche chirurgiche di espansione crestale e sollevamento del seno e chirurgia protesicamente guidata

Dottor Giovanni Battista Bruschi e Dottor Fabrizio Bravi
Odontotecnico Antonello Di Felice

La riabilitazione protesica su impianti con una protesi fissa in casi di edentulia totale presenta numerose problematiche tra cui quella di ricreare un aspetto naturale della componente rosa come le festonature dei tessuti e i profili di emergenza. Nelle riabilitazioni miste, in cui il confronto con i denti naturali vicini è immediato, l'ottenimento di un risultato estetico ottimale può risultare anche più difficile.

Materiali e metodi

Paziente di sesso maschile, 65 anni di età, nell'anamnesi generale ci riferisce un recente episodio di angina instabile trattato con 2 stents coronarici medicati. Dall'anamnesi odontoiatrica risulta una lunga storia di carie e malattia parodontale. Paziente non fumatore, non bruxista e con un controllo di placca sufficiente. Il paziente si è presentato a noi per un consulto sulla terapia di riabilitazione protesica appena completata, prima che il lavoro venga cementato definitivamente.

All'esame obiettivo il paziente presenta: (Foto 1, 2, 3, 4 e 5)



Foto 1



Foto 2



Foto 3



Foto 4

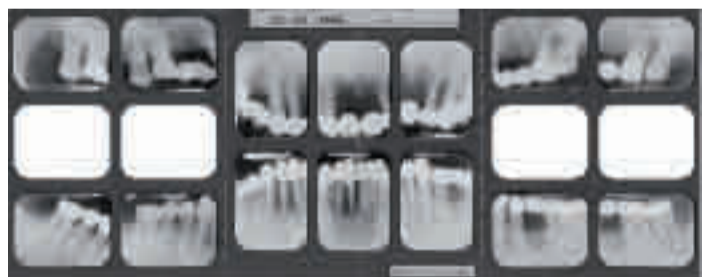


Foto 5

- nell'arcata superiore una protesi fissa in lega preziosa-porcellana da 16 a 26, sono mancanti i denti 18, 15, 14, 11, 21, 24, 25 e 28, i denti 16, 13, 12, 22, 23, 26 sono trattati endodonticamente;

- nell'arcata inferiore sono presenti tre ponti in lega preziosa - porcellana 46, 45, 44, 43, 42, 41, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, sono mancanti i denti 38, 37, 45, 48, i denti 46, 43, 42, 41, 31, 32, 33 sono trattati endodonticamente.

Il paziente presenta una parodontite cronica dell'adulto in stato molto avanzato, sono presenti lesioni periapicali sui denti 16, 26, 37, 32, 46; il manufatto protesico, seppur appena realizzato, presenta numerose "incongruenze", la dimensione verticale e la relazione oclusale sembrano rispettate.

Nell'arcata superiore nessun dente è praticamente affidabile per una riabilitazione fissa definitiva, nell'arcata inferiore i denti che sono presumibilmente mantenibili, dopo adeguate terapie, sono il 36, 34, 33, 43, 44, 45 e 46.

Il paziente, messo al corrente della sua situazione attuale e della prognosi dei suoi denti, desidera riabilitare entrambe le arcate con delle protesi fisse ricorrendo all'uso degli impianti dove non sia possibile utilizzare denti naturali.

Viene quindi richiesto un dentascan (Foto 6 e 7) che conferma per entrambe le arcate l'esistenza di importanti lesioni endodontiche e parodontali.

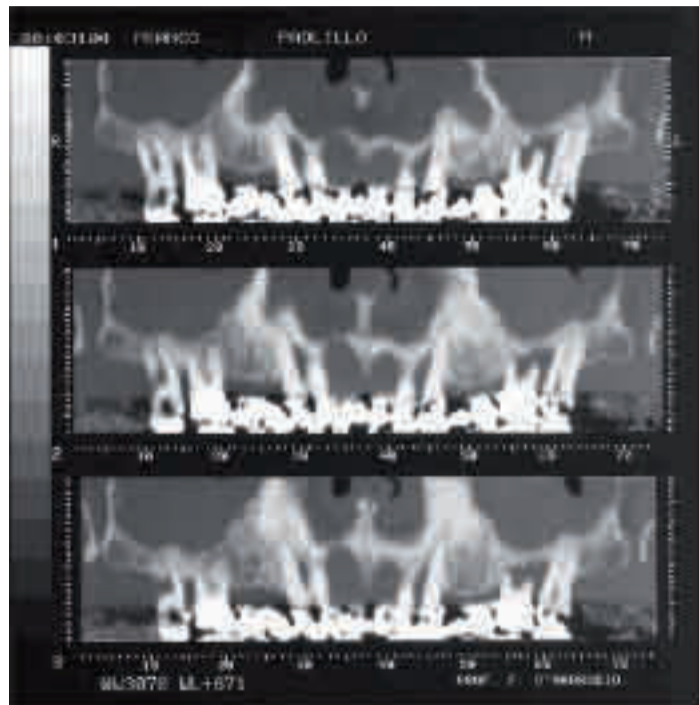


Foto 6

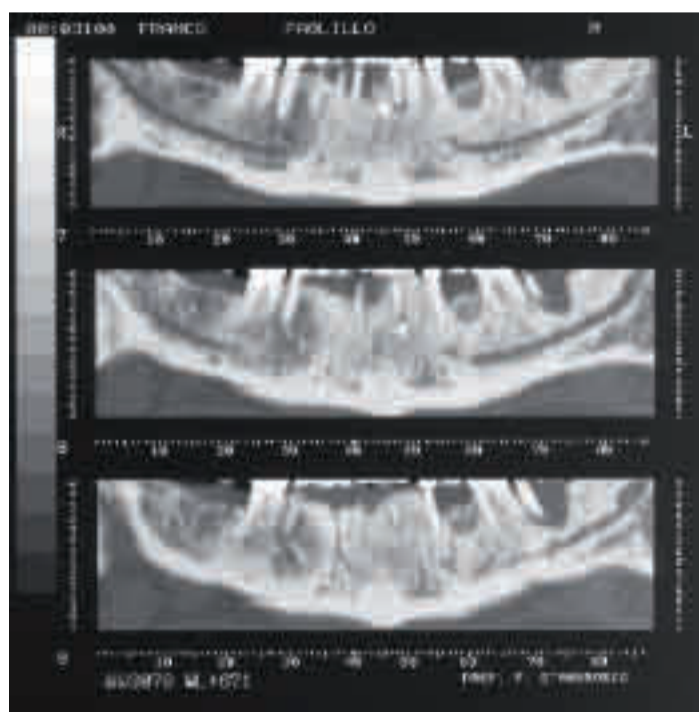


Foto 7

La TC mostra infatti, nel mascellare superiore un riassorbimento osseo periapicale e periradicolare a livello di 17, 13 e 26, una marcata atrofia verticale nel settore distale, un importante deficit in senso vestibolo orale in corrispondenza del gruppo incisale, entrambi i seni mascellari opacati; nel mascellare inferiore si rileva un ampio riassorbimento osseo periapicale e periradicolare a livello del 37, un riassorbimento osseo periapicale è altresì evidente a livello del 43.

Sulla base di tutte le informazioni raccolte viene preparato un piano di terapia provvisorio così articolato:

ARCATA SUPERIORE

- terapia parodontale.
- estrazione di 17, 12, 22 e 26.
- terapia endodontica e ricostruzione del moncone del 27.
- ponte provvisorio su pilastri naturali provvisori 16, 13, 23, e 27.
- 6 impianti in sede 17, 14, 12, 22, 24 e 26.
- alla maturazione degli impianti, dopo circa 40-60 giorni, protesi provvisoria fissa su impianti ed estrazione dei denti 16, 13, 23 e 26.
- 2 impianti post estrattivi immediati in sede 16 e 27
- protesi fissa in oro porcellana 17-27 divisa in tre porzioni con connessioni rigide individualizzate extracoronali.

ARCATA INFERIORE

- terapia parodontale.
- estrazione di 42, 41, 31, 32 e 37.

- 3 ponti provvisori 46-44, 43-33 e 34-36.
- allungamento di corona clinica di 46, 45, 44, 33, 34 e 36.
- terapie endodontiche e ricostruzione di monconi di 46, 45, 44, 43, 33, 34 e 36.
- impianti in sede 47, 42, 32, 35 e 37.
- rivalutazione endodontica e parodontale.
- corone singole in oro porcellana di 47, 46, 45, 44, 43, 33, 34, 35, 36 e 37.
- ponte in oro porcellana 32-42.

Il paziente dopo essere stato dettagliatamente informato sul tipo di terapia che gli veniva proposta, firmato il consenso informato, ha deciso di sottoporsi al trattamento proposto. Tutte le estrazioni sono state eseguite con la tecnica di preservazione dell'alveolo post-estrattivo anche in zone che non avevano valenza estetica (Foto 8, 9, 10, 11 e 12).



Foto 8

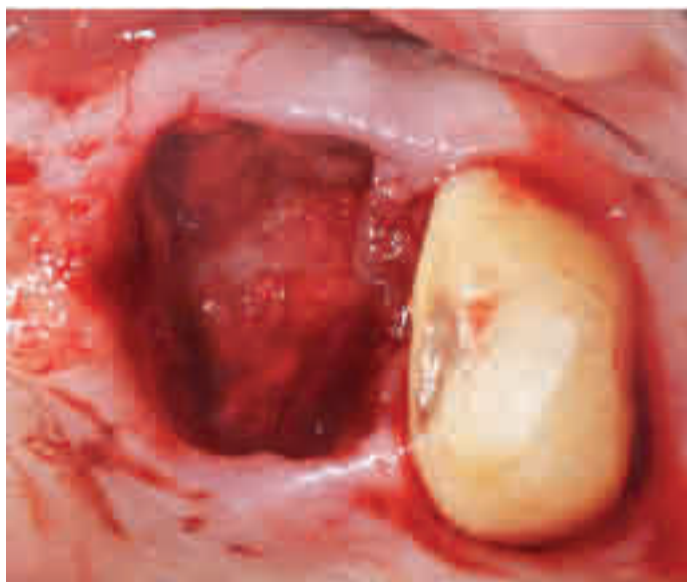


Foto 9

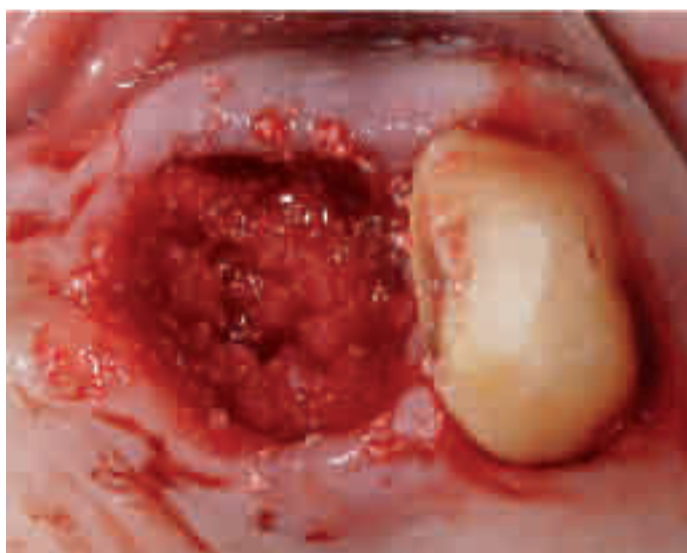


Foto 10

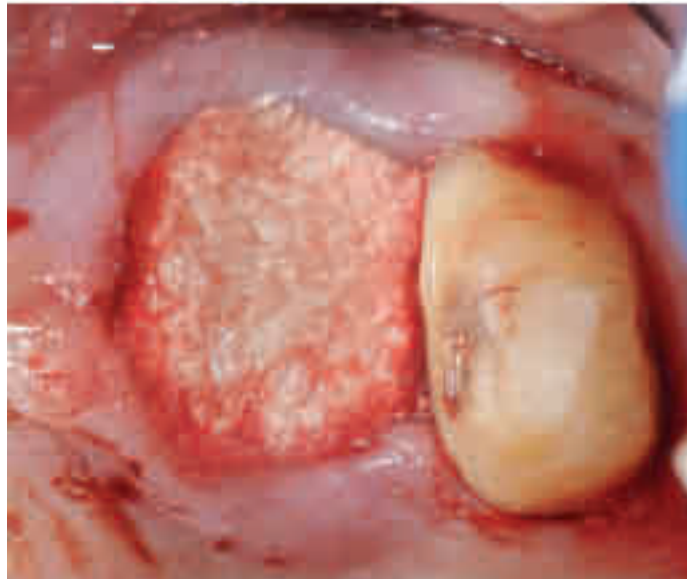


Foto 11



Foto 12

Molta attenzione viene posta alla ribasatura degli elementi portanti dei ponti in corrispondenza del contatto con i tessuti per condizionare nel modo migliore la guarigione. In occasione di tutti gli interventi chirurgici, essendo il paziente cardiopatico, è stato seguito il protocollo farmacologico per la profilassi dell'endocardite batterica dell' Ospedale San Raffaele di Milano consistente nell'assunzione per os di 3 grammi di Amoxicillina (Zimox o Velamox) un'ora prima dell'intervento e di 1,5 grammi sei ore dopo la prima dose. Viene prescritta anche una terapia antinfiammatoria a base di naprossene sodico (Aleve) ed antidolorifica a base di tachipirina (tachipirina flash tab 500 mg) per 2-3 giorni. Viene prescritto infine un gastroprotettore (Nexium). Viene eseguita una prima ceratura diagnostica del caso (Foto 13) anche se, per considerazione pratiche (i precedenti ponti erano stati da poco consegnati), vengono utilizzati come primi provvisori i ponti "definitivi" opportunamente modificati (Foto 14) e ribasati.



Foto 13



Foto 14

Riutilizzare i ponti "definitivi" come primi provvisori ci ha permesso inoltre di conservare più facilmente informazioni come la dimensione verticale e la relazione oclusale che, come già detto, risultavano corrette. Vengono eseguiti gli allungamenti di corona clinica dei denti 46, 45, 44, 33, 34 e 37 e successivamente le terapie endodontiche e le ricostruzioni dei monconi (Foto 15 e 16).



Foto 15



Foto 16

Dopo un intervallo di tempo variabile tra i 40 ed i 60 giorni dalla data delle estrazioni, dopo controllo clinico e radiografico, viene eseguita la chirurgia implantare (Foto 17, 18, 19, 20 e 21).

