

PREMIUM DAY
XI CONGRESSO Nazionale
di implantoprotesi integrata

NUMERI UNO

ESSE&EMME NEWS MAGAZINE N° 9

febbraio/giugno 2011

022011

→ **Dr. Fabio Gorni e Dr. Filippo Cardinali**
Recupero endodontico nel rispetto dell'anatomia originale e conservativo nel rispetto del tessuto dentale residuo di un 46

→ **Dr. Marco Csonka**
Tecnica "Simple" e Carico Immediato di una cresta mandibolare edentula

→ **Dr. Luigi Canullo**
Switching Platform: la nuova frontiera dell'implanto-protesi

→ **Prof. Lorenzo lo Muzio**
Foggia, la Facoltà di Odontoiatria proiettata tra ricerca e didattica

→ **10 Recensioni di nuove pubblicazioni scientifiche**

Il Numero Uno è ancora più avanti

Se la Qualità vi ha impressionato,
la Letteratura Scientifica vi stupirà.

numeri uno è il magazine di


sweden & martina

2011 PREMIUM DAY

XI CONGRESSO Nazionale di implantoprotesi integrata

9, 10 e 11 GIUGNO 2011

TEATRO CONGRESSI PIETRO D'ABANO
Largo Marconi, 16 - 35031 Abano Terme - Padova
www.sweden-martina.com

GIOVEDÌ 9 GIUGNO 2011

Corso Pre-Congressuale Sala plenaria, Teatro Congressi "Pietro d'Abano"

09:00 Implantoprotesi: il buono, il brutto, il cattivo
Gaetano Calesini - Leonello Biscaro - Roberto Canalis - Massimo Soattin

VENERDÌ 10 GIUGNO 2011

SESSIONE ODONTOIATRI

08:30 Registrazione Partecipanti
09:00 Apertura dei lavori e benvenuto - Sandro Martina, Ugo Covani

Limiti terapeutici del trattamento parodontale

Presidente di sessione: Ugo Consolo

09:30 Biomateriali biomimetici nel trattamento dei difetti parodontali: studi clinici e istologici
Michele Figliuzzi
10:00 Trattamento parodontale preliminare del candidato agli impianti
Daniele Cardaropoli
10:30 Innovazioni in chirurgia parodontale ricostruttiva: semplice ed efficace
Leonardo Trombelli
11:00 Coffee Break

Mantenimento dei tessuti

Presidente di sessione: Guido Macaluso

11:30 Variabili che influenzano i risultati negli impianti immediati
Daniele Botticelli
12:00 Il ruolo della programmazione protesica nel piano di trattamento implanto-protesico
Gaetano Calesini
12:30 La morfologia cervicale degli impianti: scelta ragionata nelle diverse situazioni cliniche
Ugo Covani
13:00 Lunch Break

Protesi: Funzione ed Estetica

Presidente di sessione: Gaetano Calesini

14:30 La protesi su monconi a preparazione verticale
Ezio Bruna
15:00 Razionale per l'utilizzo di soluzioni avviate in implanto-protesi
Leonello Biscaro
15:30 Minimo impatto biologico. Riorganizzare i protocolli chirurgici e protesici per aumentare le potenzialità del platform switching
Luigi Canullo
16:00 La protesi cementata come scelta primaria
Stefano Valbonesi
16:30 Pianificazione prechirurgica e tecnica Simple: le vere chiavi di successo per un carico immediato predicibile
Marco Csonka
17:00 Accorgimenti protesici nell'estetica implantare
Gianluca Paniz
17:30 Conclusione giornata
20:00 **Cena di gala - Due Carrare (PD)**

SESSIONE ODONTOTECNICI

08:30 Registrazione Partecipanti

Protocolli operativi innovativi: nuove tecnologie e nuovi materiali oppure tradizione vs innovazione. Quale futuro?

Presidente di sessione: Giuseppe Lucente

09:30 Edentulia totale - protocollo operativo
Reginaldo Bartolloni
10:15 Implantoprotesi: Limiti e strategie operative nell'era delle nuove tecnologie
Roberto Canalis
11:00 Coffee Break
11:30 Protocolli protesici "innovativi": metodica del modello unico nei casi implantari complessi su carico immediato
Massimo Soattin
12:15 Odontotecnica Software-Assistita
Gianni Bonadeo
13:00 Lunch Break
14:30 Protocolli tradizionali fondamentali nelle tecniche innovative: codifiche e variabili
Stefano Petreni
15:30 L'apporto di nuove tecnologie e dei nuovi materiali nelle riabilitazioni implanto-protesiche complesse
Marco Stoppaccioli, Giuliano Vitale, Graziano Giangiuliani
16:30 L'impatto delle nuove tecnologie nella mia quotidianità
Ettore Morandini
17:30 Conclusione lavori

SESSIONE IGIENISTI

Presidente di sessione: Annamaria Genovesi

09:30 Teamwork per il successo e il mantenimento delle soluzioni implantoprotesiche
Olivia Marchisio
10:15 Rischio genetico e controllo chimico del biofilm nel paziente implantare
Alberto Emiliani
11:00 Coffee Break
11:30 Nuova glicina: trattamento airpolishing per controllo meccanico della placca nella gestione dei pazienti implantari
Paolo Paganin
12:15 Il laser a diodi nelle patologie parodontali e perimplantari
Gianluca Bozzolo
13:00 Lunch Break

Presidente di sessione: Olivia Marchisio

14:30 Il laser a diodi nella pratica quotidiana dell'igienista
Giuseppe Chiodera
15:30 Ruolo dell'igienista dentale nel mantenimento del trattamento implantare
Paola Gavoglio
16:30 La parodontologia come medicina orale: attualità nella ricerca scientifica
Fortunato Alfonsi
17:00 Conclusione lavori

SESSIONE ASSISTENTI

08:30 Registrazione Partecipanti

Presidente di sessione: Stefano Paci

09:30 L'implantologia dentale tra passato e futuro
Stefano Paci
10:30 Staff odontoiatrico: orientamento in implanto-protesi
Alessandro Zini
11:30 Coffee Break
12:00 La comunicazione e la compliance come presupposto essenziale del lavoro di team nel piano di trattamento del paziente sottoposto a intervento implantare
Olivia Marchisio
13:00 Lunch Break
14:30 La gestione della componentistica implantare
Claudio Bosisio
15:30 Il mantenimento della protesi mobile
Annamaria Genovesi
16:30 Conclusione lavori

SABATO 11 GIUGNO 2011

SESSIONE ODONTOIATRI

09:00 Registrazione Partecipanti

Riduzione dei tempi di trattamento

Presidenti di sessione: Ugo Covani, Daniele Botticelli

09:30 Tecniche di chirurgia plastica parodontale: dai denti naturali agli impianti
Roberto Abundo
10:00 Rigenerazione ossea e tempi di trattamento
Carlo Maiorana
10:30 La riabilitazione a carico immediato in implanto-protesi: "Vantaggi per il clinico e benefici per il paziente"
Franco Bengazi
11:30 ARG: Post-estrattivi immediati e carico immediato
Alfonso Baruffaldi
12:00 Coffee Break Rinforzato
12:15 Criteri diagnostici e valutazione post operatorie delle tecniche di Bone Splitting (MBS) e sollevamento del seno con approccio crestale (RASL)
Lorenzo Garagnani
12:45 La Tecnica M.I.S.E. nel trattamento implantoprotesi
Giorgio Carusi
13:15 La tecnica R.O.C. ovvero la ricostruzione ossea combinata laser assistita
Luca Lancieri
13:45 Evoluzione e potenzialità delle tecniche di split crest e rialzo di seno localizzato nella riabilitazione implanto-protesica
Michele Tagliani
14:15 Conclusione lavori
14:30 Premiazioni I Premio Roberto Cornellini

VIENE INDETTO IL 1° PREMIO ROBERTO CORNELINI

Per concorrere i partecipanti dovranno sottoporre un poster su uno dei quattro ARGOMENTI seguenti: Carico Immediato; Impianti post-estrattivi; Implantoprotesi software assistita; Impianti associati a terapie rigenerative.

Il testo del poster dovrà essere preventivamente sottoposto alla valutazione della Commissione Esaminatrice, inviandolo ENTRO il 2 marzo 2011 alla segreteria organizzativa tramite posta elettronica, posta prioritaria, posta celere o corriere. Per maggiori informazioni visitare il sito www.sweden-martina.com nella sezione Eventi o contattare l'Ufficio corsi ed Eventi al numero 049.91.24.300.



04

Nuova tecnica implantare
Studio preliminare del follow-up a 13 anni dell'impianto pterigoideo
Dr. P. Ferdeghini, Dr. A. Baccharini



07

Case report
Mini dental implants classificazioni e linee guida
Dr. A. Mascolo, Dr.ssa I. Cecchini



10

Case report
Identificazione della morfologia del terzo apicale
ai fini del successo endodontico
Dr.ssa N.M. Ferrarese, Dr. Balzano N.M., Dr. Carli P.O. e Dr. Tocchio C.



12

Case report
Recupero endodontico nel rispetto dell'anatomia originale e
conservativo nel rispetto del tessuto dentale di un 46
Dr. F. Gorni, Dr. F. Cardinali



15

Intervista
Switching Platform: La nuova frontiera dell'impianto-protesi
Dr. L. Canullo



16

Novità di mercato
Nuove misure della gamma Premium Kohno



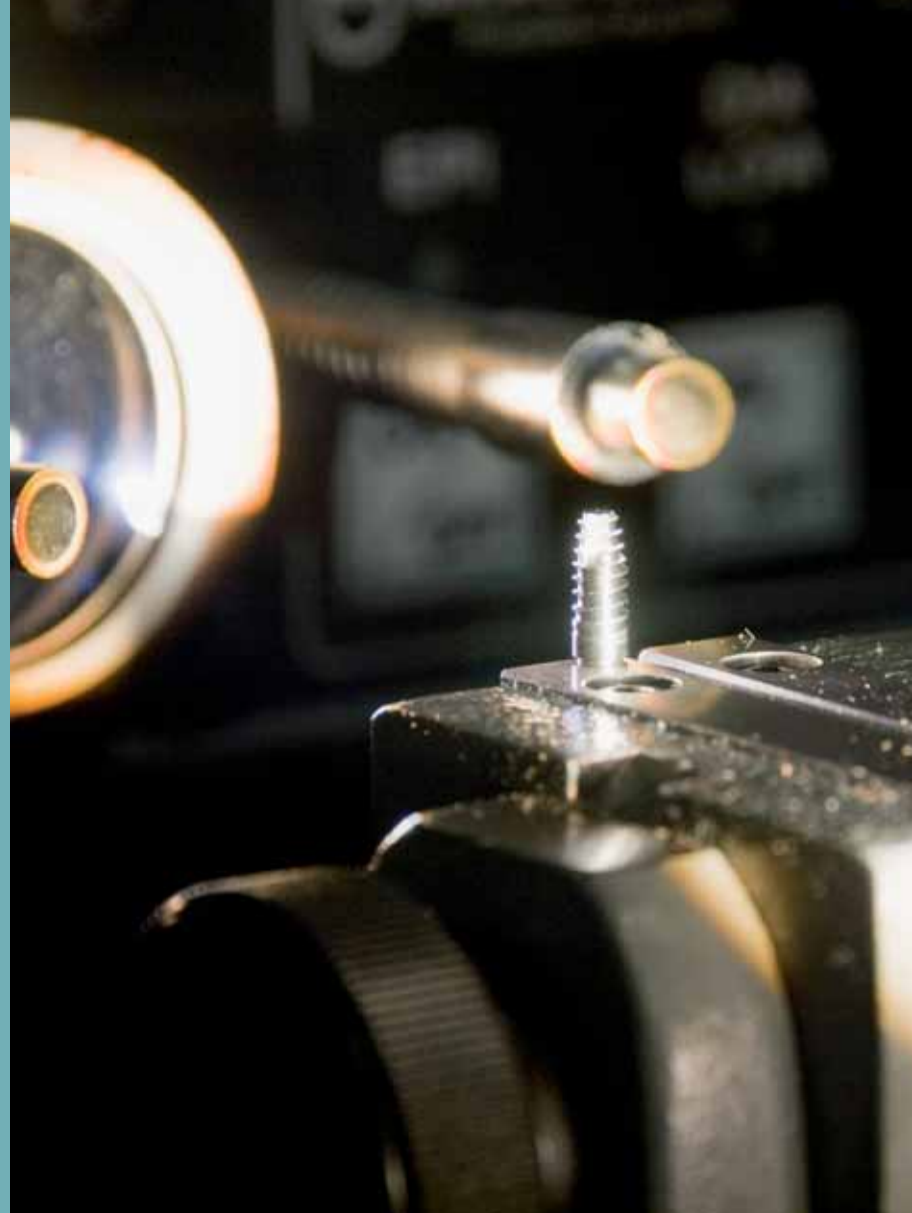
18

Case report
Tecnica "Simple" e Carico Immediato di una
cresta mandibolare edentula
Dr. M. Csonka



20

Intervista
Foggia, la Facoltà di Odontoiatria proiettata tra ricerca e didattica
Prof. L. Lo Muzio



22

Eventi



25

Novità di mercato
DBE System: La tecnica di espansione
progressiva del Dr. Grosso



26

Recensioni



29

Novità di mercato
Echo2



30

Calendario corsi 2011



32

Stato dell'arte in Odontoiatria





Dr. Paolo Ferdeghini

Laureato in Odontoiatria e protesi dentaria. Responsabile del reparto di odontoiatria della Clinica San Carlo dal 1996 al 2006, libero professionista a Milano



Dr. Alessandro Baccarini

Laureato in Odontoiatria e protesi dentaria, già Tutore Universitario al reparto di spec. Istituto Stomatologico Italiano, libero professionista a Milano.

Studio preliminare del follow-up a 13 anni dell'impianto pterigoideo

RIASSUNTO

I risultati delle riabilitazioni implanto-protesi del mascellare atrofico mediante impianto pterigoideo (**fig. 1, 2 e 3**) sono stati analizzati in un periodo di 13 anni. L'analisi, trasversale alle scelte protesiche, ha dimostrato la validità della tecnica nel tempo.



Fig. 1. Dettagli anatomici della sede dell'impianto pterigoideo si riconosce: la tuberosità mascellare (1), la lamina pterigoidea mediale (2) e la laterale (3), la porzione triangolare dell'osso palatino (4) che concorre a formare la fossa pterigoidea sede dell'apice dell'impianto, i fori palatino maggiore ed accessori sede di vasi e nervi omonimi (5).