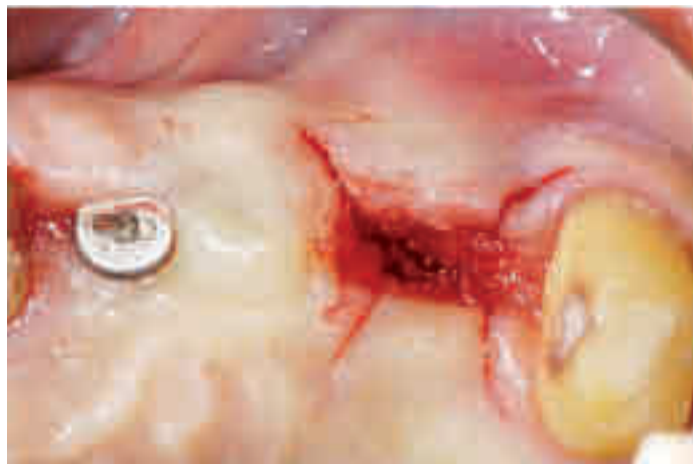


Foto 17

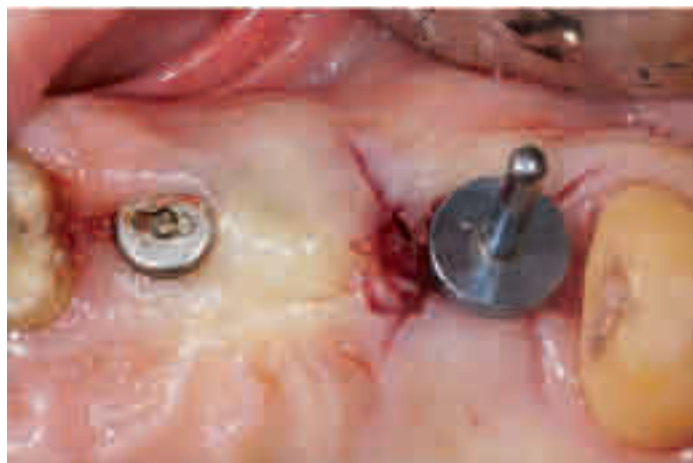


Foto 18



Foto 19



Foto 20



Foto 21

In tutte le sedi è stato utilizzato un lembo a mezzo spessore, l'espansione è stata realizzata con il beaver 64 e i bone expander. Nei rialzi di seno sono stati utilizzati bone-expander non taglianti in testa.

Nelle beanze create dopo espansione e rialzi è stato inserito solo collagene equino (Gingistat). Gli impianti vengono lasciati guarire scoperti con viti di guarigione di tipo raggiato. I lembi sono suturati senza creare tensione con suture in seta.

Di seguito tipo, diametro, lunghezza e tecnica chirurgica per ciascun impianto inserito.

- 17 Pilot 6,7/13 sollevamento del seno.
- 14 Pilot 4,7/15 inserimento con tecnica tradizionale.
- 12 Pilot 3,8/15 post estrattivo immediato.
- 22 Pilot 3,8/15 post estrattivo immediato.
- 24 Pilot 4,7/15 inserimento con tecnica tradizionale.
- 26 Pilot 6,7/13 post estrattivo immediato con sollevamento del seno.
- 47 Pilot 6,7/13 inserimento con tecnica tradizionale.
- 42 Pilot 3,4/13 inserimento con tecnica tradizionale.
- 32 Pilot 3,4/13 inserimento con tecnica tradizionale.
- 35 Pilot 4,7/13 inserimento con tecnica tradizionale.
- 37 Pilot 6,7/13 inserimento con tecnica tradizionale.

Dopo circa 40-60 giorni dall'inserzione viene eseguito un controllo radiologico ed il test della vite degli impianti; nella stessa seduta vengono prese due impronte con la tecnica del pick-up connector (Foto 22, 23, 24 e 25),

viene eseguito un montaggio crociato in articolatore, e sulla base della ce-
ratura precedentemente preparata si realizza un provvisorio mono blocco
avvitato sugli impianti superiori, un provvisorio avvitato sugli impianti 32 e
42 proponendo al paziente la scelta di montare solo 3 incisivi, e dei provvi-
sori avvitati singoli sugli impianti 47, 35 e 37 e sui denti naturali 46, 45, 44,
43, 33, 34, 36 (Foto 26, 27, 28, 29, 30 e 31).



Foto 26



Foto 22

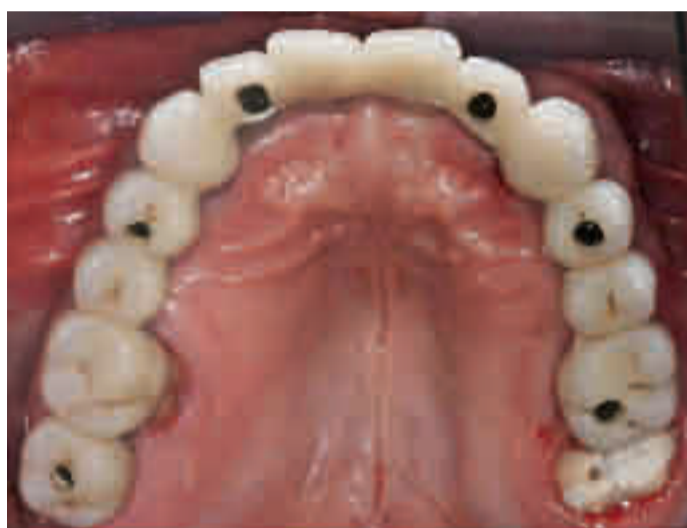


Foto 27



Foto 23



Foto 28



Foto 24



Foto 29



Foto 25

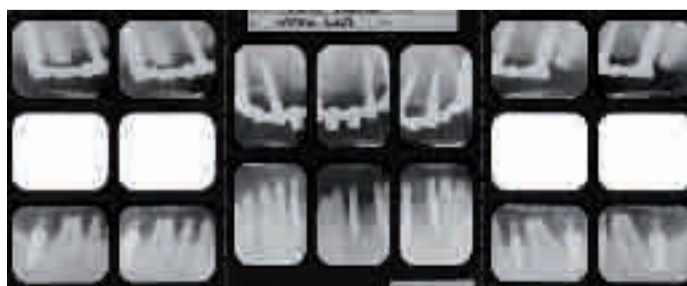


Foto 30



Foto 31

Al momento della consegna dei provvisori nell'arcata superiore vengono eseguite le estrazioni dei denti 13 e 23 con preservazione dell'alveolo mentre vengono tagliati a livello gengivale i denti 16 e 27 per permettere l'inserzione post estrattiva immediata degli impianti.

Anche in questa fase è molto importante il controllo delle porzioni dei provvisori a contatto con i tessuti perché lavorando per apposizione, aggiungendo masse di composito, o per rimodellazione, scartando la resina, è possibile condizionare i tessuti ricreando un aspetto molto simile a quello naturale anche dove non sono più presenti denti (Foto 32).



Foto 32

All'esame protesico del provvisorio su impianti vengono evidenziate alcune correzioni da effettuare:

linea mediana superiore leggermente deviata a sinistra, lunghezza del 23 in difetto, difetto della cresta in senso vestibolo-orale tra 12 e 22.

Per quel che riguarda l'andamento obliquo della gengiva al di sotto del gruppo incisale inferiore questo è legato alla nostra scelta di non sacrificare osso mesialmente al 33 al momento della chirurgia implantare per creare livelli ossei simili degli impianti 42 e 32 (Foto 33 e 34).



Foto 33



Foto 34

In base a queste osservazioni si decide di espandere ulteriormente la cresta ossea in corrispondenza dei denti 11 e 21 (Foto 35, 36, 37) e i provvisori vengono modificati con del composito nella porzione a contatto con i tessuti per migliorare il supporto dei tessuti (Foto 38 e 39).



Foto 35

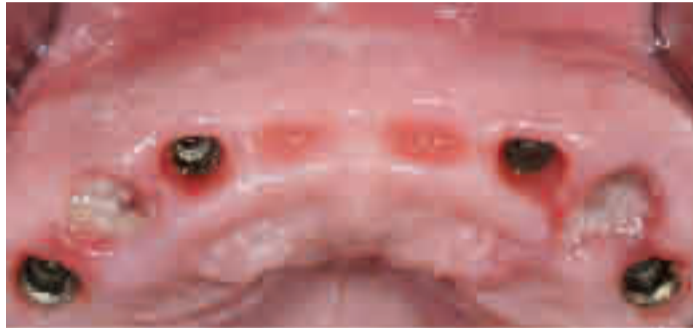


Foto 36



Foto 37



Foto 38



Foto 39

Vengono quindi inseriti gli impianti post estrattivi immediati con sollevamento del seno in sede 16 (Pilot 6,7/13) e 27 (Pilot 6,7/13). Gli elementi naturali pluriradicolari, per protocollo, vengono rimossi separando le radici così da non traumatizzare le pareti vestibolari. Rimosse le radici viene valutata la struttura del setto interradicolare che diverrà la zona di inserzione degli strumenti necessari per preparare la sede chirurgica ad accogliere l'impianto. Mantenendo la centralità della preparazione riusciamo ad ottenere un'emergenza dell'impianto simile a quella del dente naturale estratto. Progressivamente con i bone expander induciamo l'aumento del diametro della sede implantare ed il contemporaneo dislocamento del pavimento del seno mascellare (Foto 40, 41, 42 e 43).



Foto 40

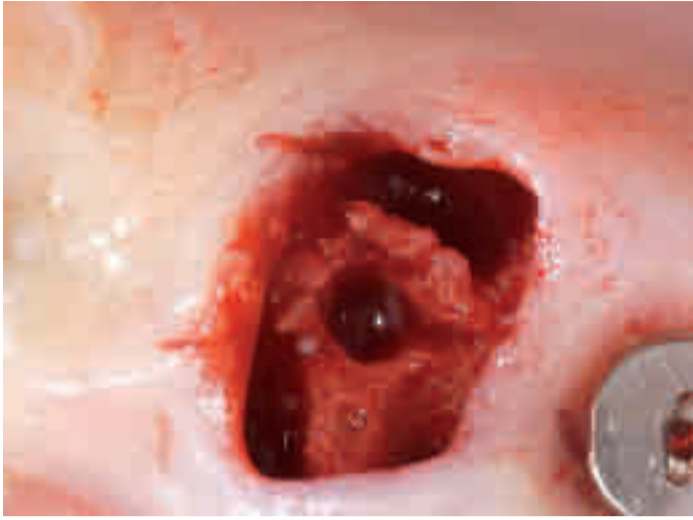


Foto 41



Foto 42

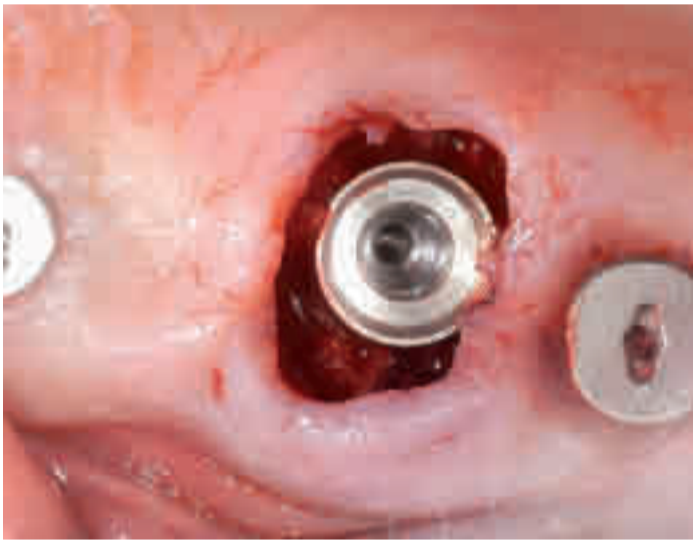


Foto 43

Una volta pronti anche gli ultimi impianti si procede con delle nuove impronte, questa volta di tipo intercettivo, utilizzando dei monconi precedentemente fresati sul modello del provvisorio in modo da ridurre l'eventuale disparallelismo e limitare pertanto lo stress meccanico al momento del disinserimento dell'impronta (Foto 44, 45).



Foto 44



Foto 45

Si esegue quindi un nuovo montaggio crociato sempre mantenendo le informazioni relative alla dimensione verticale e al rapporto oclusale.

Il laboratorio, colati i modelli, può procedere alla fresatura dei monconi con la tecnica A.M.A. e alla realizzazione delle strutture metalliche.

Nell'arcata superiore dove la riabilitazione è totale su impianti, la struttura viene realizzata in tre fusioni monoblocco sezionali associate a delle connessioni rigide individualizzate extracoronali.

Questo tipo di realizzazione ci assicura tutti i vantaggi di una connessione rigida "cross arch" superando però le inevitabili difficoltà tecniche nel realizzare una fusione monoblocco di 12-14 elementi (Foto 46).



Foto 46

Viene quindi eseguita in studio la prova delle strutture definitive con jig anteriore e cere di verifica dell'occlusione (Foto 47).



Foto 47

Viene successivamente eseguita la prova biscotto per il controllo delle forme, degli spazi d'igiene, dell'occlusione e delle disclusioni, dei punti di contatto, del colore. Viene eseguita un'ulteriore registrazione oclusale di controllo e il lavoro viene mostrato al paziente per l'approvazione (Foto 48).



Foto 48

Il lavoro torna in laboratorio per essere finalizzato e viene quindi consegnato al paziente (Foto 49, 50, 51, 52, 53 e 54).



Foto 49



Foto 50



Foto 56



Foto 51



Foto 57



Foto 52



Foto 53



Foto 54

Riteniamo utile migliorare ulteriormente l'aspetto del tessuto gengivale tra 11 e 21 questa volta con una tecnica di espansione della banda di mucosa cheratinizzata e mimando la papilla con un semplice innesto di tessuto prelevato in corrispondenza dei molari superiori di destra.

È visibile nelle foto il risultato a 2 mesi di distanza (Foto 55, 56 e 57).



Foto 55

Conclusioni

Il cambiamento nella soluzione protesica dalla protesi fissa su denti naturali alla protesi fissa su impianti ha posto nuova enfasi sul trattamento della ferita post-estrattiva. Preservare il volume dell'osso alveolare dopo un'estrazione facilita il successivo inserimento degli impianti e conduce ad un miglioramento del risultato protesico funzionale ed estetico anche dei siti che alloggeranno i pontics. Le tecniche di espansione della cresta ossea non sono quindi indicate solo per permettere l'inserimento di impianti di diametro adeguato in creste altrimenti troppo sottili, ma sono indicate anche per correggere situazioni anatomiche in corrispondenza di elementi intermedi della protesi così da migliorare l'estetica, la funzione e l'igiene. Molta importanza ha poi assunto la gestione della fase provvisoria sia prima della chirurgia implantare, per aiutare a preservare il volume e le forme dei tessuti molli, sia al momento del provvisorio su impianti, un provvisorio con dei contorni adeguati permette infatti di "condizionare" la gestione dei tessuti specie a livello degli elementi intermedi simulando il più possibile il contorno cervicale di un dente naturale. Una corretta pianificazione del caso, una chirurgia protesicamente guidata, tecniche chirurgiche adeguate ed una opportuna gestione dei tessuti gengivali e ossei permette quindi di realizzare riabilitazioni fisse, miste su denti e impianti, con risultati ottimali sia da un punto di vista funzionale che estetico.

GIOVANNI BATTISTA BRUSCHI

- Laureato in medicina e chirurgia, specializzato in odontoiatria. Già Assistant Professor del Prof. Martignoni presso il dipartimento di protesi della Boston University School of Graduate Dentistry.
- Ha pubblicato numerosi lavori scientifici su riviste nazionali e internazionali.
- Co-autore del libro "Implantologia Orale" edizioni Martina Bologna.
- Co-autore del libro "Implantoprotesi: il ripristino dell'omeostasi orale tramite restaurazioni singole" edizioni Martina Bologna.
- E' libero professionista in Roma con attività limitata alla chirurgia orale con particolare interesse per l'implantologia e chirurgia endodontica.

FABRIZIO BRAVI

- Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria 110/110 cum laude nel Luglio 1986 presso l'Università di Roma "La Sapienza", tesi sperimentale su compositi per posteriori.
- Frequenza nel dipartimento di Endodonzia della Clinica Universitaria di Roma "La Sapienza" dal 1986 al 1989.
- Frequenza a numerosi corsi di aggiornamento in Italia e all'estero, prevalentemente in parodontologia, implantologia e protesi.
- Pubblicazione di numerosi lavori scientifici su riviste nazionali ed internazionali; presentazione di relazioni ed abstracts a congressi nazionali ed internazionali.
- Libero professionista in Roma, si occupa di implantologia dal 1988.

CASE REPORT: Lo scopo è di mettere in risalto le tecniche endodontiche e adesive, dirette e indirette, per la terapia degli elementi gravemente compromessi nel settore posteriore, secondo la moderna visione della "minimally invasive techniques"^[1]

Dalla preparazione canalare simultanea al restauro post-endodontico degli elementi posteriori: tecniche conservative adesive con minimo sacrificio di dentina sana

Dottor Piero Alessandro Marcoli e Dottor Adriano Accorsi

Abstract

Gli elementi del settore posteriore dei 3 casi clinici riportati sono stati trattati endodonticamente con la tecnica della preparazione canalare simultanea (strumenti in Ni-Ti Mtwo Sweden & Martina), otturati tridimensionalmente con guttaperca termoplastificata secondo la tecnica dell'Onda Continua di Condensazione (Sistema E&QPlus Sweden & Martina)^[2], infine, in base alla quantità di struttura coronale residua, ricostruiti con tecniche adesive conservative: dirette, indirette del tipo overlay e con l'impiego di perni endocanalari in fibra di vetro per la realizzazione di un moncone pre-protetico.

Introduzione

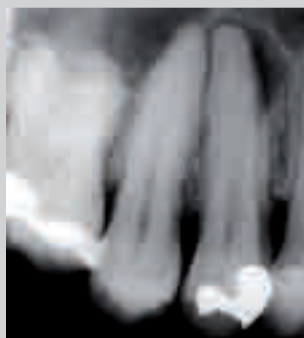
Il successo a lungo termine delle tecniche adesive conservative, dirette e indirette, per la ricostruzione post-endodontica degli elementi del settore posteriore è ormai ben documentato^[3,4]. In un recente passato la tecnica di scelta per il restauro post-endodontico diretto nei casi meno complessi era l'overlay in amalgama; obbligatoria era la ricerca di una macroritenzione con il conseguente sacrificio di tessuto dentale sano e con lo svantaggio di dover posizionare in camera pulpare un materiale con un coefficiente di espansione termica molto diverso dai tessuti dentari stessi. Il rischio di fratture coronoradicolarari era decisamente elevato. Nei casi più complessi, nei quali c'era la necessità di fornire un'adeguata ritenzione e resistenza al core del futuro

moncone, si prediligeva il trattamento con corona completa sostenuta da un perno prefabbricato o fuso. Oggi invece, grazie all'avvento e alle migliorate performances meccaniche delle resine composite ibride nanoriempite altamente caricate e dei perni in fibra di carbonio e di vetro, l'approccio può essere essenzialmente conservativo, utilizzando le affidabili tecniche adesive. Il dente integro, infatti, ha un'altissima capacità di resistere agli sforzi; questa caratteristica diminuisce proporzionalmente alla perdita di struttura sana.

Materiali e metodi

Gli elementi dentari del settore posteriore dei tre casi clinici presentati sono stati sagomati meccanicamente secondo la tecnica simultanea con gli strumenti Mtwo (Sweden & Martina) usando la sequenza "base" (dal 10/04 al 25/06) e la "rifinitura" apicale (30/05, 35/04, 40/04) nel caso il diametro apicale fosse maggiore di 0.25 mm. Con questa sistematica si ottiene una preparazione dei canali caratterizzata dal massimo rispetto dell'anatomia radicolare; l'adeguata troncoconicità consente di realizzare correttamente l'otturazione tridimensionale a caldo con la tecnica dell'Onda Continua di Condensazione, eseguita con il Sistema E&QMaster (Sweden & Martina). La fase successiva è quella della ricostruzione post-endodontica con tecniche adesive dei tre elementi trattati; in relazione alla quantità di dentina sana residua si sono attuati tre differenti approcci.

Caso n°1: Rx pre-operatorie e di chiusura



Caso n°2: Rx pre-operatorie e di chiusura



Caso n°3: Rx pre-operatorie e di chiusura



CASO CLINICO N° 1

È stato possibile effettuare un restauro adesivo conservativo diretto dell'elemento 14 utilizzando la resina composita ibrida nano-riempita ed altamente caricata AP+ e AP+FLOW (Sweden & Martina) in quanto la configurazione geometrica della cavità di 2° classe semplice (MO) e lo spessore alla base delle cuspidi $\geq 2,5\text{mm}$ garantiscono un successo duraturo nel tempo (Figura 7). Si è rimossa la guttaperca dal fondo della camera pulpare, è stata ricostruita la cresta marginale mesiale con composito AP+ (Figura 8), quindi si è applicato un sottofondo di 0,5-1 mm di spessore di AP+FLOW, composito fluido elastico; composito AP+ che è stato usato successivamente, stratificandolo, per terminare la parte più esterna del restauro che deve avere una ridotta usura sotto il carico masticatorio e un'elevata stabilità dimensionale (Figura 9).



Figura 7



Figura 8



Figura 9

CASO CLINICO N° 2

Per la ricostruzione dell'elemento 47 si è optato per un restauro conservativo indiretto tipo overlay in composito cementato con tecnica adesiva; con questo sistema si ottiene il ricoprimento e la protezione di tutte le cuspidi non collegate dalle creste marginali, riducendo la quantità di struttura dentale sana da rimuovere rispetto al trattamento tradizionale con una corona completa. Le fasi cliniche per la realizzazione dell'overlay hanno previsto la realizzazione del build-up con il composito microibrido AP+ per colmare i sottosquadri e permettere l'allestimento di un intarsio di spessore omogeneo, poi la preparazione della cavità che deve essere caratterizzata da: angoli interni arrotondati, 10° di divergenza verso l'esterno delle pareti 1,5 - 2 mm di abbassamento verticale delle cuspidi da ricoprire e della superficie occlusale, 1 - 1,5 mm di riduzione vestibolare e linguale delle pareti senza biselli, margini del restauro non coincidenti con i contatti occlusali (Figure 10 e 11). In una seconda seduta è stato controllato il manufatto protesico e cementato adesivamente con lo stesso composito fotopolimerizzabile con il quale è stato eseguito il build up. Questo sistema consente di rimuovere accuratamente tutti gli eccessi di materiale, soprattutto in zona interprossimale, prima di procedere alla polimerizzazione; si evitano così lunghe e difficili manovre di finitura (Figura 12).



Figura 10



Figura 11



Figura 12

CASO CLINICO N° 3

Per il restauro post-endodontico dell'elemento 25 mancano i fattori naturali di ritenzione e resistenza del dente: assenza di cerchiaggio a 360° in particolare sul lato D, DV e DP dell'elemento, assenza della cresta marginale distale, ridotto spessore alla base delle cuspidi e ridotta altezza verticale delle pareti V e P e infine assenza di un'ampia e profonda camera pulpare. È stato quindi necessario utilizzare come sistema di ritenzione endocanalare del core del moncone due perni in fibra di vetro. Con lo strumento in Ni-Ti Mtwo Post 55/06 (Sweden & Martina) è stata rimossa la guttaperca nei due canali V e P arrivando fino al terzo medio per mantenere il sigillo apicale, quindi si sono scelti i due perni troncoconico-cilindrici in fibra di vetro Mtwo Post (Sweden & Martina) di diametro in punta adatto per ottenere la loro stabilità primaria nel canale (Figura 13). Si è proceduto poi alla cementazione con tecnica adesiva dei due perni usando il composito ibrido auto-foto Virage Dual A3 (Sweden & Martina) che ci ha permesso di ricostruire anche il moncone (Figura 14). Infine nella stessa seduta è stato possibile eseguire la preparazione protesica per il ribasamento di un provvisorio pre-limatura preparato in precedenza (Figura 15). Dall'immagine Rx del restauro ultimato (Figura 6) si può apprezzare come grazie al sistema Mtwo Post File sia il perno ad adattarsi perfettamente alla morfologia del canale e non viceversa, senza la necessità di asportare ulteriore dentina radicolare sana per il suo alloggiamento, riducendo così il rischio di fratture radicolari.



Figura 13



Figura 14



Figura 15

Discussione

La ricostruzione post-endodontica con tecniche adesive conservative presenta successo a distanza per vari motivi. L'utilizzo di strumenti meccanici a conicità aumentata in Ni-Ti per la preparazione dei canali radicolari permette di risparmiare dentina interassiale a livello della giunzione amelo-cementizia e alla base delle cuspidi residue; le cavità d'accesso sono generalmente di dimensioni minori rispetto a quanto richiedeva la sagomatura manuale, con un miglioramento della biomeccanica dell'elemento trattato^[5]. L'utilizzo, come nel I caso clinico, di una tecnica conservativa adesiva diretta solo quando la struttura coronale residua e lo spessore alla base delle cuspidi lo permettono: configurazioni geometriche di cavità di I o II classe semplici (MO/OD) con almeno una cresta marginale integra e con spessore delle cuspidi a livello della cej di almeno 2,5-3 mm^[6]. Se i due parametri sopra esposti non sono soddisfatti, come nel II caso clinico, si deve optare per un restauro conservativo indiretto del tipo onlay (con ricoprimento delle cuspidi che hanno uno spessore residuo < 2,5-3 mm e/o con perdita della cresta marginale M/D che le collega) o overlay (con ricoprimento cuspidale totale) in materiale composito o ceramica integrale cementato con tecnica adesiva. A differenza di quanto può accadere nella preparazione per una corona completa, non necessita né di perni per la sua ritenzione intracoronale, né di asportazione di smalto e dentina coronale sani dall'esterno. L'insuccesso più frequente del restauro pre-protetico con perni in fibra è la decementazione: il basso modulo di elasticità può determinare un affaticamento meccanico del legame adesivo all'interfaccia dentina radicolare-cemento composito.

Come nel III caso clinico, bisogna quindi utilizzare alcuni accorgimenti al fine di migliorare la durata del legame adesivo. La detersione deve essere mirata e massimamente rispettosa della residua dentina radicolare, lasciando almeno 5 mm di guttaperca a partire dal forame; questo per il mantenimento del sigillo apicale. Suddetta preparazione è resa più facile dall'uso dello strumento Mtwo Post file 55/06 (Sweden & Martina) che, grazie alla sua conicità e diametro in punta, non altera la sagomatura del canale ottenuta con la sequenza base di strumenti rotanti Mtwo (Sweden & Martina). Il posizionamento di perni endocanalari in fibra di carbonio o di vetro, tipo Mtwo Post (Sweden & Martina), caratterizzati da una forma conico-cilindrica che si adatta alla troncoconicità del canale preparato. Questi perni presentano un modulo di elasticità di 15-20 MPa, molto simile a quello della dentina, per assorbire ogni tipo di tensione laterale sotto carico, riducendo il rischio di una sua decementazione e rottura. Il perno in fibra rappresenta quindi un fattore additivo di ritenzione e resistenza agli stress laterali per il core del futuro moncone o build-up; dovrebbe essere usato solo quando risulta insufficiente

la combinazione dei tre principali fattori strutturali di ritenzione e resistenza della sostanza dentaria sana residua di un dente trattato endo e ridotto per la preparazione protesica. Questi fattori sono: presenza di cerchiaggio cervicale \geq di 1,5-2 mm per ottenere l'effetto ferula, di parete (sostanza dentale verticale) estesa per oltre il 75-80% dell'altezza del moncone e con uno spessore minimo di almeno 1 mm, infine la profondità della camera pulpare, valutabile solo negli elementi pluriradicolati^[8].

Conclusioni

I 3 casi clinici evidenziano come la metodica Mtwo (Sweden & Martina) abbia fornito un protocollo standardizzato e predicibile per il recupero endo-conservativo degli elementi del settore posteriore maggiormente danneggiati. La sequenza di alesatura canalare e di rifinitura apicale con strumenti in Ni-Ti a conicità aumentata consentono di effettuare un trattamento endodontico in modo semplice e con una metodica completamente meccanica. Talvolta esigenze di ritenzione e di resistenza agli stress laterali del core del futuro moncone o build-up consigliano il posizionamento di perni in fibra; l'apposito Mtwo Post File 55/06 consente di preparare l'alloggiamento dei perni endocanalari in fibra di carbonio e di vetro Mtwo Post senza un'ulteriore rettifica di dentina sana. Questa metodica ha permesso quindi il superamento del pericoloso dogma del passato, secondo il quale era il canale radicolare che doveva essere preparato per adattarsi al perno prefabbricato o moncone fuso. Una consuetudine di questo tipo poteva causare insuccessi, sia legati all'eccessivo assottigliamento delle pareti canalari che alla microinfiltrazione; quest'ultima poteva determinare un cedimento primario del cemento di fissaggio, con conseguenti micromovimenti della corona sul moncone e quindi sul perno. Cosequenza finale dello stress prodotto sulla radice: la frattura^[9].

Risultati

I 3 pazienti sono stati ricontrollati con Rx endorali ad almeno 6 mesi dalla fine del trattamento. In tutti i casi si è avuto il successo della terapia endodontica ortograde (scomparsa/assenza di patologie periapicali, con presenza di una normale lamina dura, e nessuna sintomatologia clinica) (Figure 16 e 17). Si è riscontrato inoltre anche il successo delle procedure ricostruttive adesive post-endodontiche che non hanno presentato recidive cariose, ulteriore perdita di sostanza dentaria sana (grazie all'efficace protezione delle cuspidi residue), fratture corono-radicolari verticali e decementazioni del restauro.

Bibliografia

1. Van Meerbeek B et al., Adhesive and cements to promote preservation dentistry. *Oper Dent*, 2001. 6: p. 119-44.
2. Marcoli PA, La preparazione canalare con la tecnica simultanea. *La metodica Mtwo*. *Il Dentista Moderno*, 2005(6): p. 49-61.
3. Becciani R et al., La biomeccanica del dente trattato endodonticamente. Implicazioni cliniche. *Dental Cadmos Dossier Endodonzia*, 2002. 1: p. 15-32.
4. Becciani R, et al., Ricostruzione postendodontica di denti compromessi. *Dental Cadmos Dossier Conservativa*, 2004. 2: p. 1-21.
5. Buchanan L.S., The standardized-taper root canal preparation. Part 1. Concepts for variably tapered shaping instruments. *Int Endod J*, 2000(33): p. 516-29.
6. Krejci I, et al., The future of direct and indirect restorations in 3^o International Kurary Symposium. 1999: Granada. p. 259-65.
7. Fichera G, et al., Restauri estetico-adesivi indiretti: modello per diagnosi di configurazione cavitaria. *Il Dentista Moderno*, 2003. 2: p. 21-57.
8. Fichera G, et al., Restaurativa post-endodontica con perni in fibra. Indicazioni e tecnica operativa. *Il Dentista Moderno*, 2005. 11: p. 23-57.
9. Nicholls J, Biomechanics of failure of compromised endodontically treated tooth. 2003: Secondo congresso ECO Verona.