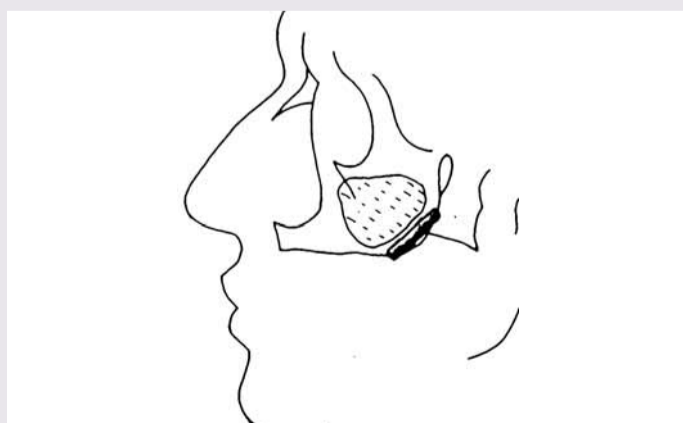


Fig. 2. Disegno schematico dei rapporti con le strutture anatomiche adiacenti: supero-medialmente con il seno mascellare con il quale il corpo della fixture può essere solo in contiguità, parziale fenestrazione o attraversare completamente l'antro sino a raggiungere posteriormente le lamine; inferiormente osso tuberale per i due terzi craniali, osso sfenoidale, per il terzo apicale nella fossa pterigoidea nello spessore della aponevrosi muscolare dello pterigoideo interno (mediale) ed il tensore del palato.

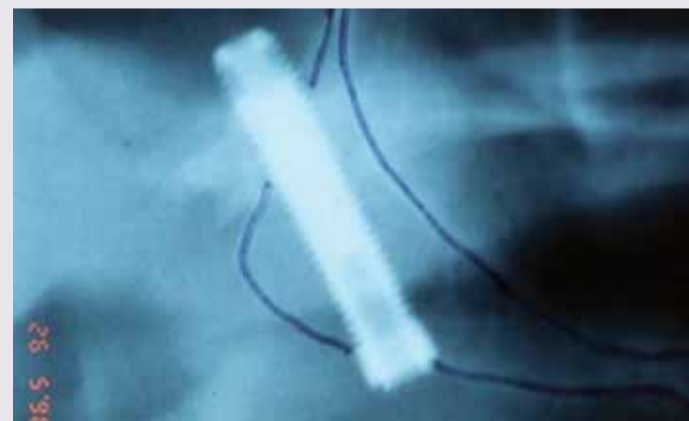


Fig. 3. Quadro radiografico (panoramica) dell'impianto in situ. La tomografia non permette di apprezzare l'inclinazione latero-mediale dell'impianto utile a raggiungere le lamine partendo dalla tuberosità.

INTRODUZIONE

La riabilitazione del mascellare postero-superiore atrofico nell'era della moderna implantologia ha rappresentato una difficile sfida alla quale i clinici hanno risposto con una moltitudine di tecniche:

- rialzo di seno con biomateriale od osso autologo;
- innesti inlay-onlay di cresta iliaca o calvaria;
- impianti corti;
- impianti inclinati mesialmente;
- utilizzo di siti ossei extraorali mediante l'impiego dell'impianto pterigo-mascellare (**fig. 3, 4**)

I risultati a lungo termine (13 anni) delle riabilitazioni protesiche ottenute con quest'ultima tecnica sono oggetto di questo studio.



Fig. 4. Impianto in situ.

MATERIALI E METODI

È stato condotto uno studio multicentrico su 659 pazienti con edentulia mascellare distale mono o bilaterale: 565 pazienti (fig. 5, 6, 7 e 8) si presentavano in classe V, 94 classe IV (fig. 9) (classificazione secondo Cawood-Howell).



Fig. 5.
Caso clinico di mascellare atrofico con progressiva implantologia fallimentare (anno 1998)



Fig. 6.
Riabilitazione con impianti pterigoidei dopo 10 anni di carico.



Fig. 7.
Edentulia mascellare associata a riassorbimento classe V secondo C.H., risolta con impianto pterigoideo, risultato a 7 anni.

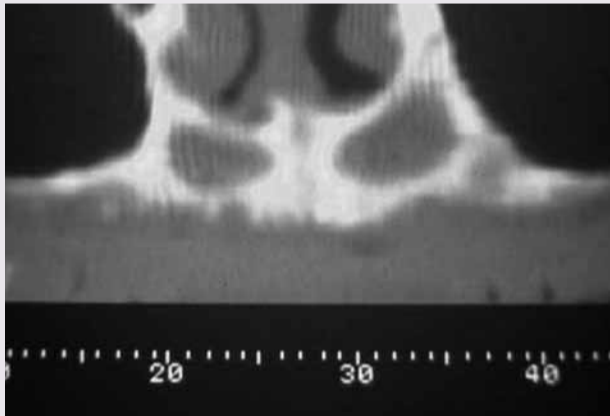


Fig. 8.
Edentulia mascellare associata a riassorbimento classe V secondo C.H., risolta con impianto pterigoideo, risultato a 7 anni.



Fig. 9.
Edentulia mascellare associata a riassorbimento classe V secondo C.H., risolta con impianto pterigoideo, risultato a 7 anni.

La qualità dell'osso extraorale non ha potuto essere parametrata mancando in letteratura un criterio classificativo.

I criteri di esclusione dal protocollo chirurgico riabilitativo sono stati quelli dell'implantologia tradizionale: grave nefropatia, diabete non compensato, cardiopatia ischemica, patologia neoplastica in trattamento, terapia radiante in corso, severi disturbi della coagulazione.

Nel periodo 1996-2009 sono stati inseriti 1059 impianti pterigo-mascellari secondo il protocollo Cerea-Ferdeghini: 400 pazienti (59%) hanno ricevuto un impianto bilaterale, 259 pazienti (41%) un impianto monolaterale.

La percentuale di impianti osteointegrati alla riapertura è stata del 98%; 21 impianti presentavano mobilità, un impianto si è perso per una precoce infezione post-operatoria.

La soluzione protesica non è stata standardizzata. Il clinico ha quindi potuto scegliere, in funzione del grado di atrofia del premascellare, dalla presenza di elementi naturali recuperabili o altri impianti, varie soluzioni riabilitative: (fig. 10)

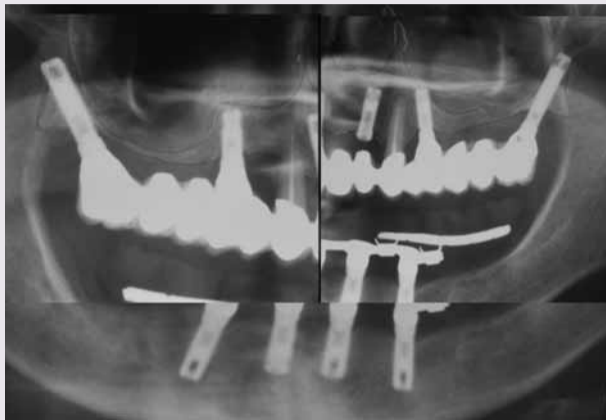


Fig. 10.
Riabilitazione su pilastri misti sia naturali che implantari eseguite nel 1996 risultati radiologici ed intraorali a 13 anni di distanza.

- protesi fissa metallo-ceramica; (fig. 11, 12a, 12b, 12c, 12d, 13)
- Toronto Bridge avvitato o cementato; (fig. 9)
- Overdenture fresata o con attacchi.

I criteri di valutazione dei risultati nel tempo sono stati di contro massimamente semplificati al fine di ridurre in un ampio studio policentrico (35 studi professionali coinvolti con 50 clinici addetti alla rivalutazione) la variabilità interoperatore:

- lastra panoramica; (fig. 14, 15)
- stabilità del manufatto protesico;
- assenza di infiammazione dei tessuti molli peri-implantari; (fig. 16, 17, 12)
- assenza di dolore.



Fig. 11.
Protesizzazione mediante epitesi in ceramica per i denti frontali, denti simil-parodontosi per i diattorici dopo 10 anni di carico.



Fig. 12a, 12b, 12c, 12d.
Riabilitazione su pilastri misti sia naturali che implantari eseguite nel 1996 risultati radiologici ed intraorali a 13 anni di distanza.

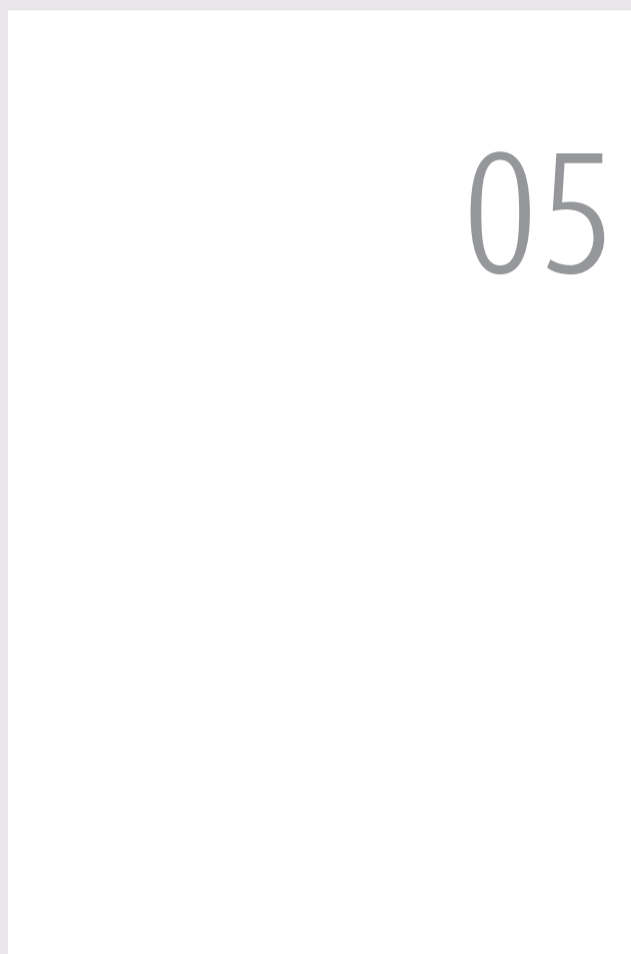


Fig. 13.
Protesi metallo-ceramica.

DISCUSSIONE

I dati raccolti dai differenti operatori secondo le indicazioni descritte hanno interessato tutto il periodo della sperimentazione, non è stato possibile seguire tutti i pazienti ad intervalli standard e per tempi uguali. Sono state comunque raccomandate una visita di controllo ogni 6 mesi e una panoramica ogni 3 anni. Le lastre intraorali, normalmente utili nello studio del riassorbimento osseo negli impianti in posizione standard, si sono rivelate impraticabili e non ripetibili nelle zone postero-tuberali.

Dei 1033 impianti funzionalizzati nel periodo 1996 - 2009 soltanto 5 (cinque) (0,5 %) hanno perso integrazione sotto carico. Con un successo a lungo termine di 1028 impianti (99,5%) superiore a qualsiasi altro nei siti mascellari, la ragione di simili risultati positivi deve essere cercata nella pe-



Fig. 14.
Rx dell'impianto dopo 10 anni.



Fig. 16.
Dettagli dei tessuti molli peri-implantari tuberali dopo 10 anni di carico.

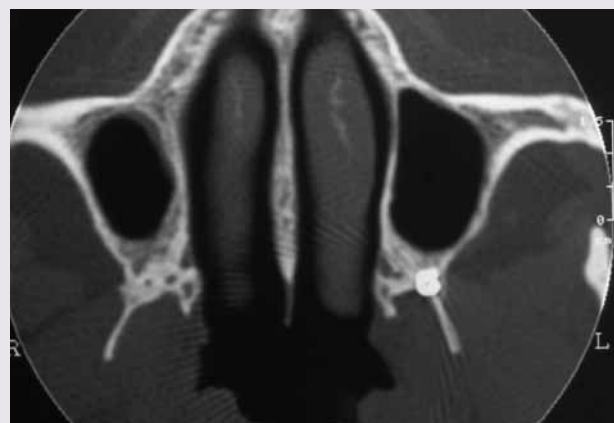


Fig. 18.
Apice dell'impianto nella fossa pterigoidea.



Fig. 15.
Elementi dentali 26/27/28 non più recuperabili.



Fig. 17.
Monconi protesici.



Fig. 19.
Edentulia del 1° quadrante (il 17 è stato giudicato irrecuperabile). Impianto pterigoideo in questo caso non è indicato per la conseguente necessità di dover limare uno o più elementi dentali integri come appoggio mesiale, il rialzo di seno permette di evitare questo sacrificio biologico.

culiare sede implantare. Le apofisi pterigoidee sono i pilastri di resistenza posteriore di tutto il massiccio facciale e non risentono del riassorbimento osseo dovuto alla perdita di elementi dentali (fig. 18). La tecnica chirurgica si è dimostrata valida e predicibile nel rispettare le delicate strutture limitrofe alle zone implantari: nessun paziente ha reliquato danni al muscolo pterigoideo laterale e dal tensore del palato che originano in prossimità della zona apicale dell'impianto (fig.18), l'arteria mascellare e palatina discendente sono state sempre risparmiate dall'osteotomia a semiciclo, si è registrato un solo caso di neuroprassia transitoria all'emipalato omolaterale per probabile postumo traumatico del nervo omonimo risolto spontaneamente dopo circa 6

mesi. La complicanza post-operatoria maggiormente descritta è stata un dolore muscolare alla massima apertura della bocca, transitoria per 5-10 giorni. Il basso costo biologico della tecnica riabilitativa, un solo intervento senza necessità di prelievi o biomateriali, unito alla fattibilità ambulatoriale contribuiscono a rendere la metodica di prima scelta nei casi di severa atrofia (classe V), risparmiando al paziente interventi invalidanti e garantendo nel contempo tempi standard di protesizzazione.