Figura 16



Figura 17



Figura 18

PIERO ALESSANDRO MARCOLI



- Nato nel 1956, laureato in Medicina e Chirurgia nel 1980, specializzato in Odontostomatologia nel 1984.
- Socio Attivo dell'Accademia Italiana di Conservativa dal 1986 e membro del Consiglio Direttivo nel triennio 2007-2009.
- Socio attivo della Società Italiana di Endodonzia dal 1987, membro del Consiglio Direttivo dal 1996 al 2005 e Segretario • Tesoriere da gennaio 2000 a giugno 2005.
- Socio attivo della Società Italiana di Odontoiatria Conservatrice dal 1991.

- Socio fondatore, membro del Consiglio Direttivo dal 1998 ed attuale presidente eletto della Società Italiana di Traumatologia Dentale.
- Socio attivo dell'European Society of Endodontics dal 1997.
- Socio effettivo amici di Brugg dal 2008.
- Nell'A.A. 1989/90 titolare per "contratto" dell'insegnamento di Odontoiatria Conservatrice e nell'A.A. 1991/92 professore a contratto di Endodonzia presso il CLOPD dell'Università di Brescia.
- Nell'A.A. 2006/2007 professore a contratto di Microendodonzia Clinica e Chirurgica Università degli Studi di Roma "la Sapienza".
- Dall'A.A.1998/99 ad oggi professore a contratto di Endodonzia CLSOPD dell'Università di Parma.
- Autore di 78 pubblicazioni scientifiche.

ADRIANO ACCORSI



- 2001 Diploma di maturità Scientifica presso il Liceo Belfiore di Mantova con voto di 100/100.
- 2007 Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università di Parma con voto di 110/110 e lode.
- Dal 2007 ad oggi svolge l'attività di medico frequentatore presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma

nella sezione di Odontostomatologia.

- Dal 2008 ad oggi esercita l'attività di collaboratore presso il Centro Odontostomatologico di Asola (Azienda Ospedaliera C. Poma di Mantova) e in alcuni studi privati in provincia di Parma e Mantova dedicandosi maggiormente all'endodonzia, conservativa e alla chirurgia estrattiva semplice e complessa.

Mini impianti: un case report

Dr. Davide Ballini, Dr. Matteo Altini, Odt. Stefano Giunta, Ass. Erika Mezzanotte

Abstract

Il caso illustra la procedure chirurgiche e protesiche per l'utilizzo di mini impianti con tecnica a lembo in zona mandibolare interforamina e per la realizzazione di una overdenture mandibolare a supporto mucoso - implantare.

Introduzione

Rispetto ad una protesi rimovibile a totale supporto mucoso, una overdenture impianto supportata presenta notevoli vantaggi in termini di funzione e comfort masticatorio, fonetico e psicologico per il paziente.

Materiali e metodi

Anche se i protocolli per l'utilizzo dei mini impianti in zona interforamina sono notevolmente semplificati rispetto a quelli per gli impianti standard, vi sono alcune valutazioni preliminari da effettuare.

- *La cresta ossea residua deve possedere uno spessore di almeno 3,5mm, altezza di almeno 10 mm e si deve disporre di uno spazio protesico tra gengiva e base del dente di almeno 5 mm.*
- *La disposizione ideale prevede l'impiego di 4 mini impianti in zona interforamina, simmetrici rispetto alla linea mediana, equidistanti tra loro e distanziati di almeno 7 mm, con i pilastri posteriori posizionati ad una distanza di sicurezza di 5 mm dal forame mentoniero.*
- *I mini impianti, per poter effettuare un carico immediato, devono avere torque di inserimento superiore a 35 N/cm, così da minimizzare il rischio di micro movimenti durante le prime fasi carico.*
- *La tecnica di inserimento flapless è sicuramente da privilegiare, ma, in presenza di alcune caratteristiche anatomiche sfavorevoli della cresta residua (spessore, scivoli, sottosquadri), può essere opportuno adottare una tecnica a lembo.*

Discussione

Si presenta alla nostra osservazione la Sig.ra GS, di anni 76, portatrice di protesi totale superiore ed inferiore da circa 10 anni. Lamenta marcata instabilità della protesi inferiore e dolore alla masticazione a livello della cresta.

Il piano di lavoro proposto prevede la stabilizzazione della protesi inferiore tramite l'utilizzo di mini impianti e, in un secondo momento, il rifacimento di entrambe le arcate protesiche. La protesi inferiore viene ribasata per dare confort alla paziente e per ottenere un buon fit nei settori lateroposteriori, condizione indispensabile per non sovraccaricare i mini impianti con forze dislocanti durante le fasi di guarigione.

Il giorno dell'intervento si applicano sulla porzione vestibolare della protesi reperi radiografici (Figura 1) e si esegue una ortopantomografia digitale sezionale, limitata alla zona interforamina. Si valutano sull'immagine radiografica posizione di inserimento e lunghezza delle fixtures (Figura 2). Si esegue anestesia plessica. Nel caso in esame, la visione frontale ed occlusale della cresta edentula ed il sondaggio osseo rilevano la presenza di una cresta a lama di coltello (Figura 3 e 4), con uno spessore inferiore a 3,5mm; si decide pertanto di effettuare una chirurgia a lembo.

Viene eseguito il lembo di accesso con una estensione mesio-distale sufficiente ad inserire i mini impianti distali 5 mm anteriormente al foro mentoniero (Figura 5). L'apertura del lembo mette in evidenza una cresta molto rastremata: viene eseguito il rimodellamento della base ossea fino al raggiungimento di uno spessore sufficiente all'inserimento dei mini impianti (Figura 6). Per problemi di spessori esigui dovuti ad una concavità linguale molto accentuata, si decide di mesializzare la posizione di entrambi i pilastri distali e di utilizzare fixtures più corte di quelle programmate per minimizzare l'effetto di espansione trasversale della cresta che si verifica durante l'avvitamento.

Si eseguono le preparazioni dei siti distali (Figura 7) con fresa dedicata di diametro 2 mm a circa 800 rpm con abbondante irrigazione fino al raggiungimento della lunghezza desiderata: in caso di osso denso il sito osteotomico va preparato per tutta la lunghezza della parte filettata dell'impianto, in caso di osso di densità modesta o scarsa il clinico dovrà valutare una adeguata sot-

topreparazione per garantire un elevato torque di inserimento. L'inserimento delle fixtures prevede 3 fasi: con il driver in plastica che funge da tappo alla confezione si ingaggia il mini impianto nella porzione coronale dell'osteotomia (Figura 8A) fino ad incontrare resistenza (Figura 8B).

A questo punto si disinserisce il driver e si procede con la chiave a farfalla in dotazione nel tray (Figura 8C): durante questa fase è ancora possibile modificare la direzione di inserimento. La terza fase prevede l'utilizzo di una chiave dinamometrica regolabile su valori di torque compresi tra 30 e 50 N/cm: se viene superato il valore di torque impostato la chiave flette, a questo punto il clinico può decidere se proseguire l'alloggiamento della fixture ad un valore più elevato o svitare l'impianto ed approfondire l'osteotomia. Il corretto utilizzo della chiave prevede di mantenerla in posizione con il pollice della mano d'appoggio sopra alla testa della chiave stessa e l'indice sotto al mento del paziente. Nella figura 8D si vede la chiave superare il preimpostato valore di 35 N/cm.

Una volta inseriti i mini impianti distali si misura lo spazio intermedio e si programmano le posizioni dei pilastri mediani (Figura 9). Si eseguono le preparazioni dei siti mediani e l'alloggiamento delle fixtures seguendo la stessa sequenza operativa (Figura 10). La foto 11 mostra l'effetto di espansione trasversale della cresta durante l'avvitamento, che in questo caso si traduce in una frattura superficiale della cresta ossea tra i due pilastri mediani. Dopo il completo alloggiamento delle fixtures si controlla il loro corretto posizionamento in senso coronario apicale: devono emergere dalla gengiva testa e collo in modo che vi sia lo spazio per alloggiare matrici e patrici senza compressioni sulla gengiva. Si esegue una sutura multistrato con punti a materasso evertente intervallati da punti staccati (Figura 12). La opt sezionale postoperatoria mostra i mini impianti inseriti (Figura 13).

Se è stato programmato un carico immediato, sulla protesi preesistente si creano con una fresa da laboratorio gli spazi per alloggiare le matrici, si controlla con psi o fit checker la completa passività sulle teste delle fixtures e che lo spazio sia sufficiente per la ribasatura (almeno 5 mm). Nel caso clinico presentato abbiamo eseguito una ribasatura con resina morbida Lang (Figura 14). Vengono date le istruzioni per la gestione del post operatorio e congedata la paziente.

A 7gg si rimuovono le suture e la guarigione monitorata settimanalmente (Figure 15, 16, 17). Dopo 3 mesi utilizzando impronte in alginato il tecnico realizza i cucchiai individuali; il protesista esegue il bordaggio (Hoxan) e l'impronta definitiva con Impregum (Figura 18). Il laboratorio sviluppa il modello in gesso con analoghi (Figura 19) sul quale produce una chiave in silicone che viene utilizzata dal protesista per verificare la corrispondenza del modello con la situazione clinica (Figura 20); eseguita la verifica, il laboratorio realizza le basi in resina (con armatura e/o matrici) ed i valli in cera per le altezze (Figura 21). Si provano le altezze, si regolano i piani occlusali e si rileva l'arco facciale (Figura 22) L'odontotecnico esegue il montaggio dei denti (Figura 23) e lo invia al protesista per le prove estetiche fonetiche e funzionali; vengono apportate le eventuali modifiche e realizzata la protesi definitiva.

Il clinico consegna le protesi controllandone il perfetto fit nei settori lateroposteriori ed eseguendo eventuali ritocchi occlusali (Figura 24). La foto 25 mostra il particolare delle matrici e dell'armatura della protesi inferiore.

Dopo 7 gg si rivede la paziente e si effettuano aggiustamenti occlusali. e/o ritocchi in zone di compressione mucosa.

Conclusioni

I mini impianti possono essere utilizzati come valido ausilio per la stabilizzazione definitiva di protesi totali inferiori in pazienti di età avanzata con cresta atrofica e con scarsa disponibilità economica e per la realizzazione di provvisori immediati durante il periodo di osteointegrazione degli impianti convenzionali. Un ulteriore utile applicazione di questo dispositivo è sicuramente la stabilizzazione di protesi parziali preesistenti con una distribuzione sfavorevole dei pilastri naturali

CASO CLINICO



Figura 1 Posizionamento dei reperi radiografici sulla protesi



Figura 3 OPT sezionale preoperatoria



Figura 4 Visione pre operatoria sul piano frontale

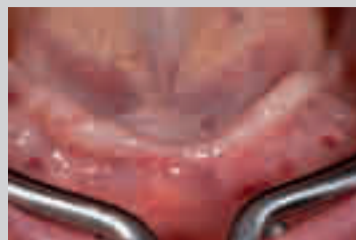


Figura 5 Visione pre operatoria sul piano oclusale



Figura 6 Apertura del lembo - valutazione della cresta



Figura 7 Aspetto della cresta dopo rimodellamento



Figura 8 Preparazione dei siti implantari distali

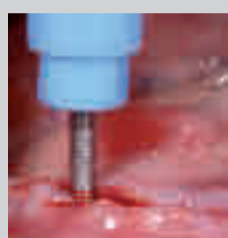


Figura 8A Inserimento del mini impianto con il carrier

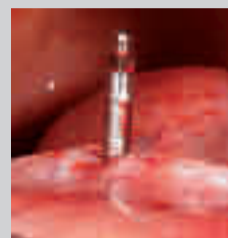


Figura 8B Impianto ingaggiato nel sito osteotomico prima dell'utilizzo della chiave a farfalla



Figura 8C Kit chirurgico



Figura 8D Avvitamento con chiave dinamometrica

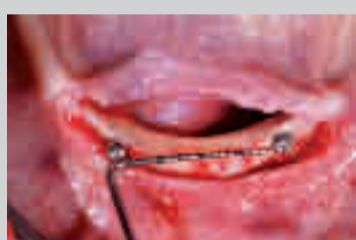


Figura 9 Mini impianti distali posizionati e misurazione della distanza interimplantare



Figura 10 Osteotomie mediane



Figura 11 Termine del posizionamento implantare



Figura 12 Sutura



Figura 13 OPT sezionale postoperatoria



Figura 14 Ribasatura con resina definitiva morbida



Figura 15 Aspetto della ferita dopo 7gg, rimozione delle suture



Figura 16 Aspetto della gengiva dopo 2 settimane



Figura 17 Aspetto della gengiva dopo 4 settimane



Figura 18 Impronta definitiva



Figura 19 Modello in gesso con analoghi



Figura 20 Verifica dell'impronta con chiave in silicone



Figura 21 Basi protesiche con matrici e armatura



Figura 22 Rilevazione dell'arco facciale



Figura 23 Montaggio in cera



Figura 24 Consegna, prove oclusali



Figura 25 Particolare delle matrici e dell'armatura

Alcune domande al Dr. Davide Ballini

Abbiamo posto ad uno degli autori alcuni quesiti che vengono spesso rivolti dagli operatori.

Dott. Ballini, quale ritiene sia l'applicazione d'uso prevalente per i minimi impianti?

Il mio modesto parere è che il principale campo di applicazione dei mini-impianti sia indubbiamente la stabilizzazione di protesi totali amovibili pre-esistenti in pazienti anziani con disponibilità economiche modeste.

Come valuta il concetto di mini-invasività?

Non considero la mini invasività come una saliente caratteristica di questo presidio terapeutico, dal momento che anche gli impianti convenzionali, se inseriti con tecniche flapless, garantiscono risultati paragonabili in termini di morbilità postoperatoria.

Considera semplice l'impiego dei minimi impianti?

"Minus non est Minor...". Sicuramente le procedure chirurgiche e protesiche sono estremamente semplificate, ma ritengo che i mini impianti possano esprimere il loro massimo potenziale nelle mani di clinici già esperti con i sistemi convenzionali.

Nel caso clinico illustrato nell'articolo, viene descritto una procedura con preparazione di lembi chirurgici. Quando utilizza i minimi impianti, quante

volte mediamente ricorre alla preparazione dei lembi e quante volte opta invece per una tecnica di inserimento flapless?

Diciamo che in linea generale adottiamo la tecnica flapless tutte le volte in cui la situazione clinica lo consente, anche per minimizzare il disagio post-intervento e l'incidenza delle complicanze associate alle tecniche a lembo (edema/ematoma). Ricordo che la maggior parte dei pazienti che si sottopongono alla procedura sono anziani, dove sappiamo che i processi di guarigione sono più difficoltosi, in aggiunta portatori di protesi amovibili con conseguente rischio di comparsa di ulcerazioni / decubiti postoperatori. Pertanto il protocollo clinico prevede il monitoraggio frequente e costante nel periodo postchirurgico.

Quali sono i fattori di scelta discriminanti?

Il fattore discriminante circa la possibilità o meno di ricorrere alla tecnica flapless è rappresentato fondamentalmente dall'anatomia ossea del sito operatorio. Tutte le volte in cui si rende necessario il rimodellamento intraoperatorio della cresta ossea residua (creste a lama di coltello, presenza di sottosquadri, spessore di cresta inferiore a 3,5 mm) si deve giocare/ricorrere alla tecnica a lembo.

DAVIDE BALLINI



Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria all'Università di Bologna nel 1999 con lode.

Corsi post-laurea:

Restauri con Materiali Compositi - Dr. Lorenzo Vanini (2001)

Creando l'Eccellenza Endodontica - Dr. Fabio Gorni (2001)

I Ritrattamenti Ortogradi - Dr. Fabio Gorni (2002)

Corso Formativo biennale di Parodontologia - Dr. Pierpaolo Cortellini, Prof. Maurizio Tonetti (2003-04)

Corso Teorico Pratico di Chirurgia Implantare - Dr. Roberto Barone - Dr. Carlo Clauser (2004-05)

Progressi ed Innovazioni nelle Procedure di Rialzo di Seno Mascellare - Dr. Stephen

Wallace (2005)

Corso Teorico Pratico di Implantoprotesi - Dr. Roberto Barone - Dr. Carlo Clauser - Dr. Nicola Oteri (2006)

Corso di Implantoprotesi - Dr. D. Capri - Dr. M. Zilli - Sig. R. Bonfiglioli (2006)

Master in Terapia Mucogengivale - Dr. Pierpaolo Cortellini, Prof. Maurizio Tonetti (2005-06)

Master in Tecniche Rigenerative in Parodontologia - Dr. Pierpaolo Cortellini, Prof. Maurizio Tonetti (2006-07)

Innovazioni in Chirurgia Implantare: dalla Rigenerazione al Posizionamento della Fixture - Dr. Diego Capri (2007)

Corso Clinico Operativo di Terapia Rigenerativa - Dr. Vittorio Ferri (2007)

Master in Terapia a Lembo in Parodontologia - Dr. Pierpaolo Cortellini, Prof. Maurizio Tonetti (2007-08)

Funzionalità Immediata dell'Impianto Osteointegrato: La Tecnica All On Four - Dr. Tiziano Tealdo (2008)

Innesti Ossei Intrasinusali - Dr. Ferdinando D'Avenia (2008)

Il trattamento mini invasivo del paziente edentulo - Dr. Tommaso Ravasini (2008)

La chirurgia avanzata assistita - Dr. Alan Rosenfeld - Dr. Tiziano Testori (2009)

Corso teorico pratico di chirurgia implantare guidata - Dr. Marco Rinaldi (2009)

MATTEO ALTINI



Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria all'Università di Bologna nel 1999 con lode.

Corsi post-laurea:

Restauri con Materiali Compositi - Dr. Lorenzo Vanini (2001)

Creando l'Eccellenza Endodontica - Dr. Fabio Gorni (2001)

Corso Formativo biennale di Parodontologia - Dr. Pierpaolo Cortellini, Prof. Maurizio Tonetti (2003-04)

gia - Dr. Pierpaolo Cortellini, Prof. Maurizio Tonetti (2003-04)

Corso Annuale in Protesi Fissa - Dr. Samuele Valerio (2004)

Corso Avanzato di Estetica in Composito - Sig. Daniele Rondoni (2004)

Bio-Architettura dei Settori Anteriori con Materiali Estetici - Sig. Daniele Rondoni (2006)

Il Trattamento dei Traumi Dentali nei Settori Anteriori - Dr. Lorenzo Vanini (2006)

Master in Terapia Mucogengivale - Dr. Cortellini, Prof. Tonetti (2005-06)

Master in Tecniche Rigenerative in Parodontologia - Dr. Pierpaolo Cortellini, Prof. Maurizio Tonetti (2006-07)

Master in Terapia a Lembo in Parodontologia - Dr. Pierpaolo Cortellini, Prof. Maurizio Tonetti (2007-08)

Disordini Cranio-Cervico-Mandibolari-Posturali - Dr. Antonio Patti (2008)

www.sweden-martina.it, per rimanere costantemente aggiornati

Nel nuovo sito web di Sweden & Martina potrete mantenervi informati sulle novità di mercato, sui corsi e nell'area download potrete scaricare i cataloghi prodotto, i manuali e la nostra rivista in formato elettronico. Inoltre tramite il sito potrete anche prenotare la vostra visita alla sede centrale di Due Carrare con il centro di produzione e i laboratori di sviluppo.



L'intervista al Dottor Luca Landi



Il Dottor Luca Landi, senza ombra di dubbio uno dei numeri uno dell'odontoiatria italiana e internazionale, gentilmente risponde ad alcune domande e descrive la propria vision sull'odontoiatria moderna.

Dottor Landi, Lei si è specializzato alla Boston University, e ha vissuto la realtà dell'implantologia negli Stati Uniti. Come paragona il mondo italiano a quello americano?

Ho avuto la fortuna di iniziare la mia esperienza implantare in una scuola parodontale prestigiosa e per di più negli Stati Uniti dove la didattica e la clinica sono da sempre fortemente dipendenti l'una dall'altra. Ho incontrato degli insegnanti che rappresentano ancora oggi dei punti di riferimento per la mia attività professionale come Il Dr. Hyman Smukler o il Dr. Thomas Van Dyke che nelle loro diverse competenze mi hanno lasciato in eredità un modo di pensare più che un modo di fare. Il loro incontro mi ha permesso di acquisire un forte background biologico nel momento stesso in cui iniziavo con le prime esperienze cliniche. La fortuna successiva è stata quella di tornare in Italia e confrontarmi con un mondo costituito da clinici di grandissimo livello e di ritrovare gli amici e colleghi Roberto Raia, Paolo Manicone e Stefano Piccinelli, con i quali abbiamo costituito lo Studio di Odontoiatria Ricostruttiva, che mi hanno dato la possibilità di mettere a frutto ciò che avevo imparato a Boston. Il mondo Nord Americano ha profonde differenze con il modello Europeo e ancor di più con quello Italiano per l'organizzazione del servizio sanitario, per l'influenza del terzo pagante sulle prestazioni erogate e inoltre per i modelli culturali di riferimento. L'Italia ha prodotto un significativo sforzo sia in termini qualitativi che quantitativi negli ultimi anni per annullare il gap che ci divideva dagli Stati Uniti e oggi probabilmente il livello clinico dei nostri operatori è di altissimo profilo e rappresenta in certi settori un modello di riferimento anche per gli Stati Uniti. Ciò nonostante credo che ancora molto ci sia da fare per annullare la grande differenza ancora esistente che riguarda il sistema didattico e di ricerca che negli Stati Uniti hanno mediamente un livello eccellente, sfornando clinici e ricercatori preparati che possono affrontare le sfide moderne con una migliore capacità rispetto ai nostri.

Dall'implantologia più prudente degli inizi si è arrivati oggi ad accettare come consolidate terapie post-estrattive, anche associate a carico immediato. Quali sono i limiti dell'implantologia?

Come ogni altra disciplina anche l'implantologia ha vissuto la sua stagione di sviluppo che fortunatamente è stata condotta con grande rigore scientifico da ricercatori sia nel Nord Europa (Svezia e Svizzera) che negli Stati Uniti. Questa fase ha permesso di comprendere bene i meccanismi biologici della osteointegrazione e di raggiungere una affidabilità forse ineguagliata in campo odontoiatrico. Successivamente il campo applicativo e le indicazioni si sono allargate trascinate anche dalle innovazioni nel campo della chirurgia ricostruttiva e della tecnologia con i sistemi di navigazione computer guidata e CAD-CAM. Inoltre l'implantologia è cresciuta anche come dignità scientifica con il raggiungimento di livelli di evidenza assoluta. Mentre è difficile definire a priori i limiti di questa disciplina, è importante però ricordare come l'utilizzo corretto delle procedure diagnostiche sia ancora l'elemento cruciale al fine di identificare quei soggetti maggiormente a rischio per un eventuale insuccesso. Questi devono essere l'oggetto delle future innovazioni in modo da assicurare risultati ancora più affidabili e predicibili.

Al di là degli insegnamenti fondamentali impartiti nell'ambito dei corsi di laurea, quale ritiene debba essere il percorso formativo di chi vuole diventare un esperto di implantologia?

Tornando alla mia prima risposta credo sia evidente che il mio giudizio sul sistema di formazione post-laurea del nostro paese sia non proprio positivo. In effetti una disciplina affermata come l'implantologia dovrebbe prevedere un background scientifico fin dagli inizi del curriculum professionale ed è già un segnale importante che nella prossima riforma del corso di laurea in odontoiatria sia stato introdotto lo studio di questa disciplina. E' vero però che l'interesse maggiore è per tutti quei professionisti che necessitano delle conoscenze teorico pratiche per applicare nella

loro attività quotidiana l'implantologia. La formazione di questi professionisti è più complessa sia per la ridotta disponibilità di tempo ma anche per l'insufficienza delle proposte didattiche attuali. Mi spiego meglio, assistiamo oggi al moltiplicarsi di corsi ed eventi formativi implantari che sono proposti nell'ottica del "mordi e fuggi" o del "poco, ma subito". Ritengo questo modello didattico non solo insufficiente ma controproducente per tutto il nostro sistema. È a mio avviso inopportuno accostarsi all'implantologia senza avere ricevuto solidi insegnamenti parodontali poiché dalla diagnosi alla gestione dei tessuti è la conoscenza di questi principi che costituisce l'elemento discriminante per il successo. Allo stesso modo ritengo indispensabile avere conoscenze protesiche senza le quali nessun impianto avrebbe speranza di essere utile al paziente in cui è stato inserito. Prendiamo ad esempio gli Stati Uniti: l'American Dental Association ha negato l'accREDITAMENTO ai corsi di specializzazione in Implantologia mentre ha riconosciuto e accreditato quei programmi di specializzazione in Parodontologia o in Protesi che prevedevano una forte presenza implantare nel curriculum didattico. Questo sottolinea come anche in un paese super specializzato come gli Stati Uniti si comprenda la necessità di dare una formazione organica e non frammentata. In parole povere potremo paragonare l'attuale panoramica ad un corso estivo di basket dove si voglia insegnare il tiro da tre punti senza essere sicuri che l'allievo sia in grado almeno di palleggiare! E' da sottolineare che attualmente lo sforzo principale è sulle spalle delle aziende e delle società scientifiche che molto stanno facendo ma che non possono certo da sole dare risposte esaustive al problema. Sarebbe quindi opportuno che venissero promosse e istituite, anche in Italia, delle vere e proprie scuole di specializzazione come avviene all'estero che possano affrontare l'iter formativo implantare in modo completo e corretto.

In che misura è necessaria l'interdisciplinarietà per chi si vuole avvicinare con sicurezza a questa materia?

Ritengo l'odontoiatria una branca della medicina e per tanto la sua azione deve essere valutata nella finalità del miglioramento delle condizioni di vita e salute del paziente. In questo senso non credo che sia possibile accostarsi o dedicarsi all'implantologia senza ricordarsi di essere prima di tutto odontoiatri. L'implantologia deve perciò essere integrata all'interno delle altre discipline come una nuova opportunità o un'alternativa e non come un'unica filosofia di trattamento. L'implantologo, come spesso viene definito chi mette gli impianti, non può non essere un odontoiatra che conosce perfettamente le finalità e le alternative di quel preciso progetto terapeutico. Si rischia altrimenti di creare figure che hanno magari competenza sul "come" ma poco o nulla sul "quando e perché" delle cose.

Ritiene importante il ruolo del "team" nell'approccio all'implantologia? In che misura il chirurgo orale o il parodontologo, il protesista, l'igienista, l'odontotecnico e l'assistente possono contribuire alla riuscita di una terapia?

Direi che questa è la chiave del successo delle nostre terapie. Molte volte tutti questi ruoli sono per necessità o per scelta racchiusi in un'unica figura che corrisponde a quello che in passato era definito il dentista generico. Oggi la tendenza è di costruire dei team complessi in cui le competenze cliniche specialistiche vengano affidate a specifici operatori. In questo caso la difficoltà maggiore nell'ottenere dei risultati è non già nella capacità realizzativa di un dato progetto ma, nella costruzione del progetto stesso, nella coordinazione e gestione delle varie fasi della terapia mantenendo sempre il paziente al centro di questo percorso. La comunicazione tra le varie figure che compongono il team è l'elemento che maggiormente richiede una sintonizzazione forte. Dico questo partendo dai 10 anni di esperienza fatta all'interno dello Studio di Odontoiatria Ricostruttiva dove insieme con Roberto Raia (Endodontista), Paolo Manicone (Protesista) e Stefano Piccinelli (Conservatore) e Alessandro Raia (Ortodontista) abbiamo messo a fuoco quelli che sono gli aspetti più importanti per una gestione efficace ed ergonomica dell'attività clinica. In questo team il ruolo dell'odontotecnico non può essere relegato in una posizione di mera subalternità ma, deve essere promosso su un piano di piena e fattiva collaborazione sulle scelte terapeutiche partendo dalle prime fasi diagnostiche fino alla consegna dei manufatti protesici. Lo stesso dicasi per le igieniste, che pur non contribuendo alle fasi di costruzione del progetto, sono fondamentali per assicurare il mantenimento nel lungo periodo dei risultati ottenuti.

LUCA LANDI

Il Dr. Luca Landi si laurea con lode in odontoiatria presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma nel 1991. Ufficiale odontoiatra nel reparto stomatologico del Policlinico Militare di Roma (1992-1993). Borsa di studio per studi e ricerche all'estero della Università degli Studi di Firenze (1994-96). Specializzazione in parodontologia (CAGS) presso la Boston University Goldman School of Dental Medicine (1994-1997). Presso la stessa Università è stato Clinical Instructor nel Dipartimento di Parodontologia fino al 1998. Già docente nel corso di perfezionamento in Chirurgia Orale presso l'Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia (1999-2002). Professore a contratto (2006-08) nel corso di laurea in Odontoiatria dell'Università degli Studi di Siena e docente nel

corso Master in Parodontologia Clinica nella stessa Università. Dal 2007 è docente nel Corso di perfezionamento in Implantoprotesi della Università di Napoli "Federico II". Socio attivo della European Academy of Osseointegration (EAO), dell'Academy of Osseointegration (AO) e della Società Italiana di Parodontologia (SIdP). Ha conseguito il titolo di Diplomate of the American Board of Periodontology (ABP) ed è membro dell'American Academy of Periodontology (AAP). Socio fondatore della BUIA (Boston University Italian Alumni) nella quale ha ricoperto il ruolo di segretario culturale dal 1999 fino al 2004 ed è stato membro del consiglio direttivo fino al 2008. E' autore di 16 pubblicazioni su riviste internazionali peer-reviewed. Ha presentato nella sessione Oral research presentation dell'Academy of Osseointegration nel 1998 ad Atlanta (USA) e nel

1999 a Palm Springs (USA). Ha tenuto relazioni in congressi nazionali e internazionali su temi implantari e parodontali. E' membro della commissione editoriale della SIdP per il biennio 2007-2009. E' coautore con il Dr. Roberto Raia del capitolo dal titolo i Rapporti Endo-parodontali del libro Endodonzia Contemporanea del Prof. F. Somma editore Masson Italia (2007) e del capitolo Osseous Resective Surgery del libro Advanced Periodontal Surgery del Dr. S. Dibart editore Wiley-Blackwell (2009). E' associato nello Studio di Odontoiatria Ricostruttiva in Roma e nella Dental Group Associazione Professionale di Verona dove svolge la libera professione dedicandosi esclusivamente alla parodontologia, alla implantologia e alla chirurgia orale.

L'intervista al Dottor Fabrizio Morelli



Come valuta il concetto di "implantologia protesicamente guidata"?