CONCLUSIONE

La tecnica chirurgica riabilitativa del mascellare postero superiore atrofico mediante l'utilizzo dell'impianto pterigoideo si è dimostrata estremamente valida sia nel successo della tecnica implantare in strutture extraorali (98% di risultati positivi) sia nel successo a lungo termine sotto carico protesico (99,5% risultati positivi). I timori di molti operatori ad eseguire una osteotomia nelle strutture profonde del massiccio facciale sono risultati privi di fondamento, avendo riscontrato un solo caso (0,01 %) di lesioni nervose transitorie e nes-

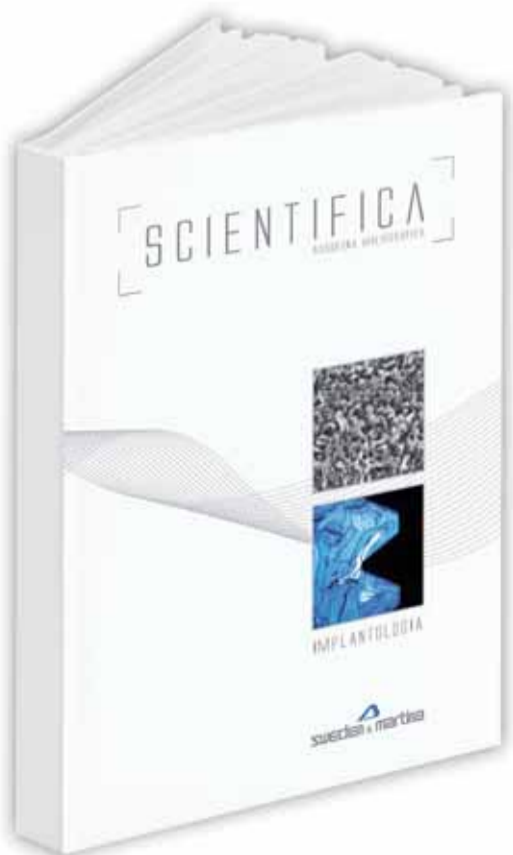
suna lesione vascolare.

Un protocollo preciso e una meticolosa conoscenza delle strutture anatomiche assicurano il clinico contro ogni possibile evento iatrogeno. Il paragone naturale con la tecnica del rialzo del seno deve essere attentamente valutato, non si tratta di metodiche antitetiche, ma piuttosto complementari, è opinione degli autori che l'elevazione del seno sia indicato nel caso di edentulismo mascellare distale in cui relinquo elementi mesiali integri, per evitare di doverli utilizzare protesicamente come appoggio mesiale per la fissazione protesica, (fig.19) oppure nei casi di edentulie distali intercalati a denti integri. L'impianto pterigoideo ha di contro indicazione assoluta nelle edentulie di pazienti che per motivi sistemici (Lupus, patologie autoimmuni del connettivo, forti fumatori) o loco-regionali (c.a.m. troppo caudale, presenza di numerose setti di Vanderwood, sinusiti croniche intrattabili) non possono essere trattati con la tecnica di elevazione del seno.

06

SCIENTIFICA

LA NUOVA RASSEGNA BIBLIOGRAFICA DI IMPLANTOLOGIA



13

ANNI DI RICERCA
SPERIMENTALE E CLINICA

30

STUDI
SPERIMENTALI

239

AUTORI COINVOLTI

29

CASE REPORT

8

SEZIONI

51

STUDI CLINICI

458

TRA ISTOLOGIE,
IMMAGINI, GRAFICI
E TABELLE

Dr.ssa Ilaria Cecchini

Laureata a pieni voti in Odontoiatria e Protesi dentaria presso l'Università di Genova, 2007. Master di II livello in chirurgia orale e d'urgenza odontostomatologica, Università di Pisa, 2011. Frequentatrice Progetto tutoring annuale in chirurgia implantare avanzata presso Matteo Chiapasco e Paolo Casentini, Milano 2011. Collabora come ricercatrice con il Prof. Mascolo Andrea, titolare dell'insegnamento di Parodontologia II presso il Clid, Università di Genova. Svolge libera professione in Italia a Cassine (Al) con il padre, Dott. Paolo Cecchini, dedicandosi entrambi prevalentemente a riabilitazioni orali unendo chirurgia, protesi e ortodonzia alle basi gnatologiche del prof. Annibal A. Alonso (Buenos Aires)



Dr. Andrea Mascolo

Laureato con lode in Odontoiatria e Protesi Dentaria Presso l'Università di Genova, 2001. Master di II livello in Chirurgia Orale e d'urgenza Odontostomatologica, Università di Pisa 2003. Abilitato all'Implantologia presso la Brånemark Clinic Dental Health Care Gothenburg, 2003. È socio fondatore attivo della CAI Academy (Computer Aided Implantology Academy), e membro della Siplant Academy. Professore a.c. presso il CLOSPD Università di Genova dal 2001, titolare insegnamento Parodontologia II (2003-2009) presso CLID Università - attualmente titolare insegnamento Patologia Speciale Odontostomatologica. Autore di articoli e relatore in Italia e all'Estero.



Mini dental implants classificazioni e linee guida

SCOPO

I Mini Dental Implants, unica alternativa ai normali impianti nel panorama odontoiatrico, offrono soluzioni protesiche e chirurgiche semplificate in quanto consistono in una tecnica mini invasiva per il paziente ed offrono comunque la possibilità di essere caricati immediatamente. Questa revisione indica linee guida per l'utilizzo dei Mini Implants considerando qualità ossea, spazi, tempi e stabilità primaria e secondaria.

MATERIALI E METODI

Revisione di 140 articoli pubblicati su PUBMED. Dopo esclusione di case report e studi con indicazioni incerte e non predicibili.

RISULTATI

Dalla revisione odierna della letteratura si evincono:

- definizione di terminologia appropriata per i Mini Implants classificati a seconda del diametro;
- protocolli chirurgici semplificati (flapless quando possibile);
- controindicazioni sistemiche limitate rispetto all'implantologia tradizionale;
- tempi di guarigione più brevi.

CONCLUSIONI

Utilizzati seguendo protocolli codificati ed affidabili i Mini Implants offrono possibilità di riabilitazione sia dell'elemento singolo che di entrambe le arcate con alte aspettative di durata e funzionalità, sono un valido aiuto in campo ortodontico utilizzati come ancoraggi, perfetti come stabilizzatori di protesi e rappresentano un ottimo compromesso per i pazienti in cui l'implantologia classica non è applicabile per mancanza di spazi o difficoltà chirurgiche.

PAROLE CHIAVE: OSTEOINTEGRAZIONE, PROTESI FISSA, SPAZI RIDOTTI, STABILIZZAZIONE PROTESI REMOVIBILE, SOLUZIONI A LUNGO TERMINE, CARICO IMMEDIATO

INTRODUZIONE

I Mini Dental Implants consistono in una recente soluzione altamente innovativa in quanto furono introdotti 15 anni fa per stabilizzare provvisoriamente le protesi totali. Data la loro semplicità e versatilità il numero delle applicazioni cliniche si è allargato fino ad abbracciare tutti i campi dell'odontoiatria. Sono stati utilizzati con successo per la sostituzione di elementi singoli in caso di spazi interdentali ridotti, o in caso di prossimità radicolare, in pazienti in cui i normali impianti non avrebbero avuto distanze fisiologiche adeguate e standardizzate dati i loro diametri di misure maggiori. Grande successo hanno riscontrato in ortodonzia dove vengono usati

come ancoraggio per esercitare le forze biomeccaniche, più recentemente sono state proposte altre applicazioni quali il ripristino di elementi posteriori aumentando il rapporto impianto/dente in 2/1 o sostituendo il dente con una formula 1 radice-1 impianto. Sono inoltre stati utilizzati come supporto di intere strutture protesiche fisse e come stabilizzatori di protesi mobili. Attraverso una revisione della letteratura identifichiamo le indicazioni per tale procedura mini invasiva valutando anche i dati di sopravvivenza a lungo termine.

MATERIALI E METODI

La revisione prende in esame lavori indicizzati pubblicati su PUBMED tra il 2001 ed il 2008: selezionando diverse parole chiave per rispondere alle domande più frequenti relative ai Mini Dental Implants sono stati trovati e presi in esame 140 lavori valutando dati e tecniche proposte.

I criteri di selezione per gli articoli sono stati:

- la ricerca di analogie e di basi scientifiche per le indicazioni proposte selezionando unicamente tecniche considerate predicibili.
- l'esclusione di case report o di lavori che proponessero indicazioni incerte o comunque non codificabili ed applicabili frequentemente: esempio la riabilitazione del dente in regione posteriore con singolo impianto.
- per la valutazione della sopravvivenza a lungo termine sono stati selezionati lavori che riportassero dati non inferiori a cinque anni
- Presenti in letteratura dati di sopravvivenza a otto anni con percentuali eccezionali per l'utilizzo come ancoraggio di protesi rimovibili.

TABELLA DEI RISULTATI DELLA SELEZIONE BIBLIOGRAFICA

N° articoli	Evidence proposed
28	osseointegration
8 (2 reviews)	long term (5 years) solution
19	removable prosthetic
9	fixed prosthetic
5	immediate load
29	forces load and directions

07

CASE REPORT

RISULTATI

Innanzitutto l'analisi della letteratura chiarisce una terminologia appropriata per i Mini Implants catalogandoli a seconda dei diametri e suddividendoli in MDIs e SDIs, rispettivamente acronimi di:

- Mini Dental Implants (di diametro compreso tra 1,8 e 2,4 mm)
- Small Dental Implants (di diametro compreso tra 2,5 e 3,3 mm)

Una piccola parentesi va aperta per quanto riguarda gli Small Dental Implants che hanno come vantaggio rispetto agli MDIs una maggiore capacità di sopportare i carichi ed un minor pericolo di frattura dell'impianto stesso, vantaggio dovuto all'incremento di diametro. La soluzione ISY proposta da Sweden & Martina presenta diametro 2.5 mm, titanio grado 5 e superficie a micro rugosità, possibilità di testa sferica o testa quadra, bene si configurano come SDIs offrendo la possibilità di proporre trattamenti a lungo termine sia in protesi rimovibile che in protesi fissa. Rispetto all'implantologia classica, con diametri maggiori, le procedure chirurgiche per l'utilizzo di Mini Implants sono estremamente semplificate, con estremo confort per il paziente e più agevoli per l'operatore dato che, quando possibile, è indicata la tecnica flapless. Questa tecnica permette non solo tempi chirurgici estremamente ridotti e scarse complicazioni post

operatorie (13) ma cambia l'approccio psicologico del paziente che vede i tempi ridursi e non è sottoposto all'apertura di lembi, suture e rimozioni di suture. Doveroso aggiungere che fisicamente la riduzione del trauma non determina il riassorbimento osseo marginale descritto da più autori nell'approccio convenzionale a 2 stage.

INDICAZIONI E CONTROINDICAZIONI ALL'USO DI MINI IMPLANTS:

Dalla revisione della letteratura emerge un dato essenziale che vede la crescita delle indicazioni rispetto all'implantologia tradizionale, mentre le controindicazioni sono sovrapponibili alla protesi classica:

- le indicazioni all'utilizzo di MDIs e SDIs sono rappresentate da tutti i casi clinici in cui si abbia poco spazio utile per la protesizzazione, distanza impianto tradizionale-dente sfavorevole, pazienti ansiosi, pazienti geriatrici, pazienti con

patologie che alterano la capacità di controllo dei movimenti, pazienti sindromici con tempi di collaborazione limitati e pazienti con disturbi di coagulazione. Inoltre alcune evidenze scientifiche mettono in luce il fatto che la procedura minimamente invasiva agevoli l'angiogenesi perimplantare e che i diametri implantari minori accorcino i periodi di guarigione e di osteointegrazione.

- le controindicazioni sono limitate a patologie sistemiche quali diabete non controllato, patologie autoimmuni, grave osteoporosi, assunzione di bifosfonati e fumo di sigaretta. Da alcuni lavori emerge come forte controindicazione all'utilizzo dei MDIs il Bruxismo.

È importante sottolineare come numerosi lavori riportino protocolli con carico immediato ottenendo risultati eccellenti nella sopravvivenza a lungo termine di questo tipo di protesizzazione, suggerendo tale procedura sicura se rispettate le linee guida e alcuni importanti parametri.

TABELLA DELLE APPLICAZIONI CLINICHE MDI

ancoraggio ortodontico
stabilizzazione immediata protesi
gestione di perdita od agenesia elementi singoli
fissaggio immediato protesi provvisorie
sostituzione elementi singoli in spazi compromessi
casi clinici che richiedano soluzioni chirurgiche mini invasive (condizioni di salute)

PERIODO GUARIGIONE MINI IMPLANTS

Osso D1	Osso D2	Osso D3	Osso D4
due mesi	2-3 mesi	3-4 mesi	non c'è indicazione mdi

(Flanagan-Mascolo 2008)

08

TABELLA DELLE PERCENTUALI DI SUCCESSO

Autore	Anno di pubblicazione	N MDI	Tipo di restauro protesico	Periodo di controllo (anni)	Sopravvivenza
Morneburg	2008	134	removibile	6	95,5%
Shatkin	2007	2514	fissa-removibile	5	94,2%
Bulard	2005	1029	removibile	8	91,2%
Vigolo	2004	192	fissa-removibile	7	95,3%

Caso clinico 1, overdenture superiore



Fig. 1. Ortopantomografia del paziente prima dell'inserimento di 6 mini implants per overdenture superiore



Fig. 2. Foto intraorale dopo l'inserimento di mini implants a tecnica flapless con perfetta guarigione dei tessuti molli



Fig. 3. Opt di controllo a 5 mesi



Fig. 4. Rx endorale di controllo a 6 mesi. Primo quadrante

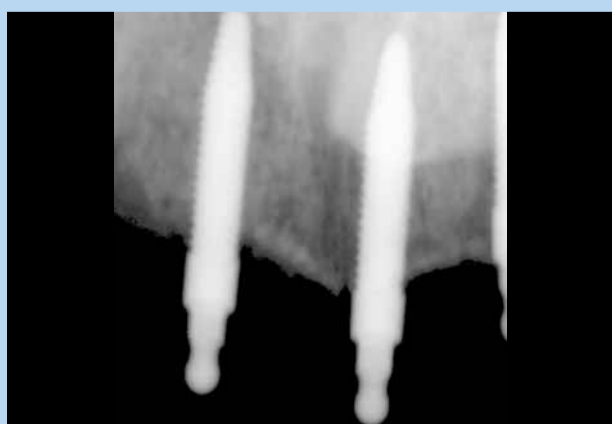


Fig. 5. Rx endorale di controllo a 6 mesi, linea mediana

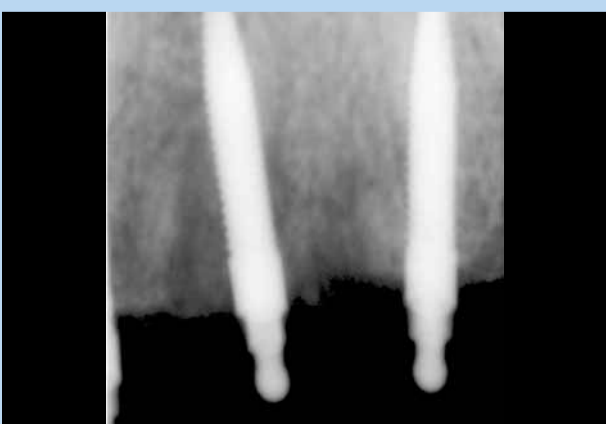


Fig. 6. Rx endorale di controllo a 6 mesi, secondo quadrante



Fig. 7. Foto protesi totale superiore, riabilitazione definitiva

Caso clinico 2, elemento singolo in posizione 14



Fig. 1.
Preso impronta TRANSFER INTRA ORALE, visione vestibolare



Fig. 2.
Preso impronta TRANSFER INTRA ORALE, visione oclusale



Fig. 3.
Impronta con analogo laboratorio



Fig. 4.
Provvisorio in resina visione intraorale - inserito 15 giorni dopo intervento