L'Implantologia Protesicamente Guidata, vede oramai diverse tecniche e vari software dedicati al riguardo, viene utilizzata da sempre più professionisti con notevoli vantaggi in termini di pianificazione del caso, di semplificazione chirurgica, di minor morbilità e quindi minor disagio e stress per il paziente, nonché di ottimizzazione dei risultati estetici della riabilitazione protesica, sempre nei limiti dei volumi ossei disponibili e dei rapporti intermascellari esistenti per ogni singolo caso.

Certamente però bisogna specificare che questa metodica, se utilizzata secondo la

modalità di chirurgia flapless, generalmente può essere applicata solo laddove non si debba procedere ad una ricostruzione ossea tridimensionale o ad una rigenerazione, diversamente, con tecnica a lembo tra-

dizionale, può anche essere usata per l'inserimento implantare, finalizzato alla successiva protesica, contestualmente alla chirurgia ricostruttiva ossea.

Altri casi più complessi, in termini di deficit ossei, non permettono in maniera predicibile una implantologia guidata, in quanto potrebbe non essere del tutto predicibile il risultato ottenuto al termine della chirurgia ricostruttiva ossea. Un limite alla maggior diffusione di questa metodica va ricercato nei costi ancora sensibilmente alti, e al fatto che non sempre le varie tecniche presenti siano semplici per i professionisti che decidono di iniziare ad usarle.

Oggi c'è la tendenza ad usare impianti corti, o a inserire impianti fortemente angolati, pur di sfruttare tutto l'osso disponibile e di non dover intervenire con pesanti interventi di rigenerazione. Quali sono i limiti di queste scelte? Qual'è la sua opinione a riguardo?

In letteratura esistono poche evidenze scientifiche a tal riguardo che abbiano un follow-up di almeno 5 anni, questo rende queste opzioni terapeutiche ancora non del tutto sovrapponibili in termini di predicibilità dei risultati ad altre tecniche più tradizionali. Per quello che riguarda l'implantologia ad impianti fortemente inclinati, va inoltre considerato che il più delle volte il profilo emergente e i risultati estetici non sono paragonabili ad una protesizzazione dove vengano rispettati i corretti rapporti tra i tessuti duri, i tessuti molli, e il manufatto protesico.

Secondo il mio punto di vista, questa tecnica va intesa per quello che è: una alternativa decisamente più economica che ci porta altresì ad evitare tecniche chirurgiche più complesse, ma comunque altamente predicibili, sacrificando in ogni caso i parametri quali il profilo emergente, il corretto asse protesico, la gestione estetica dei tessuti molli. Per quello che riguarda gli impianti corti, attualmente il limite inferiore di lunghezza di un impianto è stato portato ad 8mm

Impianti post-ex e riassorbimenti ossei verticali: una realtà oggi consacrata. Impianti post-ex e riassorbimenti ossei orizzontali: sempre nuove evidenze ci portano a considerare questa complicanza come un dato di fatto inevitabile. È possibile prevenire queste situazioni? Con che strumenti?

Le regole biologiche che regolano l'atrofia ossea che viene ad instaurarsi dopo una estrazione den-

taria, sono sufficientemente conosciute, ed esistono in letteratura numerose pubblicazioni a tal riguardo, oramai tutte concordanti sul fatto che ad esempio la parete vestibolare ossea si riassorbe maggiormente e più rapidamente di quella linguo-palatale, oppure che il riassorbimento orizzontale è più evidente e più rapido di quello verticale.

Per anni siamo stati convinti che l'implantologia post-estrattiva, in assenza di rigenerazione, potesse bloccare questo processo "funzionalizzando" l'osso, ma mentre una funzionalizzazione qualitativa è presente, specialmente con carico progressivo, intesa come orientamento delle trabecole ossee in funzione del carico, lo stesso non possiamo più dirlo per una funzionalizzazione quantitativa, intesa cioè come l'impianto che blocca o rallenta il riassorbimento osseo post-estrattivo.

Esistono oramai evidenze scientifiche che ci dimostrano come mentre difetti tra osso e impianto entro i 2 millimetri rigenerano spontaneamente anche senza materiale da riempimento, i volumi ossei intesi come diametri vestibolo-linguali si riducono nello stesso identico modo che noi posizioniamo o meno un impianto nell'alveolo disabitato. Attualmente quindi si tende ad utilizzare impianti di diametro leggermente più piccolo e a posizionarli in posizione più linguale o palatina per prevenire il maggior riassorbimento orizzontale. Certamente queste considerazioni vanno inoltre rapportate al biotipo osseo che rende più o meno evidente il maggior riassorbimento orizzontale descritto. Le varie tecniche rigenerative o di mantenimento dell'alveolo post-estrattivo sembrano contrastare in parte questa tendenza biologica, ma la considerazione che però si impone sta nella percentuale reale di BIC che l'impianto può avere all'interno di un materiale da riempimento che spesso funziona più come "scaffold" fine a se stesso piuttosto che come sostitutivo osseo che dovrà essere riassorbito e sostituito da osso neoformato, sappiamo infatti che se la percentuale di neoformazione ossea è inferiore al 25%, la sopravvivenza implantare risulta a rischio.

Lei oggi è presidente del gruppo di ricerca implantare. Come è nato questo gruppo e qual'è l'obiettivo che si prefigge?

Circa una decina di anni orsono, a Torino, un gruppo di professionisti compresi tra medici e tecnici, decise di iniziare ad incontrarsi una volta ogni tanto per discutere delle problematiche e delle varie tecniche riguardanti il vasto panorama implanto-protesico. Dopo un anno circa passato come "carbonari", con incontri vissuti più come occasioni di amichevole scambio di idee che come veri incontri scientifici, il GRI, valutato comunque il notevole livello di gradimento ottenuto, decise di formalizzare ufficialmente la propria posizione diventando a tutti gli effetti l'associazione che è tutt'ora. Dopo più di 100 eventi culturali organizzati, una decina di Simposi e 3 Congressi Nazionali, attualmente sta attraversando una fase di riorganizzazione, con un rinnovato Consiglio, un nuovo logo, e una modalità differente di organizzazione degli eventi culturali, l'ultimo in ordine di tempo è quello che ha visto il 16 maggio scorso, il Prof. Ugo Covani, e il Sig. Bonadeo come nostri relatori di indiscussa bravura e fama. L'obiettivo attuale è quello di estendere maggiormente a livello nazionale la propria sfera di influenza, organizzando eventi culturali appunto su tutto il territorio, magari assieme ad altre associazioni culturali

Quale ritiene debba essere l'impegno delle aziende produttrici di impianti nel futuro di questo settore?

Io ritengo che le aziende serie, che intendono quindi produrre dispositivi medici a valenza altamente scientifica, dovranno inevitabilmente sempre più, come d'altronde già viene fatto in molti altre nazioni, promuovere e favorire la collaborazione con le varie strutture universitarie, le uniche in grado di garantire un sicuro standard di ricerca scientifica per il miglioramento delle conoscenze in materia, l'unica strada da percorrere, ne sono assolutamente sicuro, per offrire sempre più anche un supporto di alto profilo ai vari professionisti che praticano l'implantologia.



G. Silvestri e il Prof. U. Covani



G. Gengaroli e il Sig. G. Bonadeo

Publicazioni scientifiche

Crespi R., Mariani E., Benasciutti E., Capparè P., Cenci S., Gherlone E., Magnesium-enriched hydroxyapatite versus autologous bone in maxillary sinus grafting: combining histomorphometry with osteoblast gene expression profiles in vivo, Journal of Periodontology, 2009; 80: 586-593

Dr. Roberto Crespi



Vi segnaliamo questo lavoro, recentemente apparso sul N° 4 (Vol. 80)/2009 di Journal of Periodontology, relativo a uno studio sperimentale effettuato dal Dott. Roberto Crespi, insieme al team del Prof. Gherlone, sull'uso del Sintlife (Finceramica) in rialzo di seno. Lo studio ha comparato l'esito istologico e istomorfometrico dell'impiego del Sintlife rispetto all'uso di osso autologo. È stato anche analizzato il profilo dell'espressione genica in vivo.

Lo studio è stato condotto su 15 pazienti che necessitavano di rialzo di seno bilaterale. In un lato della mascella la rigenerazione è stata effettuata con particolato osseo autologo

prelevato dal ramo ascendente della mandibola (gruppo controllo). Nel controlaterale è stato invece utilizzato particolato Sintlife Finceramica (gruppo test). Cinque mesi dopo l'innesto, ai pazienti sono stati inseriti 4 impianti, due per lato. In occasione della preparazione del sito degli impianti, sono stati carotati 4 saggi ossei, due per lato, ottenendo così 60 campioni biotipici da sottoporre a istologia: 30 di osso rigenerato con materiale autologo e 30 con Sintlife.

I pazienti al momento del prelievo presentavano tutti un quadro clinico favorevole, le guarigioni erano avvenute senza complicazioni, le radiografie mostravano corretta integrazione di tutti gli innesti.

I campioni prelevati sono stati sottoposti a valutazione sia istologica che istomorfometrica e statistica. Tali analisi hanno rivelato che il volume osseo rigenerato era equivalente nei

due casi, sebbene i campioni del gruppo controllo presentassero una quantità maggiore di osso vitale (= tessuto osseo mineralizzato e vascolarizzato) rispetto ai campioni del gruppo test, che presentavano una percentuale maggiore di osso non vitale (tessuto osseo mineralizzato ma che presenta al suo interno delle lacune osteocitarie).

Per comprendere meglio questo dato, sono state condotte delle analisi del profilo dell'espressione genica per studiare più approfonditamente il potenziale del Sintlife a livello biomolecolare, per comprenderne la capacità di indurre la formazione ossea, di potenziare l'attività osteoblastica e di regolare l'attività osteoclastica e la differenziazione cellulare.

Poiché gli osteoblasti danno origine unicamente a cellule ossee, e sono regolatori fondamentali del processo di differenziazione verso gli osteoclasti, responsabili del

riassorbimento osseo, sono stati analizzati i geni coinvolti nella differenziazione osteoblastica e nella formazione di matrice ossea, oltre a quelli che determinano la differenziazione e l'attività osteoclastica. Il risultato è che il Sintlife presenta una attività di formazione ossea simile o addirittura superiore, insieme ad una ridotta attività osteoclastogenica rispetto al materiale autologo.

Questo studio, molto complesso e avanzato, ha unito per la prima volta protocolli sperimentali così diversi fra loro quali quelli istologici e istomorfometrici con quelli di analisi del profilo dell'espressione genica, creando le premesse per nuove scoperte che consentono di comprendere meglio il funzionamento dei processi riparativi dell'osso.

Ugo Covani, MD, DDS, Roberto Cornelini, MD, DDS, Antonio Barone, DDS, PhD, MsC, Buccal Bone Augmentation Around Immediate Implants with and without Flap Elevation: a Modified Approach, The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants, Vol. 23, Number 5, 2008

Prof. Ugo Covani



Il Prof. Ugo Covani, assieme al Dr. Roberto Cornelini e al Dr. Antonio Barone, hanno pubblicato su JOMI un interessantissimo articolo.

Lo studio analizza i risultati clinici ottenuti con impianti Premium Sweden & Marti-

na in siti postestrattivi utilizzando una procedura flapless, comparati ai risultati ottenuti con la procedura con sollevamento dei lembi. Dieci impianti in altrettanti pazienti sono stati posizionati immediatamente dopo l'estrazione utilizzando la procedura con sollevamento dei lembi (gruppo controllo), 10 impianti in altrettanti pazienti con la procedura flapless (gruppo test); tutti i siti presentavano difetti ossei verticali trattati con materiali per la rigenerazione ossea; in tutti

i casi si è utilizzato una procedura chirurgica a 2 stadi, con riapertura dopo 6 mesi. Diciannove impianti si sono osteointegrati con successo, non mostrando più alcun difetto osseo, uno solo non ha presentato un'osteointegrazione sufficiente; in questo sito è stato posizionato in seguito un nuovo impianto, che si è integrato con successo. A sei mesi dall'inserimento degli impianti, si è riscontrato che la perdita ossea creale era di 0.3 ± 0.4 mm nei pazienti trattati con procedura stan-

dard con sollevamento dei lembi, e di 0.8 ± 0.9 mm nei casi di procedura flapless.

Il successo clinico dimostra che non esiste alcuna differenza nell'esito clinico tra la procedura flapless e la procedura con sollevamento dei lembi; tuttavia si è rilevato che in presenza di lembi il mantenimento osseo a livello creale è significativamente migliore che con tecnica a cielo coperto.

Parlano di noi

VI Europerio, Stockhol, June 4-6, 2009.

Luigi Canullo, Giuliano Iannello, Soren Jepsen, Carlo Maiorana, Implant restoration 3 months after one stage sinus lift surgery in severely resorbed maxillae: 2 year results of a multicenter prospective clinical study.

Durante il VI Europerio a Stoccolma il 4-6 giugno il Dr. Luigi Canullo ha presentato un interessante studio condotto con un totale di 67 impianti Global di largo diametro inseriti durante 30 procedure di rialzo del seno utilizzando un idrossiapatite di ultima generazione in casi di significativo riassorbimento della cresta ossea (valore medio dell'altezza della cresta ossea preoperatoriamente: 2,75mm SD: 1,08). Nonostante la letteratura consigli in questi casi riaperture dopo 6-9 mesi, si è proceduto alla scoperta delle fixture dopo soli 3 mesi. Dopo 1-2 settimane, è stata eseguita la protesizzazione definitiva degli impianti usando il concetto dello switching platform. Dopo 24 mesi di carico funzionale la percentuale di successo è stata del 97%, essendo stati persi due impianti al momento della scoperta. L'analisi di Risonanza di Frequenza (Osstell Mentor) è stata utilizzata per valutare la stabilità degli impianti al momento dell'inserimento, della scoperta e dopo due anni di carico protesico. I valori ISQ sono stati di 32,6 (SD: 9,1) al momento dell'inserimento, 70,06 (SD: 3,5) al momento della scoperta e 77,2 (SD: 5,04) dopo due anni di carico. Questo accurato studio dimostra l'affidabilità della superficie ZirTi e del concetto del platform switching applicato agli impianti Global anche in condizioni critiche come il rialzo del seno e il carico dopo soli 3 mesi dalla prima procedura chirurgica.

18° Annual EAO Meeting, Monaco, dal 30 settembre al 3 ottobre 2009

Per il terzo anno consecutivo, gli impianti Global saranno protagonisti al **18° Annual EAO Meeting**, che si terrà a Monaco dal 30 Settembre al 3 Ottobre 2009. Il comitato scientifico ha infatti selezionato il lavoro dei Dottori Luigi Canullo, Giuliano Iannello e Soren Jepsen dal titolo **"Matrix-metalloproteinases and bone loss at implants restored according to the platform switching concept: a randomized controlled trial on the influence of different mismatching"** per una presentazione in occasione della Sessione "Short Oral Communications 1". L'estratto verrà presentato direttamente dal Dott. Canullo, venerdì 2 Ottobre, nella sessione dalle 9.00 alle 12.15.

Echo Direct Bridge, protesi implantari individuali



La versatilità delle protesi individuali Echo si amplia e si migliora con una nuova soluzione per la protesi avvitata, il Direct Bridge. L'Echo Direct Bridge è un ponte implantare personalizzabile, basato sulla tecnologia CadCam, che consente di realizzare soluzioni avvitate direttamente alle connessioni implantari, senza necessità di abutment intermedi, con elevatissimi risultati estetici e funzionali. Il Direct Bridge si adatta perfettamente alle piattaforme implantari, sfruttando l'appoggio flat-to-flat, senza ingaggiarne le connessioni.