Fig. 5.
Provvisorio in resina sorriso paziente 15 giorni dopo intervento



Fig. 6.
Abutment oro cementato 15 giorni dopo intervento visione vestibolare



Fig. 7.
Abutment oro cementato 15 giorni dopo intervento visione oclusale



Fig. 8.
Guarigione parodontale a 4 mesi



Fig. 9.
Situazione perimplantare 4 mesi



Fig. 10.
Situazione perimplantare 4 mesi visione oclusale



Fig. 11.
Ceramica definitiva posizionata a 5 mesi



Fig. 12.
Ceramica definitiva elemento 14 su mini implant Sweden & Martina



Fig. 13.
Ceramica definitiva cementazione



Fig. 14.
RX digitale 5 mesi controllo osteointegrazione



Fig. 15.
Controllo a 18 mesi



Fig. 16.
Rx endorale di controllo a 18 mesi



Fig. 17.
Foto intraorale, visione occlusale a 18 mesi



Fig. 18.
Foto controllo estetico in visione laterale



Fig. 19.
Foto controllo estetico visione frontale

DISCUSSIONE

STABILITÀ PRIMARIA E OSTEOINTEGRAZIONE

L'analisi della letteratura evidenzia come requisito fondamentale per il successo a lungo termine dell'utilizzo di MDIs la stabilità primaria. Il legame biomeccanico osso-impianto è strettamente correlato sia alla stabilità primaria (ottenuta grazie a viti autofilettanti e alla preparazione chirurgica mini invasiva) che alla stabilità secondaria (legata all'osteogenesi del sito implantare) e recenti lavori mostrano come nei casi clinici trattati con Mini Implants i tempi fisiologici delle due stabilità si sovrappongano riducendo il periodo clinico critico intermedio (terza-quarta settimana post chirurgica). Sempre per quanto riguarda la stabilità primaria recenti evidenze testimoniano come l'osteointegrazione sia possibile nel carico immediato riducendo i micro movimenti entro i 50 micron, mentre movimenti superiori a 150 micron determinano la formazione di fibro integrazione (Lioubavnia Hack et al, 14). Il fenomeno dell'osteointegrazione è ben documentato nei mini impianti con evidenze scientifiche che sottolineano come la tecnica mini invasiva con approccio trans mucoso non determini riassorbimento osseo marginale descritto da più autori nell'approccio convenzionale a 2 stage.

SOPRAVVIVENZA A LUNGO TERMINE

Gli studi condotti sulla sopravvivenza dei mini impianti evidenziano eccellenti risultati a 5 anni con sopravvivenza to-

tale non inferiore a 90%. Esistono evidenze di sopravvivenza a 7 anni con tassi di sopravvivenza superiori a 90%.

QUALITÀ OSSEA

Altro parametro fondamentale da tenere in considerazione è la qualità dell'osso condizionante nella predicibilità a lungo termine dei Mini Implants. Osso tipo I e Osso tipo II sono indicati nel carico immediato o con tempi di guarigione ridotti. L'Osso di tipo III richiede aumento dei tempi di guarigione ed estrema attenzione nel carico delle forze mentre l'Osso di tipo IV è controindicato per questa procedura.

STABILIZZAZIONE DELLE PROTESI E RIABILITAZIONE ELEMENTI SINGOLI

Il modello riabilitativo proposto in letteratura per la stabilizzazione a lungo termine delle protesi in arcata inferiore prevede 4 fixtures mentre per l'arcata superiore sono previsti 6 mini impianti. Il protocollo per la riabilitazione dei denti singoli anteriori e/o premolari, prevede l'inserzione di un mini impianto per dente. Nella regione posteriore vengono proposti due mini impianti per dente per aumentare la surface implantare di supporto alla corona. Tutti i lavori raccomandano di minimizzare il più possibile le superfici occlusali e le forze assiali per non sovraccaricare gli impianti. Per quanto riguarda la sopravvivenza di strutture protesiche fisse l'evidenza scientifica segnala successi a lungo termine con il supporto di un numero di Mini Implants maggiore rispetto

all'implantologia tradizionale, esasperando la valutazione delle angolazioni dei singoli impianti e della distribuzione dei carichi occlusali. Una riabilitazione dell'arcata superiore, ad esempio, prevederà 6 mini impianti a supporto di una protesi totale mentre 10/12 mini impianti per supportare un'intera struttura. Utile in questo tipo di riabilitazioni lo splintaggio offerto dalla sovrastruttura che determina una riduzione dei micromovimenti a carico degli impianti; tali micromovimenti, come già citato, sono responsabili di insuccesso nel carico immediato (Weiss 2001).

CONCLUSIONI

Le tecniche mini invasive offrono vantaggi intra e post operatori facilitando la fase chirurgica e la guarigione del sito in pazienti con controindicazioni locali o sistemiche, motivo per il quale i professionisti sono recentemente più aperti a queste soluzioni. Studi condotti da CHRISTENSEN inoltre dimostrano come anche da parte del paziente sia aumentata la richiesta di queste modalità chirurgiche. La continua ricerca dimostra come ogni giorno vengano introdotti nuovi protocolli e nuove indicazioni all'uso dei MDIs aumentando le loro possibilità di utilizzo dove l'implantologia tradizionale non riesca ad arrivare ed ottenendo buoni compromessi protesici.

1° premio
come miglior poster in assoluto al primo

The Ultimate
ENDO
RESTORATIVE
DENTISTRY

sweden & martina

CASE REPORT

10

Identificazione della morfologia del terzo apicale ai fini del successo endodontico

ABSTRACT:

In campo endodontico, il successo è legato alla massima riduzione possibile della carica microbica del sistema dei canali radicolari ed in particolare del terzo apicale.

Studi recenti hanno evidenziato che la sagomatura di questa parte del canale risulta più efficace se la preparazione meccanica riesce a raggiungere i diametri anatomici effettivamente riscontrabili in natura.

Su questa base, abbiamo ricercato le fonti bibliografiche in grado di suggerire le misure effettive a cui è opportuno portare la preparazione del terzo apicale nei vari elementi presenti nel cavo orale, rapportandoli a misurazioni fotografiche in denti estratti.

147 elementi dentari estratti sono stati trattati endodonticamente, misurati nelle loro dimensioni (software di misurazione Photoshop con autocad 10) e fotografati al SOM (OPM E400 Laika associato a camera fotografica Panasonic 3CCD).

Nella totalità delle osservazioni si è evidenziata la presenza di due diversi diametri a testimonianza del fatto che il forame anatomico è tendenzialmente ellittico. Per gli incisivi il diametro medio è compreso tra 35 e 40, per i canini tra 35 e 60, per i premolari ed i molari tra 25 e 60.

Introduzione

In campo endodontico, il successo è legato alla massima riduzione possibile della carica microbica del sistema dei canali radicolari ed in particolare del terzo apicale.

Studi recenti hanno evidenziato che la sagomatura di questa parte del canale risulta più efficace se la preparazione meccanica riesce a raggiungere i diametri anatomici effettivamente riscontrabili in natura.

Materiali e metodi

147 elementi dentari estratti sono stati trattati endodonticamente, misurati nelle loro dimensioni (software di misurazione Photoshop con autocad 10) e fotografati al SOM (OPM E400 Laika associato a camera fotografica Panasonic 3CCD).

	Mascellare	Mandibolare	
Incisivo centrale	11	10	21
Incisivo laterale	9	7	16
Canino	8	3	11
Primo premolare	21	21	42
Secondo premolare	8	4	12
Primo molare	4	10	21
Secondo molare	11	16	30

Risultati

FORMA DEL FORAME DEI CANALI DI MOLARI MASCELLARI:

	Primo molare (4)			Secondo molare (14)		
	Palatino	Mesio-vestibolare	Disto-vestibolare	Palatino	Mesio-vestibolare	Disto-vestibolare
Rotondo	3	2	4	7	8	7
Ovale	1	2	0	7	6	7
Irregolare						

FORMA DEL FORAME DEI CANALI DI MOLARI MANDIBOLARI:

	Primo molare (11)			Secondo molare (16)		
	Distale	Mesio-vestibolare	Mesio-linguale	Distale	Mesio-vestibolare	Mesio-linguale
Rotondo	7	5	6	7	10	6
Ovale	4	6	5	9	6	10
Irregolare						

FORMA DEL FORAME DEI CANALI DI PREMOLARI MASCELLARI:

	Primo premolare (21)		Secondo premolare (8)	
	Vestibolare	Palatino	Vestibolare	Palatino
Rotondo	15	13	4	6
Ovale	4	7	1	1
Irregolare	2	1	3	1

FORMA DEL FORAME DEI CANALI DI MONORADICOLATI MASCELLARI:

	Incisivo centrale (11)	Incisivo laterale (9)	Canino (8)
Rotondo	1	1	2
Ovale	10	8	6
Irregolare			

FORMA DEL FORAME DEI CANALI DI MONORADICOLATI MANDIBOLARI:

	Incisivo centrale (10)	Incisivo laterale (7)	Canino (3)	Primo premolare (21)	Secondo premolare (4)
Rotondo	9	9	0	6	0
Ovale	1	1	3	15	4
Irregolare					

MISURA DEI DIAMETRI MAGGIORI E MINORI DEL FORAME DI DENTI MASCELLARI E MANDIBOLARI:

	Primo Molare		Secondo Molare		Primo premolare		Secondo Premolare		Canino		Incisivo Laterale		Incisivo Centrale	
Centrale unico									40	55	25	40	35	40
Vestibolare					25	50	25	50						
Palatino					30	40	30	40						
Mesio vestibolare	30	35	30	35										
Disto vestibolare	30	40	30	40										
Palatino	35	50	35	50										

Discussione

Lo studio ha dimostrato che per gli incisivi il diametro medio è compreso tra 35 e 40, per i canini tra 35 e 60, per i premolari ed i molari tra 25 e 60.

Conclusione

Nella determinazione delle dimensioni apicali vanno prese in considerazione non solo la posizione del forame, ma anche la forma ovale ed i diversi diametri caratteristici al fine di scegliere gli strumenti endodontici di rifinitura più idonei. La sistematica ideale dovrebbe consentire di portare al forame strumenti di diametro superiore a #30.

Autori dell'articolo: Ferrarese N.M., Balzano N.M., Carli P.O., Tocchio C.

Dr.ssa Nadia Medea Ferrarese

Laureata nel 2010 con lode in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli studi di Padova. Da Settembre 2009 a Marzo 2010 ha frequentato la Wroclaw Medical University, Polonia. Frequenta tutt'oggi la Clinica Odontoiatrica dell'Università degli Studi di Padova dove si dedica alla Ricerca nei campi dell'Endodonzia e dell'Implantologia.

11



Dr. Filippo Cardinali

Laureato in Odontoiatria e Protesi dentaria presso l'Università di Ancona nel 1992. È Socio Attivo della Società Italiana di Endodonzia. Ha partecipato in qualità di collaboratore all'opera multimediale del Dott. Fabio Gorni "Recupero endodontico dei denti gravemente compromessi" della collana Medtutor edito da UTET. Ha partecipato in qualità di relatore a corsi e congressi nazionali. Esercita la libera professione dedicandosi prevalentemente alla conservativa e all'endodonzia ed è autore di pubblicazioni in merito su riviste del settore nazionali ed internazionali.



Dr. Fabio Gorni

Laureato in Odontoiatria e Protesi dentaria presso l'Università di Milano nel 1984. Già professore A.C. in endodonzia Università degli studi Milano H. San Paolo. È socio attivo della Società Italiana di Endodonzia, dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Microscopica, specialist member dell'European Society of Endodontology e membro dell'American Association of endodontists. Dal 1994 al 1998 membro della commissione accettazione soci della S.I.E. Dal 1998 al 2001 Segretario culturale della Società Italiana di Endodonzia, e Presidente per il biennio 2003-2005. Attualmente è Past-President S.I.E. Oratore in Italia e all'estero in numerosi corsi e congressi ha all'attivo numerose pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali oltre ad aver prodotto video scientifici. In collaborazione con il Dott. C.J. Ruddle ha pubblicato infatti una videoserie intitolata "The Endodontic Game" distribuita in Europa, USA, Canada, Australia e Asia. Autore dell'opera multimediale il "Recupero endodontico dei denti gravemente compromessi" della collana Medtutor edito da UTET 2008. Svolge la sua pratica professionale privata in Milano dove i campi clinici che copre principalmente sono l'endodonzia clinica e chirurgica con particolare interesse per gli aspetti della microscopia endodontica, oltre a tutte le applicazioni della Micro Dentistry.



Recupero endodontico nel rispetto dell'anatomia originale e conservativo nel rispetto del tessuto dentale residuo di un 46

12

ABSTRACT:

Nel recupero endodontico-conservativo di un elemento dentario, l'obiettivo del clinico deve essere raggiunto nel rispetto dell'anatomia endodontica originale e con il minor sacrificio possibile di tessuto dentale sano residuo. Oggi questo obiettivo è facilmente raggiungibile grazie all'evoluzione delle tecniche e dei materiali, che ci offre la possibilità di sagomare i canali radicolari con strumenti rotanti in Nickel-Titanio con conicità ben controllate e di ricostruire il dente in modo affidabile e predicibile con le tecniche adesive indirette. Nel presente Case Report verranno messe in evidenza le considerazioni preoperatorie e le strategie operative messe in atto dagli Autori per ottenere la risoluzione del caso nel modo meno invasivo possibile.

Fase Diagnostica

Il paziente di anni 25 giunge in urgenza alla nostra osservazione lamentando un forte dolore alla emiarcata mandibolare destra. L'esame anamnestico rileva che il dolore è di tipo pulsante, si irradia dalla zona auricolare fino al mento ed è soprattutto notturno. L'esame clinico rileva la presenza di un grosso restauro in amalgama a carico dell'elemento dentario 46; il restauro è infiltrato e rotto in più punti (fig. 1). L'elemento in questione risulta dolente al test della percussione e risponde positivamente al test del caldo scatenando il dolore lamentato dal paziente; il dente è in posizione di cross-bite con l'elemento antagonista (fig. 2) ed il paziente non vuole fare terapia ortodontica.



Fig. 1. Fotografia pre-operatoria del 46: la vecchia otturazione in amalgama è rotta in più punti ed è clinicamente evidente l'infiltrazione cariosa.



Fig. 2. Fotografia pre-operatoria del 46: cross-bite con l'elemento antagonista.

L'esame radiografico tipo bite-wing (fig. 3) conferma la presenza dell'infiltrazione cariosa a livello distale del 46 e rivela la presenza di una carie distale a livello del 45 e di una mesiale a livello del 16.

L'esame radiografico periapicale non rivela presenza di alterazioni a livello del periapice (fig. 4).

Viene fatta diagnosi di pulpite acuta ed il piano terapeutico prevede il trattamento endodontico ortograde con restauro adesivo indiretto in resina composita.

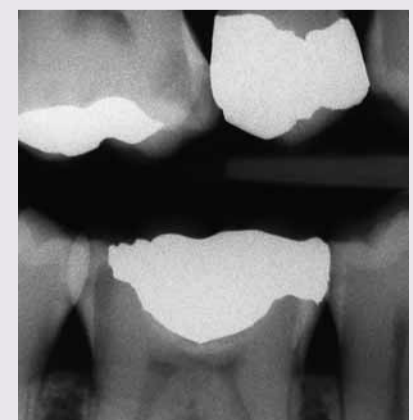


Fig. 3. Rx bite-wing preoperatoria: presenza di infiltrazione cariosa a livello distale del 46, del 45 distale e del 16 mesiale.



Fig. 4.
Rx periapicale preoperatoria del 46.

Valutazione Preoperatoria dell'Anatomia Endodontica

Sulla radiografia periapicale prima di iniziare il trattamento endodontico si effettua la valutazione preliminare dell'anatomia endodontica: la valutazione viene fatta esaminando i dettagli di anatomia esterna ed interna radicolare (fig. 5).

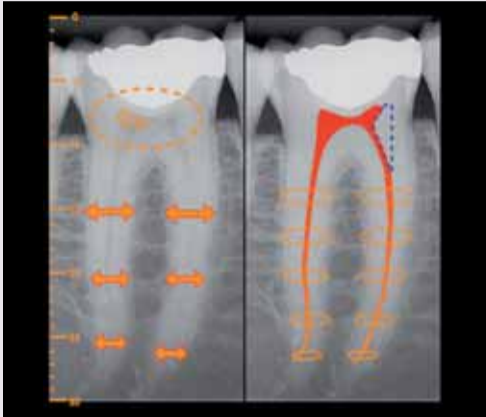


Fig. 5.
Schema dei dettagli di anatomia interni ed esterni radicolari analizzata per la valutazione preoperatoria dell'anatomia endodontica.

Questa attenta analisi ci permette di individuare precocemente eventuali difficoltà che potremo incontrare durante il trattamento e ci permette di scegliere la miglior strategia operativa in funzione dell'anatomia endodontica che ci apprestiamo a trattare. Nel caso specifico è evidente che le prime difficoltà le troveremo a livello della cavità d'accesso: lo spazio camerale è ridotto ed è presente un pulpote a livello distale. Le radici appaiono lunghe e strette e questo ci suggerisce subito l'utilizzo di strumentario da 31mm e la necessità di effettuare una sagomatura con conicità non troppo accentuata per non indebolire troppo la struttura radicolare. La radice distale è dritta, quella mesiale presenta una curva a livello del terzo apicale; l'accesso più diretto possibile degli strumenti all'apice in questa radice sarà realizzabile solo eliminando un grosso triangolo di dentina nel terzo coronale della radice.

L'analisi dei decorsi dei canali rivela che nella radice distale il canale appare decorrere centrato nei due terzi coronali della radice per poi curvare distalmente a livello del terzo apicale: il forame appare infatti situato lontano dall'apice radiologico sulla parete distale della radice. Nella radice mesiale il canale appare invece centrato fino al terzo apicale dove sembra essere posizionato il forame.

Sequenza operativa

Il caso viene finalizzato in tre sedute.

Prima seduta operativa

In questa seduta viene affrontata l'urgenza del paziente. Dopo aver bloccato con anestesia locale tipo tronculare il nervo alveolare inferiore, viene applicata la diga di gomma (fig. 6) e solo dopo viene, rigorosamente nell'ordine descritto, rimossa l'amalgama (fig. 7), eliminato il processo carioso ed effettuata la pulpectomia.



Fig. 6.
Il dente viene isolato con la diga di gomma prima della rimozione dell'amalgama.



Fig. 7.
La rimozione dell'amalgama evidenzia l'estensione del processo carioso.

Seconda seduta operativa

Una volta passata la fase acuta grazie alla pulpectomia d'urgenza effettuata nella prima seduta, il dente viene sottoposto al trattamento endodontico ortograde.

La cavità d'accesso abbozzata nella prima seduta viene rifinita grazie all'utilizzo degli ultrasuoni che permettono una agevole eliminazione delle calcificazioni ed un'efficace azione detergente della camera. Una volta individuati gli imbocchi canalari, che sono 4, si riempie la camera con EDTA in crema associato con perossido d'urea e si effettua un delicato scouting con un file K 08 con lo stop di gomma posizionato 2 mm più corto della lunghezza di lavoro stimata sulla radiografia preoperatoria. Il file viene fatto scendere nei canali fin dove arriva, senza forzare, senza andare contro le resistenze che incontra e non viene comunque per nessun motivo portato in apice. Dopo aver abbondantemente irrigato con ipoclorito si passa all'esecuzione di un preflaring totalmente meccanico con strumenti rotanti NiTi MTwo (Sweden & Martina) 10.04, 15.05, 20.06 e 25.06. Gli strumenti passati in sequenza dal più piccolo al più grande vengono fatti lavorare con un movimento di spazzolamento sempre lontano dall'apice, fin dove scendono passivamente senza andare contro le resistenze. Al termine del preflaring meccanico viene completata la rifinitura della cavità d'accesso con punte ultrasoniche dedicate (fig. 8), e con l'aiuto di un rilevatore apicale elettronico vengono registrate le lunghezze di lavoro dei 4 canali (fig. 9).



Fig. 8.
La cavità d'accesso al termine del preflaring meccanico



Fig. 9.
Visione clinica dei file usati per la radiografia intraoperatoria.

La radiografia intraoperatoria conferma la correttezza delle lunghezze di lavoro registrate e la posizione del forame apicale della radice distale, che, come ipotizzato durante la fase di valutazione preoperatoria dell'anatomia endodontica, è sulla parete distale della radice lontano dall'apice radiologico (fig. 10). Le valutazioni cliniche intraoperatorie ricavate durante il preflaring e durante la registrazione della lunghezza di lavoro devono essere analizzate alla luce della anatomia radicolare del dente: solo integrando questi tre dati il clinico sarà in grado di scegliere la migliore strategia operativa per la sagomatura dei canali.

Nella radice distale i due canali confluiscono a 3mm dal forame e durante il preflaring meccanico gli strumenti scendono agevolmente; il canale è dritto e curva in direzione distale solo nell'ultimo millimetro del suo decorso. Valutare con precisione la posizione del forame è molto importante in presenza di radici esili come in questo caso: infatti la porzione apicale del canale distale che verrà allargato con la

sagomatura rimane lontana dalla porzione apicale della radice dove i diametri radicolari sono minori. Da queste considerazioni cliniche e razionali deriva la scelta di completare nella radice distale la sagomatura dei 2/3 coronali portando gli strumenti NiTi MTwo (Sweden & Martina) 10.04, 15.05, 20.06 alla lunghezza di lavoro in modo di non allargare eccessivamente il canale radicolare soprattutto a livello del terzo coronale, mentre per la sagomatura del terzo apicale vengono utilizzati strumenti rotanti NiTi Protaper (Maillefer) Finishing Files F1, F2 e F3. Anche nella radice mesiale i canali confluiscono, ma gli strumenti rotanti scendono con maggior difficoltà durante il preflaring; il forame ha un diametro piccolo ed il terzo apicale del canale decorre all'interno dell'apice radicolare dove i diametri sono minori; queste valutazioni consigliano di completare la sagomatura canalare con strumentario NiTi MTwo (Sweden & Martina) 10.04, 15.05, 20.06 e 25.06 portato fino alla lunghezza di lavoro. Terminata la sagomatura (fig. 11), si controlla la presenza della pervietà dei forami con il patency file, si verifica la possibilità di far scendere dei plugger a 5mm dalla lunghezza di lavoro e si provano i coni di guttaperca che verranno usati per l'otturazione dei canali con la tecnica di condensazione verticale a caldo della guttaperca (fig. 12).



Fig. 10.
La radiografia intraoperatoria con file evidenzia l'anatomia endodontica del dente.



Fig. 11.
La cavità d'accesso al termine della sagomatura canalare.



Fig. 12.
La cavità d'accesso al termine della otturazione canalare.

Dopo aver eseguito il build-up con resina composita (**fig. 13**) il dente viene preparato per l'intarsio conservando il più possibile la struttura dentale residua; rilevata l'impronta con un materiale a base di vinil polisilossano, si esegue una radiografia di controllo postoperatoria (**fig. 14**).



Fig. 13.
Build-up dell'elemento dentario dopo l'otturazione canalare.



Fig. 14.
Rx periapicale di controllo post-operatoria.

14

Terza seduta operativa

Dopo aver isolato il campo operatorio (**fig. 15**), l'intarsio in resina composita ricevuto dal laboratorio (**fig. 16**) viene provato verificando con attenzione che scenda completamente sul dente preparato e controllando la presenza dei punti di contatto interdentali (**fig. 17**); dopo la prova il manufatto viene deterso con alcool, sabbiato, silanizzato e impregnato di resina liquida. Dopo aver mordenzato e applicato l'adesivo smalto-dentinale sul dente (**fig. 18**), l'intarsio viene cementato con la resina composita utilizzata per il build-up riscaldata a 50° (**fig. 19,20**). Dopo aver controllato l'occlusione (**fig. 21**), si finalizza il caso rifinendo i margini con gommini, strisce abrasive e paste da lucidatura (**fig. 22**) e si esegue una rx periapicale (**fig. 23**) ed una rx bite-wing per controllare che negli spazi interprossimali non siano presenti dei residui di composito usato in cementazione (**fig. 24**).



Fig. 15.
Il dente viene isolato con la diga di gomma per la cementazione dell'intarsio.



Fig. 16.
L'intarsio sul modello in gesso del laboratorio.



Fig. 17.
Prima di essere cementato l'intarsio viene provato sul dente.



Fig. 18.
Il dente dopo l'applicazione dell'adesivo smalto-dentinale.



Fig. 19.
Foto occlusale dell'intarsio dopo la cementazione.



Fig. 20.
Visione vestibolare del dente dopo la cementazione con l'intarsio.



Fig. 21.
Check-up occlusale post-cementazione.



Fig. 22.
Visione occlusale del caso dopo lucidatura.



Fig. 23.
Rx periapicale di controllo post cementazione.

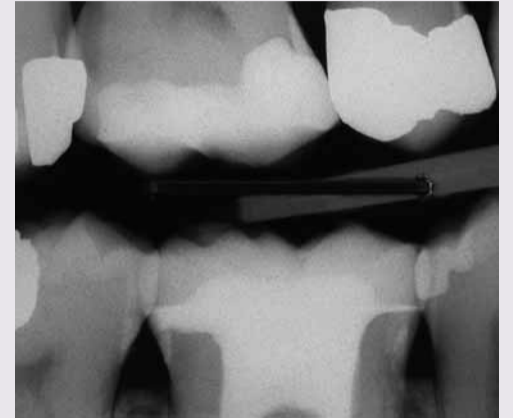


Fig. 24.
Rx bite-wing di controllo post-operatoria.

Conclusioni

In un "recente" passato denti come quello esposto nel presente "Case Report" venivano recuperati utilizzando dei perni fusi in oro e delle corone in metallo-ceramica. L'evoluzione dei materiali e delle conoscenze offre da ormai una decina di anni un'alternativa molto più "conservativa" rispetto al passato: la possibilità di utilizzare dello strumentario rotante in NiTi con conicità ridotte per la sagomatura dei canali ci permette di non sacrificare eccessiva dentina radicolare nei due terzi coronali della radice e di effettuare una endodonzia minimamente invasiva; la diffusione delle tecniche adesive indirette consentono poi un recupero estetico e funzionale del dente nel massimo rispetto della struttura dentale sana residua. La validità di questo approccio estremamente conservativo è testimoniato ai follow-up dall'integrazione del restauro con le strutture parodontali (**fig. 25**) e dall'assenza di infiltrazioni cariose all'interfaccia dente-intarsio (**fig. 26**).



Fig. 25.
Visione vestibolare e stato di salute dei tessuti parodontali a 6 anni dalla cementazione.



Fig. 26.
Rx di controllo periapicale a 6 anni dal trattamento canalare ortogradeo.



Laureato con lode presso l'Università degli Studi di Roma "Sapienza" nel 1994, sposta immediatamente la sua attenzione sull'approfondimento delle tecniche chirurgiche in implantologia. Frequenta corsi post-laurea in Italia e all'estero (University of California, UCLA). Ottiene il PhD all'Università di Bonn. Relatore nazionale ed internazionale su temi inerenti l'aspetto chirurgico e protesico in implantologia. Autore di numerosi articoli su riviste internazionali sul tema dell'implantologia. È visiting professor all'Università "Sacrado Corazon" di Bauru (Brasile). Nel 2008 ha vinto il Best Clinical Presentation Award all'European Academy of Osseointegration (EAO). Svolge la propria attività in Roma esclusivamente focalizzata alla chirurgia e alla riabilitazione protesica in implantologia. Socio attivo SIO (Società Italiana Osteointegrazione). Active Member EAO (European Association for Osseointegration).

Switching Platform: la nuova frontiera dell'implanto-protesi

Dott. Canullo, Lei ha al Suo attivo un lungo elenco di pubblicazioni nate dagli studi che Lei ha condotto sia a livello clinico che sperimentale sugli esiti delle tecniche di Switching platform. A distanza di ormai cinque anni da quando è iniziata questa attività di ricerca, può fare per noi il punto sulla situazione?