È possibile richiedere che i Direct Bridge vengano prodotti in titanio, in ossido di zirconio, ma anche in uno speciale polimetilmetacrilato indicato sia come chiave di controllo preliminare alla realizzazione della struttura in titanio o zirconio, sia per la realizzazione di provvisori di lunga durata.

La modellazione del Direct Bridge avviene attraverso una nuova funzionalità del software Custom Abutment che sarà a breve disponibile (aggiornamento gratuito) in tutti i centri Echo. Tale software consente sia di progettare virtualmente i dispositivi, a partire dalla scansione del modello e usufruendo

di una ceratura diagnostica della protesi finale, sia di duplicare un modello solido realizzato in laboratorio secondo le tecniche tradizionali. I Direct Bridge sono prodotti con attrezzature a controllo numerico di elevata precisione, in grado di garantire la perfetta

passività della struttura, tale da non indurre tensioni nell'avvitamento delle protesi.

I materiali utilizzati sono altamente biocompatibili, nel rispetto delle norme applicabili.



VANTAGGI IMMEDIATI

- perfetta adattabilità e precisione
- notevole risparmio nei tempi di lavorazione e manodopera
- dispositivi estremamente biocompatibili
- resistenza eccezionale, assenza di distorsioni e difetti
- massima personalizzazione della struttura per un risultato estetico ottimale
- la pianificazione elimina le fasi di prova riducendo i tempi delle sedute
- fresatura di precisione industriale
- disponibile per arcata completa

Cuba, Havana 20/29 marzo 2009



Anche quest'anno si è svolto all'Havana a Cuba lo stage pratico di chirurgia implantare su paziente, il corso operativo base di chirurgia implantare e implantoprotesi con interventi su pazienti. Il corso riservato a medici odontoiatri è stato organizzato e promosso dal Dott. Adriano Bobbio e dal Dott. Fabrizio Polato in collaborazione con il Centro Internazionale Ciren.



NOVITÀ

KIT M.I.S.E (Minimal Invasive Sinus Elevation) Sistema atraumatico per il rialzo del seno

Sweden & Martina è lieta di presentare il Kit M.I.S.E., il sistema atraumatico per il rialzo del seno, di cui è ora distributore unico. M.I.S.E. è una tecnica decisamente innovativa che consente in modo semplice, rapido e sicuro, il sollevamento atraumatico e graduale del seno mascellare sino a un'altezza di 5 mm oltre la situazione iniziale.

L'enorme vantaggio rispetto alle tecniche tradizionali con osteotomi è l'utilizzo di frese con parte lavorante da 5 a 13 mm che, grazie all'utilizzo di stop di profondità in 9 lunghezze diverse, consentono un sollevamento graduale e perfettamente predicibile (progressione di 1 mm per volta) scongiurando il rischio di perforazione della membrana e minimizzando il disagio per il paziente (assenza di percussioni).

Il montaggio/smontaggio degli stop è molto semplice e si effettua direttamente dalla testa dello strumento, senza dover rimuovere la fresa dal contrangolo, semplificando e riducendo notevolmente i tempi della procedura. Il kit M.I.S.E. rispetto alle altre tecniche che permettono l'inserimento di un solo diametro implantare, consente l'inserimento di qualsiasi impianto da 3,3 a 5 mm di diametro, a seconda se si tratti di impianti a vite o lisci. È una tecnica standardizzata che dimostra un'altissima percentuale di successi ed è quindi utilizzabile anche dal chirurgo meno esperto. È in calendario un nutrito programma di corsi tenuti dal Dr. Giorgio Carusi, durante i quali vengono illustrate le tecniche di utilizzo e la vasta casistica clinica disponibile. I materiali da innesto consigliati per il posizionamento dell'impianto sono dapprima il collagene, che imbibendosi di sangue facilita il sollevamento della membrana di Schneider, ed in seguito osso autologo o una miscela con sostituti ossei.

Il kit comprende frese e compattatori di tre diversi diametri (D3, D3,4 e D4 mm) e tacche di profondità da 5 a 13 mm, 9 stop da L 5 mm a L 13 mm, una sonda graduata con 5 incisioni al laser, un tray in alluminio completamente autoclavabile. Il design degli stop, con quattro alette laterali, assicura un'ottima ritenzione ed evita il rischio che lo stop scivoli dalla fresa durante l'uso.



CORSO: TECNICA M.I.S.E. (MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION): IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE

Relatore: Dr. Giorgio Carusi

CA475
CA476
CA477
CA478
CA479
CA480
CA481
CA482

25 settembre 2009
23 ottobre 2009
24 ottobre 2009
6 novembre 2009
7 novembre 2009
27 novembre 2009
28 novembre 2009
11 dicembre 2009

CINISELLO BALSAMO (MI)
GENOVA
TORINO
NAPOLI
PALERMO
ROMA
BARI
FIRENZE

La tecnica M.I.S.E. vanta già una vasta bibliografia nonché dei casi clinici documentati ed in via di pubblicazione.

I Centri di Eccellenza in Implantologia

Per continuare il reportage fotografico iniziato lo scorso anno, anche in questo numero pubblichiamo le foto di alcuni studi di eccellenza di implantologia che ci hanno spedito le loro foto, che si sono distinti per la continua e proficua collaborazione e per questo motivo hanno ricevuto come segno distintivo la targa d'eccellenza in implantologia. La crescita e lo sviluppo aziendale procedono parallelamente al perfezionamento di ciascuno dei centri odontoiatrici che per questo motivo sono stati insigniti della targa "Centro d'eccellenza in implantologia".



Castellani Federico e Giorgio, Verona



Salvatorino Lorello, Acquedolci (ME)

ERRATA CORRIGE

Lo scorso numero abbiamo pubblicato erroneamente in questa rubrica il nome del Dr. Pronesti. Il nome corretto è Claudio: ci scusiamo per il refuso.



Sulle Rotte dell'Odontoiatria a bordo della nave scuola Amerigo Vespucci



Da sinistra il C.V. Claudio Confalonieri (Comandante della nave scuola Amerigo Vespucci), il Gen. Saverio Conticelli e la Dr.ssa Grazia Zino



L'A.I. Pietro Tommaselli, Capo dell'Ispettorato sanità, Marina Militare



Si è svolto il 23 maggio 2009 il congresso "Sulle Rotte dell'Odontoiatria". Un successo in parte annunciato, ma che ha superato ogni aspettativa, che si è svolto a bordo della Nave Scuola Amerigo Vespucci, ormeggiata nell'Arsenale Militare di La Spezia. Organizzato dalla Marina Militare con la presenza di Sweden & Martina come unico sponsor, l'evento è riuscito a stimolare importanti spunti di approfondimento clinico, coinvolgendo relatori che si sono confrontati sui temi dell'Implantologia e dell'Endodonzia.



Calendario corsi giugno/ottobre 2009

CHIRURGIA

CA483G LA CHIRURGIA ORALE AMBULATORIALE: CRITERI PER LA CORRETTA PIANIFICAZIONE ED ESECUZIONE DELL'INTERVENTO

6 ottobre 2009 VIMERCATE (MI)
Dr. Alessandro Di Marco e Dr. Jason Motta Jones

CONSERVATIVA

CORSO TEORICO-PRATICO DI CONSERVATIVA. IL RESTAURO ADESIVO DIRETTO DEL DENTE ANTERIORE

6 e 7 novembre 2009 FOGGIA
Dr. Adamo Monari

ENDODONZIA

CF429 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA. LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE E L'OTTURAZIONE CON L'ONDA CONTINUA DI CONDENSAZIONE

4 luglio 2009 GROSSETO
Dr. Andrea Gesi

CF410 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA

17 e 18 luglio 2009, 23 e 24 ottobre 2009, 13 e 14 novembre 2009, 18 e 19 dicembre 2009 DUE CARRARE (PD)
Dr. Piero Alessandro Marcoli

CF411 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA

25 e 26 settembre 2009, 16 e 17 ottobre 2009, 6 e 7 novembre 2009 TODI (PG)
Dr. Andrea Gesi

CF435 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA

2 e 3 ottobre 2009 NAPOLI
Dr. Aniello Ingenito e Dr. Gianmaria Fabrizio Ferrazzano

CF412 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA. LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

16 ottobre 2009 MODENA
Dr. Piero Alessandro Marcoli

IMPLANTOLOGIA

CA465 DIFFERENTI APPROCCI CHIRURGICO-PROTESICI NELLA RIABILITAZIONE IMPLANTARE DELL'EDENTULIA TOTALE ATTUALE E/O POTENZIALE

3 e 4 luglio 2009 VILLA BARTOLOMEA (VR)
Dr. Alberto Becattelli e Dr. Leonello Biscaro

CORSO TP IMPLANTOLOGIA 1 E 9 AGOSTO 2009 BUFFALO - NEW YORK (USA)

Prof. Ugo Covani, Prof. Marco Dolci, Dott. Antonio Barone, Dott. Adriano Bobbio, Dott. Salvatore Di Martino

CA472 CORSO DI IMPLANTOPROTESI

18 e 19 settembre, 16 e 17 ottobre 2009, 30 e 31 ottobre 2009 ROMA
Dr. Gaetano Calesini

CA475 TECNICA M.I.S.E. (MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION): IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE

25 settembre 2009 CINISELLO BALSAMO (MI)
Dr. Giorgio Carusi

CA458 CORSO DI IMPLANTOLOGIA

26 settembre 2009, 17 ottobre 2009, 24 ottobre 2009, 13 e 14 novembre 2009, 11 e 12 dicembre 2009, 15 e 16 gennaio 2010 FOGGIA
Dr. Michele Ciuffreda e Dr. Luigi Minenna

CA445 CORSO TEORICO PRATICO AVANZATO DI IMPLANTOLOGIA. LA RIGENERAZIONE OSSEA E IL RIALZO DEL SENO MASCELLARE PER VIA CRESTALE PER LA GESTIONE DEI VOLUMI OSSEI INADEGUATI

28 settembre 2009, 5 ottobre 2009, 12 ottobre 2009, 19 ottobre 2009, 26 ottobre 2009 TORINO
Dr. Giuseppe Corrente

CA422 CORSO AVANZATO DI IMPLANTOPROTESI. TECNICHE SEMPLICI ATTUALI E PREDICIBILI PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'ECCELLENZA IN IMPLANTOPROTESI

1 e 2 ottobre 2009, 22 e 23 ottobre 2009, 20 e 21 novembre 2009 VIMERCATE (MI)
Dr. Stefano Conti e Dr. Angelo Sisti

CA443 IMPLANTOLOGIA VS ENDODONZIA

3 ottobre 2009 ROMA
Dr. Enzo Lamorgese e Dr. Agostino Scipioni

CA466 CORSO PRATICO SU TESSUTI ANIMALI DI IMPLANTOLOGIA AVANZATA

9 e 10 ottobre 2009 DUE CARRARE (PD)
Dr. Marco Csonka

CA467 CORSO DI IMPLANTOLOGIA CHIRURGICA E PROTESICA

12 e 13 ottobre 2009, 6 e 7 novembre 2009, 15 e 16 gennaio 2010 DUE CARRARE (PD)
Dr. Marco Csonka

CA424 CORSO AVANZATO DI IMPLANTOPROTESI. TECNICHE SEMPLICI ATTUALI E PREDICIBILI PER IL RAGGIUNGIMENTO DELL'ECCELLENZA IN IMPLANTOPROTESI

16 e 17 ottobre 2009, 23 e 24 ottobre 2009, 20 e 21 novembre 2009 TORINO
Dr. Stefano Conti e Dr. Angelo Sisti

CA476 TECNICA M.I.S.E. (MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION): IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE

23 ottobre 2009 GENOVA
Dr. Giorgio Carusi

CA469 CONGRESSO DI IMPLANTOLOGIA

23 e 24 ottobre 2009 LIDO DI CAMAIORE (LU)
Prof. Ugo Covani

CA477 TECNICA M.I.S.E. (MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION): IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE

24 ottobre 2009 TORINO
Dr. Giorgio Carusi

CA438 TERAPIA PARODONTALE NON CHIRURGICA: STRUMENTAZIONE MEDIANTE ULTRASUONI

24 ottobre 2009 TORINO
Dr. Alessandro Bermond Des Ambrois e Dr. Carlo Saccone

ORTODONZIA

CE230 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA ED INTERCETTIVA

26 settembre 2009 ROMA
Dr. Gianni Manes Gravina

CE231 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA ED INTERCETTIVA

17 ottobre 2009 SALERNO
Dr. Gaetano Ierardo

CE232 CORSO TEORICO-PRATICO DI ORTODONZIA CON LA TECNICA OCCLUS-O-GUIDE E NITE-GUIDE - 2° LIVELLO

24 ottobre 2009 ROMA
Prof.ssa Antonella Polimeni, Dr. Gianni Manes Gravina e Dr. Gaetano Ierardo

LASER

CD486 CORSO SUL CORRETTO UTILIZZO DEL LASER A DIODI IN ODONTOIATRIA

25 giugno 2009 PESARO
Dr. Pietro Odorisio

CD484 CORSO SUL CORRETTO UTILIZZO DEL LASER IN ODONTOIATRIA

18 settembre 2009 FANO (PU)
Dr. Pietro Odorisio

CD480 NUOVE PROCEDURE IN RIGENERAZIONE OSSEA LASER ASSISTITE

18 e 19 settembre 2009 GENOVA
Dr. Luca Lancieri

CD477 NUOVE PROCEDURE IN RIGENERAZIONE OSSEA LASER ASSISTITE

2 e 3 ottobre 2009 DUE CARRARE (PD)
Dr. Luca Lancieri

CD487 CORSO SUL CORRETTO UTILIZZO DEL LASER A DIODI IN ODONTOIATRIA

3 ottobre 2009 NAPOLI
Dr. Serpico

CD478 NUOVE PROCEDURE IN RIGENERAZIONE OSSEA LASER ASSISTITE

16 e 17 ottobre 2009 RIMINI
Dr. Luca Lancieri

CADCAM

CH100G SERATE CAD/CAM PER ODONTOIATRI. EVOLUZIONI SUL PROGRAMMA SOFTWARE ABUTMENT

8 luglio 2009 VIMERCATE (MI)
Alessandro Tortato

CH101G SERATE CAD/CAM PER ODONTOTECNICI. EVOLUZIONI SUL PROGRAMMA SOFTWARE ABUTMENT

9 luglio 2009 VIMERCATE (MI)
Alessandro Tortato

CA473 CORSO DI IMPLANTOPROTESI PER ODONTOTECNICI

23 e 24 ottobre 2009 ROMA
Odt. Roberto Canalis

CH099 CORSO ODONTOTECNICI

23 ottobre 2009 LIDO DI CAMAIORE (LU)
Prof. Ugo Covani

ASSISTENTI

CA471 CORSO ASSISTENTI

23 ottobre 2009 LIDO DI CAMAIORE (LU)

IGIENISTI

CA470 CORSO IGIENISTI

23 ottobre 2009 LIDO DI CAMAIORE (LU)
Prof. Ugo Covani

ODONTOIATRIA ESTETICA

CI114 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. BASE

11 luglio 2009 RONCADELLE (BS)
Dr.ssa Monica Arnelli

CI116 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. BASE

19 settembre 2009 BOLOGNA
Dr. Filippo Brighetti

CI117 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. BASE

3 ottobre 2009 TORINO
Dr. Giulio Maria Maggi

Congresso Nazionale dei Docenti di Discipline Odontostomatologiche e Chirurgia Maxillo Facciale alla "Sapienza" (Roma)

Nei giorni 22, 23 e 24 aprile 2009 presso il Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche dell'Università "Sapienza" di Roma, si è svolto il Congresso Nazionale dei Docenti di Discipline Odontostomatologiche e Chirurgia Maxillo Facciale che ha riscosso una ampia partecipazione di pubblico (circa 3500 persone), aziende, un ricchissimo programma di eventi culturali, nonché la presentazione di oltre 800 poster.