In effetti sono stato molto fortunato: la possibilità di lavorare in una struttura di elite come l'Università di Bonn e di collaborare con i maggiori specialisti del campo mi ha permesso di studiare il Platform Switching sotto tutti i suoi aspetti. A cinque anni di distanza dall'inizio delle mie sperimentazioni, si inizia a capire che l'intuizione di Lazzara è stata fortunosa e geniale al contempo: sia dal punto di vista clinico che istologico il Platform Switching ha mostrato vantaggi notevoli in termini di riassorbimento osseo se comparato alla tecnica tradizionale del moncone con lo stesso diametro dell'implanto. E questo, in un mondo come l'implantologia, tutto orientato alla massima estetica, è ovviamente un grande vantaggio.

Quando ho iniziato i miei studi, all'inizio dell'era del Platform Switching, nonostante i promettenti risultati clinici a breve termine, questa tecnica protesica era criticata per la supposta scarsa affidabilità nel lungo periodo: il gap orizzontale tra impianto ed abutment (mismatching), infatti, era supposto essere un locus minoris resistentiae del complesso peri-implantare. Si pensava potesse andare incontro facilmente a colonizzazione batterica e conseguentemente portare a infiammazione dei tessuti e quindi a peri-implantiti precoci. Per fortuna diversi studi microbiologici ed istologici, orga-

nizzati in collaborazione con le maggiori università italiane e americane, ci hanno aiutato a sfatare questo falso mito e a dimostrare che la placca batterica sub-gengivale, il grado di infiammazione e i tessuti peri-implantari sono in tutto e per tutto sovrapponibili a quelli che si trovano attorno agli impianti trattati tradizionalmente, anche a distanza di 5 anni.

Le tecniche associate all'utilizzo di switching platform, in sintesi, sono veramente efficaci nel preservare la cresta ossea?

Ovviamente in medicina non si può mai utilizzare la categoria "certezza assoluta", "dogma", tuttavia, allo stato attuale mi sento sicuro nell'utilizzare il Platform Switching su tutti i miei pazienti. Oramai sono quasi dieci anni che protesizzo tutti gli impianti che utilizzo con questo concetto protesico e i vantaggi in termini di mantenimento della cresta ossea sono evidenti. Questo, per altro, è un concetto biologico che può essere usato in tutte le procedure implantologiche: dal post-estrattivo alle rigenerazioni verticali, dai rialzi del seno alle split crest.

Lei tiene diversi corsi, in cui insegna a sfruttare opportunamente le possibilità offerte dallo Switching Platform. Quali sono, a distanza di tempo, le esperienze dei colleghi che partecipano a questi corsi?

In realtà sono spesso chiamato a fare corsi in Italia e all'estero sulle diverse tecniche di rigenerazione ossea o sugli impianti a carico immediato. L'esperienza accumulata studiando clinicamente e sperimentalmente il Platform Swit-

ching mi permette di mostrare una ulteriore "arma" della quale il clinico può avvalersi per minimizzare l'impatto dell'intervento chirurgico/protesico, migliorando, quindi, l'estetica del paziente. Questo tipo di approccio sembra essere particolarmente apprezzato dai corsisti, che con pochi cambiamenti nella loro routine riescono a ottenere risultati estetici decisamente incoraggianti. Infatti, mi capita di ritrovare questi colleghi a conferenze e corsi dove "espongono" i loro casi molto spesso decisamente sopra la media.

Quale è l'obiettivo dei corsi che Lei tiene?

Come accennavo precedentemente, l'obiettivo dei corsi che svolgo è quello di fornire ai colleghi qualche "arma" in più. Arma che può essere utilizzata non cambiando o modificando minimamente le proprie procedure cliniche per ottenere con semplicità e maggiore sicurezza risultati più veloci ed esteticamente più validi.

Come si svolgono?

Sono corsi giornalieri o di due giorni basati soprattutto sulla pratica: il collega dopo una breve e schematica introduzione, dove vengono didatticamente mostrati tutti i passaggi delle tecniche minimamente invasive, collabora in un intervento su paziente e poi effettua su modello tutti i passaggi della procedura chirurgica e protesica. Questo schema teorico pratico permette di poter acquisire le procedure ed utilizzarle con sicurezza sin dal giorno successivo.



Paziente con agenesia del laterale superiore. Lembo mini-invasivo con salvaguardia delle papille per effettuare l'inserimento di un impianto con protesizzazione provvisoria immediata. Il peduncolo vestibolare viene ribaltato vestibolarmente per migliorare l'emergenza vestibolare, che presenta una lieve depressione



Risultato a 3 anni dopo l'inserimento: perfetto ristabilimento dell'anatomia gengivale e mantenimento delle papille.



Visione laterale nella quale si evidenzia la prominente vestibolare.

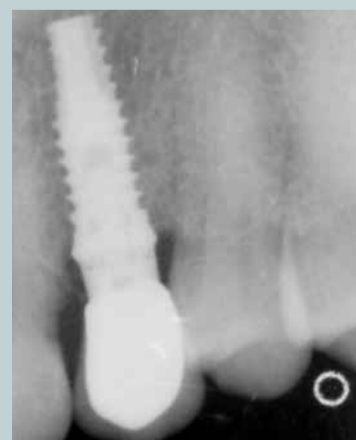
Caso 1



Paziente con agenesia del canino. La mobilità del dente deciduo suggerisce la sostituzione con un impianto con un provvisorio. Per diminuire le fasi protesiche e minimizzare l'impatto sui tessuti molli si ricorre ad una tecnica "one abutment - one time".



Aspetto del definitivo a 2 anni: è possibile notare il mantenimento dell'anatomia gengivale.



Radiografia endorale che dimostra come la tecnica adottata in presenza di platform switching comporti un minimo rimodellamento osseo.

Caso 2

Nuove misure della gamma

La gamma **Premium Kohno** si arricchisce di nuove misure che ampliano questa linea implantare, completandola ulteriormente con nuove soluzioni utili in tutte le condizioni chirurgiche.

La gamma degli impianti **Premium Shorty** si completa con l'introduzione del profilo di emergenza **switching platform**, disponibili sia in superficie ZirTi che in superficie DES, con altezza 8,5 mm per il diametro 3,80 e con altezza 7 e 8,5 mm per i diametri 4,25 e 5,00 mm.

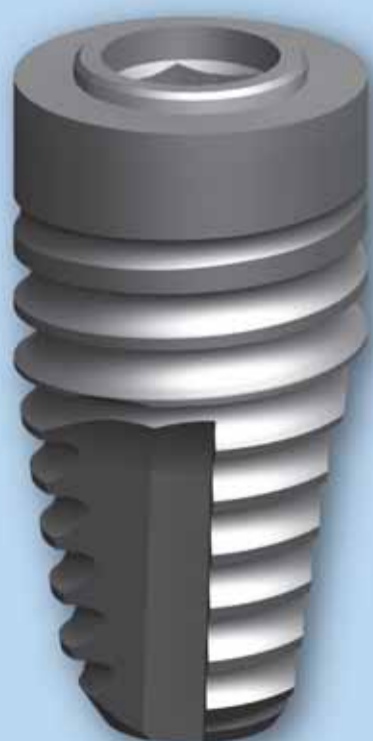


ECCO NEL DETTAGLIO LE MISURE ATTUALMENTE DISPONIBILI, CON EVIDENZIATE LE MISURE DI NUOVA INTRODUZIONE:

Ø spira max	L Lunghezza	Kohno Switching Platform	Kohno Straight	Premium Switching Platform		Premium Straight	
		Superficie DES	Superficie DES	Superficie ZirTi	Superficie DES	Superficie ZirTi	Superficie DES
3,30	10	-	-	-	-	A-ZT-330-100	A-DS-330-100
	11,5	-	-	-	-	A-ZT-330-115	A-DS-330-115
	13	-	-	-	-	A-ZT-330-130	A-DS-330-130
	15	-	-	-	-	A-ZT-330-150	A-DS-330-150
3,80	8,5	-	-	A-ZT-380SP-085	A-DS-380SP-085	A-ZT-380-085	A-DS-380-085
	10	K-DS-380SP-100	K-DS-380-100	A-ZT-380SP-100	A-DS-380SP-100	A-ZT-380-100	A-DS-380-100
	11,5	K-DS-380SP-115	K-DS-380-115	A-ZT-380SP-115	A-DS-380SP-155	A-ZT-380-115	A-DS-380-115
	13	K-DS-380SP-130	K-DS-380-130	A-ZT-380SP-130	A-DS-380SP-130	A-ZT-380-130	A-DS-380-130
	15	K-DS-380SP-150	K-DS-380-150	A-ZT-380SP-150	A-DS-380SP-150	A-ZT-380-150	A-DS-380-150
	18	-	K-DS-380-180	-	-	A-ZT-380-180	-
4,25	7	-	-	A-ZT-425SP-070	A-DS-425SP-070	A-ZT-425-070	A-DS-425-070
	8,5	-	-	A-ZT-425SP-085	A-DS-425SP-085	A-ZT-425-085	A-DS-425-085
	10	K-DS-425SP-100	K-DS-425-100	A-ZT-425SP-100	A-DS-425SP-100	A-ZT-425-100	A-DS-425-100
	11,5	K-DS-425SP-115	K-DS-425-115	A-ZT-425SP-115	A-DS-425SP-115	A-ZT-425-115	A-DS-425-115
	13	K-DS-425SP-130	K-DS-425-130	A-ZT-425SP-130	A-DS-425SP-130	A-ZT-425-130	A-DS-425-130
	15	K-DS-425SP-150	K-DS-425-150	A-ZT-425SP-150	A-DS-425SP-150	A-ZT-425-150	A-DS-425-150
	18	-	K-DS-425-180	-	-	A-ZT-425-180	-
5,00	7	-	-	A-ZT-500SP-070	A-DS-500SP-070	A-ZT-500-070	A-DS-500-070
	8,5	-	-	A-ZT-500SP-085	A-DS-500SP-085	A-ZT-500-085	A-DS-500-085
	10	K-DS-500SP-100	K-DS-500-100	A-ZT-500SP-100	A-DS-500SP-100	A-ZT-500-100	A-DS-500-100
	11,5	K-DS-500SP-115	K-DS-500-115	A-ZT-500SP-115	A-DS-500SP-115	A-ZT-500-115	A-DS-500-115
	13	K-DS-500SP-130	K-DS-500-130	A-ZT-500SP-130	A-DS-500SP-130	A-ZT-500-130	A-DS-500-130
	15	-	-	A-ZT-500SP-150	A-DS-500SP-150	A-ZT-500-150	A-DS-500-150
	18	-	-	-	-	-	-
6,00	8,5	-	K-DS-600-085	-	-	-	-
	10	-	K-DS-600-100	-	-	-	-
	11,5	-	K-DS-600-115	-	-	-	-



Si rendono disponibili **nuove altezze** nei diametri già a programma, come l'altezza 18 mm che soddisfa le richieste collegate alle tecniche chirurgiche che prevedono l'inserimento di **impianti distali** fortemente angolati. In questo caso le **frese** da utilizzare sono **già incluse nel kit chirurgico**: non contemplano lo STOP, ma la tacca di profondità relativa a questa altezza è estremamente visibile perché immediatamente adiacente alla fine della parte lavorante.



Nascono gli impianti **Kohno da 6 mm** di diametro, con trattamento superficiale DES come nei diametri già disponibili, e con profilo di emergenza straight. Le **3 nuove frese, in altezza 8.50, 10 e 11.50 mm**, saranno disponibili come **opzionali al kit chirurgico** che, pur contemplando gli alloggiamenti vuoti per autoclavare tutti gli strumenti all'interno del tray, invece resta disponibile in versione standard. Dal punto di vista protesico saranno disponibili le relative componenti già previste per tutte le altre piattaforme (**transmucose, analoghi, pilastri calcinabili, UCLA, attacchi sferici**); inoltre sarà possibile effettuare i **protocolli switching platform** utilizzando la protesi relativa al diametro 5 mm.

Tecnica "Simple" e Carico Immediato di una cresta mandibolare edentula

Con la tecnica "Simple", attraverso semplici procedure intraoperatorie e di laboratorio, è possibile realizzare un provvisorio avvitato passivo, funzionale ed estetico per il carico immediato.

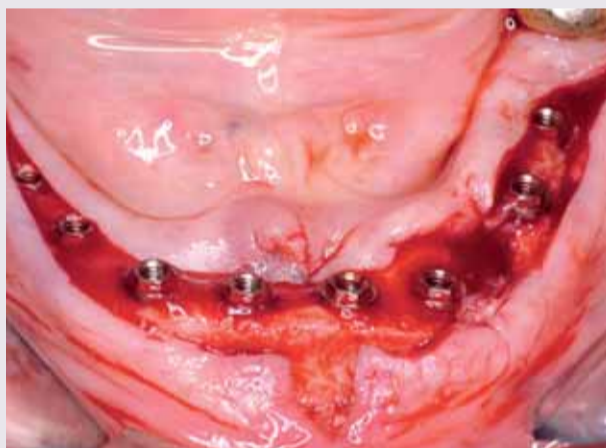
La paziente T.R., di anni 65, già da noi riabilitata nel 2003 con una implantoprotesi superiore a carico immediato, si ripresenta alla nostra osservazione per ripetere lo stesso trattamento nell'arcata mandibolare.



Dopo aver montato i modelli in articolatore, si realizza una ceratura diagnostica dell'arcata edentula per lo studio fonetico, estetico e funzionale del caso.



Durante la fase chirurgica si inseriscono gli impianti nelle posizioni protesicamente pianificate.



Utilizzando un silicone si rileva la relazione intermascellare tra l'arcata superiore ed i monconi Simple appena solidarizzati. Quindi si svitano i monconi Simple e si sostituiscono con delle cuffie di guarigione; la paziente viene dimessa.



Sui monconi Simple solidarizzati si montano i rispettivi analoghi da gesso, quindi l'insieme viene inserito all'interno del vallo intraoperatorio in silicone. Il vallo, opportunamente riposizionato in articolatore, consente di completare il modello inferiore con la posizione tridimensionale degli impianti.



Sugli impianti appena inseriti vengono avvitati i Monconi Provvisori Simple e si procede alla sutura dei lembi.



Dopo la sutura si solidarizzano i monconi Simple con della resina autopolimerizzabile.



A questo punto, la Ceratura Diagnostica viene trasformata agevolmente in un provvisorio avvitato estetico, funzionale e passivo costruito in resina sui monconi Simple. I profili di emergenza di ogni moncone vanno opportunamente modellati e lucidati al fine di ottenere un condizionamento tissutale ottimale.



A 24-72 ore dall'inserzione implantare, si avvita il provvisorio Simple in bocca e se ne controllano la passivazione e le relazioni occlusali. In particolare, nel carico immediato, va verificata la disclusione dei settori posteriori in protrusiva (vedi foto) e in lateralità.



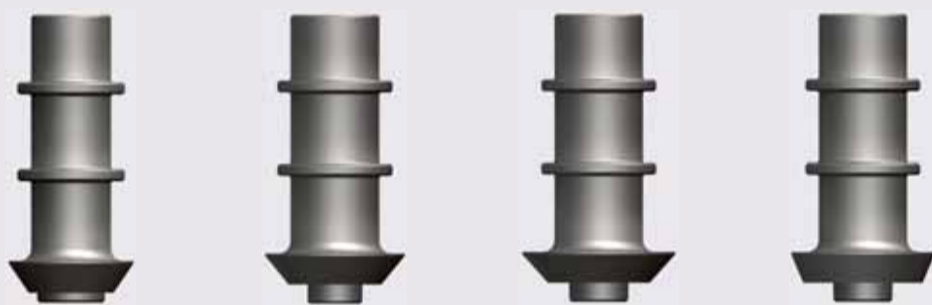
POSSIBILI VARIANTI: In caso di insufficiente stabilità primaria intraoperatoria degli impianti (minore di 35 N) o in caso di estese GBR intraoperatorie, si consiglia di non effettuare il carico immediato, ma di consegnare il provvisorio realizzato con tecnica Simple in fase di scoperta impianto, dopo 3-5 mesi.

NOTE: I Monconi Simple sono disponibili sia per impianti ad esagono esterno (Out-Link e compatibili) che per la sistemica Premium-Khono ad esagono interno. Con i Monconi Simple è possibile correggere disparallelismi degli impianti fino a un massimo di 30 gradi.

Rx OPT di Controllo



PILASTRI IN TITANIO PER TECNICA SIMPLE (METODICA PREMIUM-KOHNO)

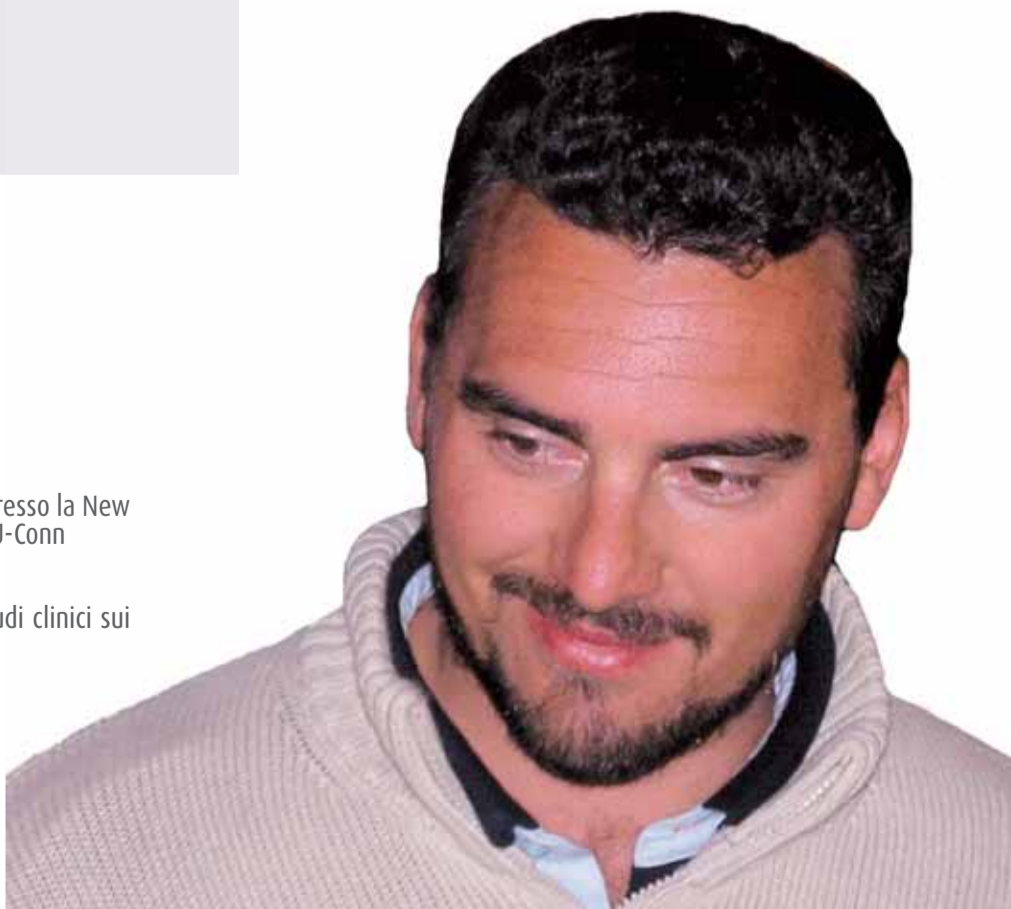


PILASTRI IN TITANIO PER TECNICA SIMPLE (METODICA OUTLINK²)



Dr. Marco Csonka

Laureato in Odontoiatria nel 1994. Specializzato in Chirurgia orale ed Implantologia Endossea presso la New York University nel 1997. Perfezionato in tecniche chirurgiche implantari avanzate presso la U-Conn University (USA).
Membro attivo della North American Association of Oral and Maxillo-Facial Implants.
Autore di numerose pubblicazioni scientifiche e coordinatore per l'Europa del Comitato di studi clinici sui fattori di crescita ossea in Implantologia.



Foggia, La Facoltà di Odontoiatria proiettata tra ricerca e didattica

Prof. Lo Muzio, può aggiornarci su quello che è oggi il punto della situazione nella prevenzione dei carcinomi orali? Si tratta di patologie molto diffuse? E quali sono oggi le possibilità di intervento?

Il carcinoma orale rappresenta il più diffuso dei tumori maligni del cavo orale ed è a tutt'oggi un serio problema per la salute umana con un impatto clinico in termini di incidenza, prevalenza e tassi di mortalità che non tende a migliorare. La diagnosi è spesso fatta quando la neoplasia è in stato avanzato e conseguentemente la prognosi si presenta scarsa con alta morbilità e mortalità. In Italia, l'incidenza media è di 8,44 nuovi casi all'anno ogni 100.000 abitanti tra gli uomini e di 2,22 tra le donne, con notevoli variazioni d'incidenza tra le varie regioni italiane, che riflettono differenze legate ad usanze locali quali il consumo di tabacco e l'assunzione di bevande alcoliche. Sempre in Italia, nel periodo 1986-1997, l'incidenza dei tumori del cavo orale è risultata sostanzialmente costante per gli uomini e in aumento per le donne (nel 1986 rapporto M/F= 6/1, attual-



Accertamenti clinico-diagnostici su lesioni orali mediante coloranti vitali.

mente M/F= 3/1). Il carcinoma orale interessa prevalentemente individui intorno alla V-VI decade di vita, tuttavia, negli ultimi anni l'incidenza del carcinoma orale in età inferiore ai 60 anni

sta aumentando drammaticamente, con l'aggravante che non sono stati evidenziati miglioramenti né prognostici né terapeutici per gli stadi avanzati. Infatti, la sopravvivenza a 5 anni dalla diagnosi è complessivamente del 44%, con una stabilità quasi demoralizzante delle curve di mortalità (periodo 1951-2001) sia per il sesso maschile che per quello femminile. Nonostante la relativamente facile accessibilità all'esplorazione diretta del cavo orale, la diagnosi è spesso tardiva e la prognosi non è migliorata negli ultimi decenni. Solo se il carcinoma orale è diagnosticato in fase precoce, stadio I, la sopravvivenza a 5 anni raggiunge circa l'80-90% ed il costo della spesa sanitaria è significativamente minore, con una migliore qualità di vita residua, altrimenti la sopravvivenza è molto scarsa, solo 5% in stadio IV. In questo scenario, tutti gli sforzi da parte delle organizzazioni internazionali, dalla World Dental Federation (FDI, Policy Statement on Oral Cancer, adottato dalla General Assembly in Barcelona, Ottobre 1998 e la versione rivista e adottata dalla General Assembly in Stockholm, Settembre 2008) alla WHO, firmataria insieme ai rappresentanti di 57 Nazioni della Dichiarazione di Creta sulla prevenzione del cancro orale (Creta, 2005), sono finalizzati ad incoraggiare le autorità nazionali ed internazionali, gli istituti di ricerca, le organizzazioni non-governative e la società civile a favorire ed eseguire efficaci campagne di controllo e prevenzione del cancro orale. Un ruolo fondamentale è rivestito, tra gli operatori sanitari, dall'odontoiatra che può divulgare ai pazienti informazioni esatte sui maggiori fattori di rischio per il carcinoma orale (come prodotti del tabacco, eccessivo consumo di alcol, lesioni potenzialmente maligne e, in alcuni sottotipi, raggi ultravioletti ed infezione da parte di alcuni sierotipi ad alto rischio del virus del papilloma umano), esercitare tecniche di counselling per diminuire/eliminare comportamenti a rischio ed eseguire moderne procedure diagnostiche (utili per il riconoscimento-diagnosi definitiva del paziente e management del post-trattamento). A tutto questo il moderno odontoiatra andrebbe motivato ed allenato per una corretta prevenzione primaria e secondaria del carcinoma orale. A tal proposito, la SIPMO (Società Italiana di Patologia e Medicina Orale - www.sipmo.it), di cui mi onoro di essere il Presidente, nel 2009 ha lanciato, in collaborazione con la SIOCMF (Società Italiana di Odontoiatria e Chirurgia Maxillo-facciale) e la Commissione Nazionale Albo Odontoiatri (CAO), un progetto nazionale per l'aggiornamento di tutti gli operatori sanitari coinvolti nella tutela della salute del cavo orale focalizzato sulle tematiche relative al carcinoma orale ed alla sua prevenzione mediante corsi specifici, la preparazione di un CD format e un testo di aggiornamento ad hoc.

Quali sono le lesioni orali che più frequentemente gli odontoiatri riscontrano oggi nella loro attività? E quali le terapie possibili?

Sicuramente le lesioni orali che gli odontoiatri osservano più frequentemente nella loro pratica quotidiana sono la stomatite aftosa ricorrente, le lesioni ad eziologia traumatica, la candidosi orale, la stomatite da protesi, la cheilite angolare, le infezioni erpetiche (soprattutto nella forma herpes labialis) e le forme di glossite atrofica da carenze vitaminiche. Queste condizioni, anche se apparentemente "banali", spesso creano dei problemi diagnostici e di conseguenza l'approccio terapeutico può non essere adeguato. Con una prevalenza del 10-20% nella popolazione generale, la stomatite aftosa ricorrente, comunemente conosciuta come "afta", rappresenta la patologia più frequente della cavità orale, le cui cause non sono del tutto chiare. Poiché non è stato evidenziato un singolo fattore predisponente, è ormai accettata la sua eziologia multifattoriale; per cui viene considerata come il risultato della stretta interazione tra fattori predisponenti (cambiamenti ormonali, stress, ipersensibilità alimentari) e/o condizioni sistemiche (deficit ematinici, malattie gastrointestinali, sindrome di Behçet, neutropenia ciclica, ecc.) e fattori immunologici, in soggetti geneticamente predisposti. Benché spesso l'aftosi ricorrente sia considerata una patologia banale e spesso sottovalutata, è estremamente importante sottolineare come le ulcere aftosiche possono essere un segno o un campanello d'allarme di patologie sistemiche molto più complesse. Pertanto, tutti i pazienti con aftosi ricorrente dovrebbero essere sottoposti ad esami ematochimici di routine (emocromo completo), per la valutazione dei deficit ematinici (ferro, folati e vitamina B12) e per la valutazione degli anticorpi specifici della malattia celiaca. Da un punto di vista farmacologico, ad oggi, non esiste un consenso sulla terapia di scelta della stomatite aftosa ricorrente. Nelle forme minor ed erpetiformi, solitamente una dieta selettiva associata a gel coadiuvanti la rigenerazione tissutale (e.g. gel a base di acido ialuronico ed amminoacidi), ad antisettici senza alcol a base di clorexidina 0.12% e ad eventuali analgesici topici (e.g. benzidamina o lidocaina crema) sono sufficienti al miglioramento clinico/sintomatologico. Nei casi re-

frattari potrebbe essere utile l'applicazione di gel/crema a base di corticosteroidi come il clobetoloso propionato 0.05% con miconazolo ed il triamcinolone acetone in Orabase®, applicati almeno 4 volte al giorno fino a guarigione dell'ulcera. Nei casi in cui i pazienti sono impossibilitati ad applicare le creme a base di cortisonici o le ulcere sono multiple, potrebbe essere indicato utilizzare sciacqui, almeno 4 volte/die, a base di soluzioni acquose o di triamcinolone 0.1-0.2%, o idrocortisone 0.3% o di desametasone 0.5 mg/5.0 mL. Oppure si possono consigliare delle compresse di betametasona da 1 mg da sciogliere in bocca almeno 3 volte/die. L'uso di cortisonici dovrebbe essere iniziato al momento della comparsa dei sintomi prodromici (formicolio, bruciore nel sito dove comparirà l'ulcera), ciò potrebbe prevenire la comparsa dell'afta. Per le forme major si procede con terapie più impegnative fino all'uso di corticosteroidi sistemici come il prednisone 1.0 mg/Kg/die come dose singola al mattino per una o due settimane. Assieme alle afte, le lesioni ad eziologia traumatica rappresentano le lesioni che più frequentemente interessano i tessuti molli del cavo orale. Si presentano o come neoformazioni (fibroma traumatico), o come aree atrofiche/erosive, ipercheratosiche, o più frequentemente come delle vere e proprie ulcere. L'aspetto fondamentale di queste lesioni è che spesso la relazione causa-effetto è evidente. Il trattamento delle ulcere ad eziologia traumatica prevede innanzitutto l'eliminazione dell'agente causale e l'applicazione di gel antisettici (e.g. a base di clorexidina) e favorevoli la riepitelizzazione (e.g. gel a base di acido ialuronico ed amminoacidi). Nella maggior parte dei casi e soprattutto le lesioni di piccole dimensioni guariscono spontaneamente in 10-14 giorni. Tuttavia la persistenza dell'insulto fisico e la sovra-infezione batterica dell'ulcera ne possono favorire la sua cronicizzazione. Nel caso di un'ulcera cronica che non guarisce dopo 15 giorni dalla rimozione del sospetto agente causale è