Nell'ambito delle sessioni workshop, ricordiamo quello dedicato alla ortodonzia intercettiva con dispositivi Occlus-o-Guide, Nite-Guide e Habit Corrector. La giornata ha rappresentato un momento importante di scambio culturale tra colleghi sull'argomento. La prima parte della mattinata ha visto come relatori i Dottori Gaetano Ierardo, afferente al gruppo di ricerca coordinato dalla Professoressa Antonella Polimeni, e Giovanni Manes Gravina che hanno relazionato rispettivamente sull'esperienza decennale e sulla versatilità nell'utilizzo di tali dispositivi nel trattamento ortodontico.

La seconda parte della mattinata è stata caratterizzata dall'illustrazione e discussione di casi clinici trattati con i suddetti dispositivi. Sono intervenuti vari relatori

che hanno arricchito la sessione con il loro contributo. Nell'ordine la Dottoressa Elena Grillo dell'Università di Milano, la Dottoressa Giuseppina Laganà dell'Università di Roma Tor Vergata, la Dottoressa Gaia Bompiani dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma, la Dottoressa Elena Di Palma dell'Università dell'Aquila, i Dottori Matteo Saccucci, Carla Mirra, Ruben Gemma e Desirée Tarantino della Cattedra di Odontoiatria Pediatrica di "Sapienza" Università di Roma.

Il workshop è stato frequentato da circa 60 colleghi che hanno animato la giornata con domande, commenti e scambi di opinioni con i relatori.

L'ennesimo successo di tali incontri dimostra, ancora una volta, l'ampio interesse nei confronti della ortodonzia intercettiva e in particolare la necessità di rendere gli interventi terapeutici più semplici e confortevoli senza tralasciare diagnosi di base ed efficacia clinica.

Dott. Gaetano Ierardo (Roma)



NEWS da Valencia: Sweden & Martina Mediterranea



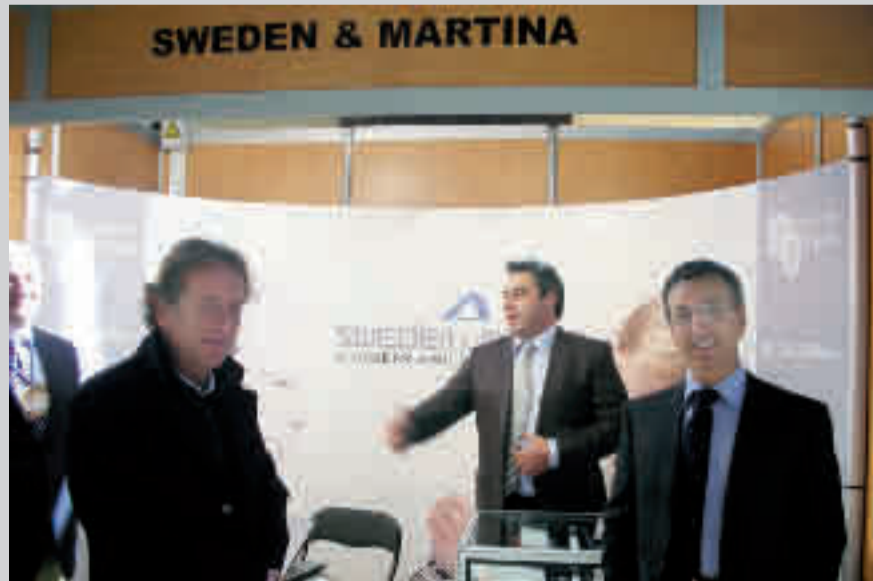
Il Dr. Filippo Brighetti (quarto da sinistra) ha tenuto a Valencia presso la clinica del Dr. Julio Pitarach (terzo da sinistra) il primo corso Spagnolo sull'impiego del riempitivo di acido ialuronico Kallistè. Il corso, frequentato da un primo gruppo di dentisti provenienti da tutta la Spagna, è stato successivamente replicato a Madrid presso la Clinica Quevedo del Dr. Sergio de la Torre (a sinistra nella foto).



Il Prof. Ugo Covani è stato invitato presso l'Università di Granada per una conferenza dal titolo "Carga immediata y cirugía post-extractiva". L'incontro, sponsorizzato da Sweden & Martina Mediterranea, è stato seguito da un nutrito gruppo di professionisti dell'Andalusia e ha gettato le basi per un possibile sviluppo scientifico congiunto tra i ricercatori Italiani e quelli Spagnoli. Nella foto il prof. Covani tra il Prof. Gerardo Moreu Burgos e il Prof. Maximino González-Jaranay Ruiz.



A marzo, nella splendida cornice della Sierra Nevada, si è tenuta la riunione annuale della forza commerciale della Sweden & Martina Mediterranea con lo scopo di continuare a formare ed aggiornare i venditori sui nuovi prodotti e a rafforzare lo spirito di team del gruppo iberico.



La città di Oviedo, in Asturias, è una delle zone di eccellenza dell'implantologia Spagnola dove annualmente si tiene un congresso Internazionale al quale quest'anno hanno partecipato i dottori Roberto Cornolini e Gaetano Calesini (nella foto).

Acqui Terme (AL): Corso sui trattamenti endodontici

Si è svolto nella giornata di sabato 16 maggio il corso teorico pratico sui trattamenti endodontici tenuto dalla Dottoressa Anna Giuliano che ha riscontrato successo tra i partecipanti e tra i promotori del progetto. La location è stata la sala corsi dello studio Oliveri in Acqui Terme (AL).

Il corso si è sviluppato seguendo sempre un'impronta di confronto e di tavola rotonda sugli argomenti trattati: l'endodonzia classica tradizionale, con i suoi punti cardine, da cui non si può prescindere, verso l'endodonzia moderna caratterizzata dai prodotti in NiTi.

Punti di discussione sono stati i molteplici strumenti presenti sul mercato, come e perché optare una scelta razionale, sempre sulla base di un'evidence based dentistry.

Il tutto senza mai tralasciare l'applicabilità clinica, dispensando piccoli consigli pratici dati dal lavoro sul campo e raccolti dall'esperienza di maestri di fama internazionale.

Il protocollo di utilizzo degli Mtwo è stato illustrato e sottoposto a domande da parte degli uditori per cercare di sviscerare i dubbi e le perplessità ed avvicinarsi alla parte pratica con l'obiettivo ben chiaro: come poter raggiungere il successo endodontico e standardizzarlo.

Dopo il break di mezzogiorno tutto è stato allestito per la parte pratica, articolata in due parti.

Durante la prima parte la Dottoressa Giuliano ha eseguito preparazioni endodontiche in ripresa diretta da microscopio su denti estratti e simulatori seguendo il protocollo Mtwo. Successivamente la parte pratica vera e propria per i partecipanti, coadiuvati dalle assistenti della Dottoressa Giuliano, la Signora Claudia Ferro e la signora Luisa Vartic.

Questo corso è nato dall'idea di un gruppo di persone accomunate da voglia di conoscere, fare, migliorare la propria attività, già svolta quotidianamente con passione e dedizione. Spesso attorno alle città universitarie, soprattutto quelle che hanno assunto un ruolo di primaria importanza (vedi Dental School) esistono realtà trainanti che mettono a disposizione corsi, continuing educations, serate monotematiche, su varie specializzazioni, dall'implantologia, alla conservativa, all'endodonzia, al management odontoiatrico etc.

Questo è ciò che manca nelle realtà di provincia; Sweden & Martina ha colto questa necessità e richiesta da parte degli operatori del settore.

L'azienda si propone infatti di dar spazio e far crescere professionalmente giovani medici e odontoiatri, che attraverso un impegno costante, studio e aggiornamento dimostrano conoscenza e serietà professionale, tali da colmare l'esperienza in campo clinico.



La Dottoressa Anna Giuliano



Il corso ad Acqui Terme (AL)



Alcuni momenti del corso



La partecipazione al Congresso dell'Associazione Amici di Brugg a Rimini

Un appuntamento che ormai è una piacevole consuetudine le tre giornate congressuali degli Amici di Brugg, alle quali Sweden & Martina quest'anno ha voluto partecipare con uno spazio espositivo che descrivesse i successi raccolti negli ultimi anni.



NUMERI UNO

Lo stato dell'arte in odontoiatria

Dentisti e... neoplasie maligne del cavo orale

È avvilente osservare come la maggior parte dei pazienti affetti da patologie neoplastiche del cavo orale giungano ai reparti specialistici quando il tumore è in fase avanzata. Molte volte è il paziente che contribuisce a tale ritardo diagnostico, ma spesso l'uso del collutorio prescritto per settimane dal farmacista di turno o dal medico di base con l'aggiunta dell'antibiotico indicato dal dentista di fiducia sono gli elementi fondamentali che rendono infausta la prognosi. Non possiamo più permetterci che la superficialità o l'ignoranza di molti giochino con la vita delle persone. L'aumento notevole dei tumori della bocca nelle varie forme cliniche e istologiche e in ogni età della vita, richiedono al dentista una particolare attenzione all'esame obiettivo del cavo orale in toto e di prescrivere un'ortopantomografia che permetta una valutazione generale delle ossa mascellari. In caso di dubbio diagnostico molti sono i colleghi di varie discipline in grado di dirimere l'incertezza (chirurghi maxillo-facciali, O.R.L., dermatologi, ecc.). Meglio una biopsia inutile che una diagnosi ritardata! Per scoprire un tumore bisogna conoscerlo e la preparazione specifica del dentista sull'argomento non è eccellente. Impegnamoci tutti a saperne di più. Partecipiamo con interesse ed entusiasmo a tutte quelle iniziative culturali che riguardano la patologia orale. Salvare una vita umana non ha prezzo!

Dott. Maurizio Franco (Castelfranco Veneto, TV)

I sistemi adesivi e l'operatore

La durata e la stabilità del legame adesivo dipendono da molteplici fattori. La ricerca ci suggerisce rigorosi protocolli clinici associati all'uso di un sistema adesivo in tre passaggi etch-and-rinse o in due passaggi self-etch. Entrambi gli adesivi permettono la creazione di un legame impermeabile, requisito imprescindibile per la longevità di un restauro. Allo stesso tempo tali sistemi richiedono scrupolosa e adeguata manipolazione da parte dell'operatore. Il protocollo clinico di applicazione rappresenta infatti un momento cruciale ed imprescindibile al fine di raggiungere il successo clinico nel tempo. Fattori come il corretto isolamento del campo operatorio, il rispetto dei tempi e delle modalità di applicazione, la corretta polimerizzazione sono alcuni dei parametri indiscutibili per il mantenimento del restauro adesivo nel tempo.

Prof. Lorenzo Breschi, Trieste

La riduzione dei tempi di trattamento in implantologia

L'implantologia, entrata ormai con piena dignità scientifica e clinica fra le discipline odontoiatriche, sta oggi segnando una vera e propria rivoluzione dei piani di trattamento odontoiatrici. Da un lato tutte le discipline tradizionali, dalla parodontologia all'endodonzia, alla conservativa cominciano a confrontare i risultati clinici delle loro terapie con quelli degli impianti ed affrontano il dibattito nelle loro riviste e nei loro eventi culturali, dall'altro l'implantologia acquisisce sempre di più le connotazioni di una disciplina protesica perdendo le sue connotazioni chirurgiche. Non c'è, infatti, dubbio che la protesi dentaria, tradizionalmente intesa come sostituzione protesica delle corone dentarie, affronta oggi il problema della sostituzione protesica dell'intero complesso corono-radicolare, nel monoimpianto come nella sostituzione dell'intera arcata dentaria. Un ruolo speciale in questa rivoluzione è rappresentato dagli impianti post estrattivi immediati, che rappresenterà in futuro la soluzione implanto-protesica più diffusa poiché è assai probabile che diventerà la soluzione di scelta ogni qual volta si creerà l'indicazione all'estrazione dentaria.

Dr. Roberto Cornelini, Rimini

Redazione
"Numeri UNO" esse & emme news magazine periodico trimestrale di informazione, cultura, aggiornamento scientifico e anteprime sui prodotti per l'odontoiatria e l'odontotecnica di Sweden & Martina S.p.A.

Anno 2, numero 4
aprile/giugno 2009

Editore
Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto 10
Due Carrare (PD)
Tel. +39 049 912.43.00
Fax +39 049 912.42.90
www.sweden-martina.it

Direttore editoriale
Pier Francesco Rupolo

Coordinamento editoriale
Valeria Bonotto
vbonotto@sweden-martina.it

Direttore scientifico
Glorianna Zangiacomì

Direttore responsabile
Valentina Visentin

Progetto e direzione grafica
Pier Francesco Rupolo

Stampa
Peruzzo Industrie Grafiche S.p.A.
Via M. Polo, 10/12
35035 Mestrino (PD)

Redazione e proprietà
Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto, 10
35020 Due Carrare PD Italia
Tel. +39 049 912.43.00
Fax +39 049 912.42.90

Hanno collaborato a questo numero:

Adriano Accorsi	Maurizio Franco
Matteo Altini	Anna Giuliano
Davide Ballini	Stefano Giunta
Alberto Becattelli	Gaetano Ierardo
Leonello Biscaro	Luca Landi
Adriano Bobbio	Salvatorino Lorello
Claudio Bosisio	Carlo Malnati
Fabrizio Bravi	Piero A. Marcoli
Lorenzo Breschi	Francesco Marraffa
Giovanni B. Bruschi	Erika Mezzanotte
Luigi Canullo	Marina M. Minuzzi
Federico Castellani	Fabrizio Morelli
Giorgio Castellani	Andrea Nicolis
Marco Cesarotto	Marina Pavarin
Roberto Cornelini	Nicola Petrillo
Ugo Covani	Fabrizio Polato
Roberto Crespi	Massimo Soattin
Isabella D'Angelo	Alessio Terziani
Antonello Di Felice	Leonardo Trombelli

Registrazione c/o Tribunale di Padova
n° 2140 del 15/05/2008

Form di abbonamento gratuito a "Numeri UNO" esse & emme news magazine

Dopo aver compilato il coupon che trovate qui di seguito, inviatelo in busta chiusa per posta ordinaria a Sweden & Martina S.p.A., Via Veneto 10, 35020 Due Carrare (PD), o via fax al numero 049 91.24.290

nome _____ cognome _____

indirizzo _____

c.a.p. _____ città _____ provincia _____

tel. _____ fax _____ cell. _____

email _____ P. IVA _____ cod. fisc. _____

E' già cliente Sweden & Martina?

SÌ

NO

Sono interessato a ricevere copia cartacea della rivista

Sono interessato ad iscrivermi alla newsletter di Sweden & Martina

Sono interessato a ricevere la visita di uno specialista di prodotto _____

Sono interessato a venire a visitare l'azienda

Sono interessato a pubblicare un case report su Numeri UNO

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ex D. Lgs. 196/03

firma _____