Accertamenti clinico-diagnostici su lesioni orali mediante analisi della fluorescenza tissutale.

d'obbligo l'esecuzione di una biopsia per accertarne la natura. La candidosi orale nella forma pseudomembranosa ed eritematosa è la più frequente patologia infettiva che interessa il cavo orale, soprattutto nei soggetti adulti. Tra i principali fattori che predispongono all'infezione da Candida vanno menzionati i trattamenti con corticosteroidi (sistemici o topici) e/o altri immunosoppressori, tutte le patologie (e.g. Sindrome di Sjögren) e/o l'uso di farmaci (antipertensivi, antidepressivi, antistaminici, chemioterapici anti-tumorali) che determinano iposialia (riduzione del flusso salivare), la radioterapia del distretto testa-collo, gli stati di malassorbimento e malnutrizione, i disordini immunologici (infezione da HIV-AIDS conclamato, l'immunoterapia, oncematologie) e il diabete mellito. Il trattamento farmacologico si basa principalmente sull'uso di antimicotici la cui prescrizione deve essere strettamente dipendente dall'esito dell'antimicogramma. Consigliabile è l'approccio con un antimicotico topico; tra le formulazioni per uso locale esistono le sospensioni orali a base di nistatina, amfotericina B, fluconazolo ed itraconazolo ed i gel a base di miconazolo che vanno utilizzati come sciacqui non diluiti o applicazioni topiche (in caso di gel) almeno 3 volte al giorno per 15 giorni. In caso di resistenza al trattamento topico, è consigliabile un approccio farmacologico sistemico. Anche se più raramente rispetto alle lesioni sopra menzionate, altre due patologie che possono interessare il cavo orale sono la leucoplachia ed il lichen planus orale. Entrambe appartengono al gruppo dei disordini potenzialmente maligni. La leucoplachia ha una prevalenza del 2.5% ed è definita come una macchia o placca bianca della mucosa orale sine causa, ovvero che non può essere identificata clinicamente o istologicamente come nessun'altra lesione. Non è associata ad alcun agente causativo chimico o fisico, fatta eccezione per il tabacco. L'approccio a una lesione leucoplasica prevede innanzitutto l'esecuzione di un prelievo biotipico ed il successivo esame istologico per definirne la diagnosi ed escludere la presenza di displasia o trasformazione maligna. Non esiste un trattamento universalmente accettato

20

INTERVISTA

per la leucoplachia, come indicato da differenti studi l'asportazione totale della lesione o l'uso di particolari farmaci spesso non è risolutiva, ma può accompagnarsi comunque a recidive. Per tale motivo, il paziente, dopo la conferma istologica, l'eliminazione di eventuali fattori irritanti, viene invitato all'astensione totale dal fumo (se fumatore), viene inserito in un programma di follow-up, il cosiddetto "wait and see", che consiste in controlli periodici della lesione leucoplasia basati sull'esame visivo, sull'uso di coloranti vitali come il blu di toluidina, eventuali prelievi per esame citologico e l'uso di dispositivi che sfruttano la fluorescenza tissutale, quest'ultimi utili soltanto nella mani di medici che hanno una certa dimestichezza con le lesioni orali. Il lichen planus orale è definito come una patologia infiammatoria cronica ad eziologia ignota e patogenesi immune, la cui prevalenza va dallo 0.5 al 2.2%. Il suo decorso è subacuto o cronico ad andamento ciclico, con periodi di acuzie delle lesioni mucose alternati a periodi di remissione, anche spontanea. La severità della malattia può correlarsi al livello di stress del paziente. Il lichen planus orale si può presentare in diverse forme cliniche: papulare, reticolare, atrofico/erosivo, bollosa e a placca. Solitamente solo le forme atrofico/erosive e bollose sono associate a sintomatologia e necessitano di un approccio terapeutico. Il management di un paziente con lichen planus prevede innanzitutto la valutazione istologica mediante biopsia incisionale della lesione orale e l'eventuale esecuzione di un tampone orale per ricerca miceti con eventuale antimicrogramma per escludere sovrainfezioni micotiche. In caso di lichen planus associato a lesioni atrofico/erosive e bollose e quindi a

sintomatologia urente si consiglia la prescrizione di una dieta selettiva e di corticosteroidi per uso topico sottoforma di creme. Infatti, benché per il lichen planus orale siano state proposte numerosi approcci terapeutici, recenti metanalisi hanno dimostrato come l'applicazione topica di clobetasolo propionato allo 0.05% con miconazolo in forma di crema sia il trattamento a tutt'oggi più efficace in corso di lichen planus orale. Si consiglia di effettuare l'applicazione topica di clobetasolo "a scalare" in relazione al grado di remissione della patologia. L'uso di altri corticosteroidi (triamcinolone acetone, prednisone, deltacortene, o di altri immunosoppressori (ciclosporina, dapsone, tacrolimus®) topici e/o sistemici vanno presi in considerazione solo in caso di resistenza al trattamento topico. Si consiglia, inoltre, l'uso di collutori a base di clorexidina 0.12% senza alcool da utilizzare non diluiti 3 volte/die per una settimana al mese. Gli sciacqui dovrebbero essere effettuati 1 ora prima del clobetasolo ed essere associati all'utilizzo di dentifrici non irritanti.

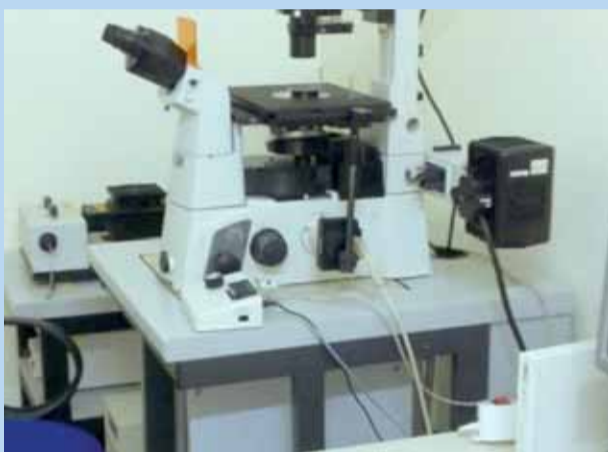
Nel panorama internazionale, quale è il ruolo e la qualità delle Università italiane nella ricerca dei meccanismi di patogenesi e nello sviluppo delle cure?

Grazie alla presenza in Italia di ricercatori universitari dedicati a tempo pieno a tali tematiche, possiamo essere orgogliosi dei nostri sforzi e dei nostri risultati. I centri di eccellenza sono tanti sul nostro territorio e solitamente operanti in network internazionali principalmente con centri europei. Ovviamente, pesa anche su di noi, al pari degli altri campi della ricerca pubblica italiana, la scarsità di fondi ministeriali dedicati alla nostra di-

sciplina. Nel caso della Medicina Orale, la SIPMO partecipa al Congresso Nazionale del Collegio dei Docenti di Discipline Odontostomatologiche (14-16 Aprile 2011) con una giornata dedicata a "Ricerca di Base, Clinica e Traslationale" (http://www.sipmo.it/public/sipmo/uploads/62691928_sessione_SIPMO_Collegio_dei_Docenti_2011-Siena%2016%20Aprile.pdf), e sempre nel 2011 organizza il suo Congresso Nazionale (Pugnochiuso -FG, 16 -18 Giugno) (http://www.sipmo.it/public/sipmo/uploads/62345006_XI%20Congresso%20Nazionale%20SIPMO-%20Foggia%20Pugnochiuso,16-18%20Giugno%202011.pdf) proprio sulla tematica della oncologia testa-collo in collaborazione con l'EAOM (European Association of Oral Medicine) ed altre importanti associazioni e società scientifiche Italiane di riferimento sulla tematica, con un rilevante parterre di relatori internazionali illustri e competenti. Ecco come in Italia cerchiamo di fare network e disseminare le conoscenze e i risultati delle ricerche.

Ritiene che vi sia sufficiente interesse delle Vostre categorie di settore alle patologie odontostomatologiche? Non ritiene che ci sia il rischio che "branche" più facoltose dell'odontoiatria come ad esempio l'implantoprotesi possano "offuscare" l'interesse dei giovani neolaureati verso la ricerca di base e per lo studio di patologie meno frequenti o rare?

Probabilmente e purtroppo sì. Branche odontoiatriche, per esempio l'implantoprotesi, la chirurgia orale e l'odontoiatria restaurativa, sicuramente hanno un maggior impatto sull'interesse dei giovani neolaureati, ma anche sugli odontoiatri affermati, forse perché più remunerative dal punto di vista economico in regime libero-professionale. A parer mio la conoscenza delle basi della Medicina Orale, sia pure intese come capacità di distinguere il patologico dal non patologico, il riconoscimento precoce delle lesioni elementari e l'intraprendere un percorso di diagnosi differenziale efficace, indirizzando il paziente a un centro di secondo livello, non possono non far parte del bagaglio culturale non soltanto della nuova e della vecchia generazione di odontoiatri, ma anche dei medici di medicina generale, dei dermatologi e degli otorinolaringoiatri, anche, ovviamente, per le ripercussioni medico-legali. Di tutto questo si fanno carico i corsi di perfezionamento e di aggiornamento annualmente schedati da diversi Atenei Italiani (www.sipmo.it), con programmi ed obiettivi formativi ad hoc, organizzati da colleghi docenti soci attivi della Società Italiana di riferimento per tale disciplina.



Strutture e dotazioni di attrezzature per l'attività clinico-assistenziale, didattica e di ricerca della nuova sede della Clinica Odontoiatrica.

Prof. Lorenzo Lo Muzio

Il Prof. Lorenzo Lo Muzio, nato a Foggia il 12 ottobre 1959, si laurea in Medicina e Chirurgia con voti 110 e Lode/110 nel 1984 presso l'Università di Napoli. Nel 1987 consegue la Specializzazione in Odontostomatologia con voti 70 e lode/70 e nel 1990 la Specializzazione in Oncologia con voti 70 e lode/70 presso l'Università di Napoli Federico II. Nel 1996 consegue il titolo di Dottore di Ricerca in Chirurgia Oro-Maxillo-Facciale presso la Seconda Università di Napoli. Nel 1997 consegue una Borsa di Studio biennale Post-Dottorato presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Napoli Federico II. Negli Anni Accademici 1994-95, 1995-96 è Professore a contratto di Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale nel Corso di Diploma Universitario in Logopedia della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari e negli Anni Accademici 1997-98, 1998-99 è Professore a contratto di Odontoiatria Preventiva e di Comunità del D.U. di Igienista Dentale della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Bari. Nel 2000 è vincitore con D.M. dell'8 settembre 2000 del concorso ai posti di Professori Universitari di Ruolo, fascia degli associati, gruppo F13B - Malattie Odontostomatologiche, bandito con DD.MM. del 22/12/95 e 29/2/96 con presa di servizio presso l'Università degli Studi di Ancona. Nel 2004 è Professore associato confermato di Malattie Odontostomatologiche, presso l'Università degli Studi di Foggia. Dal 2006 è professore di I Fascia di Malattie Odontostomatologiche, presso l'Università degli Studi di Foggia. Dal 2005 ad oggi è Presidente del Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università degli Studi di Foggia. Dal 2007-2013 è Delegato del rettore dell'Università di Foggia per il Consorzio Interuniversitario Nazionale per la Bio-Oncologia (CINBO) con decreto ministeriale, quale componente del Consiglio Direttivo. Dal 2008 ad oggi è Delegato alla Ricerca scientifica e tecnologica dell'Università degli Studi di Foggia, Presidente della Commissione Scientifica di Ateneo, Presidente della Commissione Brevetti di Ateneo. Dal 2010 è Preside Vicario della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Foggia. Dal 2009 è Segretario della Conferenza Permanente dei Presidenti dei Corsi di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria e Segretario della Giunta Didattica del Collegio dei Docenti di Discipline Odontostomatologiche. Si occupa attivamente dello studio dell'apoptosi e dei suoi principali mediatori nel processo di carcinogenesi della regione testa-collo conducendo alcune ricerche sui marcatori prognostici per le neoplasie della regione testa-collo e sulle molecole responsabili dell'adesione cellula-cellula nelle lesioni preneoplastiche e neoplastiche e nelle malattie autoimmunitarie del cavo orale. È autore di oltre 600 tra lavori in estenso, relazioni, comunicazioni e posters a congressi nazionali ed internazionali, libri, monografie e capitoli di libri di cui oltre 200 pubblicazioni su riviste internazionali con un impact factor totale di oltre 600. Dal 2005 è Presidente della SIPMO (Società Italiana di Patologia e Medicina Orale). È, inoltre, Founding Member of the International Academy of Oral Oncology (IAOO) ed Editor in Chief della rivista "The Open Otorhinolaryngology Journal".





Il 2010 ha segnato sicuramente la consacrazione di **Sweden & Martina** in Spagna.

A continuazione dell'impegno profuso da Sweden & Martina nel rafforzare la propria forza vendita, la compagine spagnola può contare adesso su 18 commerciali distribuiti su tutto il territorio nazionale con l'obiettivo di arrivare a 30 venditori entro la fine del 2011. Questo ambizioso progetto prevede anche l'istituzione di una vera e propria scuola internazionale per venditori che offra ai partecipanti migliori la possibilità di far parte della squadra Sweden & Martina.

Durante la seconda parte dell'anno sono proseguite le iniziative scientifiche attraverso corsi, congressi e collaborazioni con le università spagnole. Anche quest'anno **Sweden & Martina è stata presente alla SECIB (Sociedad Española De Cirugía Bucal)** con uno Stand e una relazione tenuta dal Prof. Carlo Maiorana. La manifestazione si è svolta a



Il team commerciale spagnolo



Lo stand Sweden & Martina al congresso della SECIB



El 2010 ha sido, seguramente, el de la consagración de **Sweden & Martina** en España.

Como consecuencia del gran esfuerzo de la empresa en reforzar la propia fuerza de ventas, la compañía española, cuenta en la actualidad con 18 comerciales distribuidos por todo el territorio nacional, con el objetivo de llegar a la cantidad de 30 a finales de 2011. Este ambicioso proyecto prevee también, la creación de una propia escuela internacional de agentes comerciales, que ofrezca la posibilidad, a los mejores, de formar parte del equipo de Sweden & Martina.

Durante la segunda parte del año, se han realizado numerosas iniciativas científicas a través de la realización de cursos propios, asistencia a congresos y numerosas y fructificas colaboraciones con las mejores universidades españolas. También este año, **Sweden & Martina ha estado presente en la SECIB (Sociedad Española De Cirugía Bucal)** tanto



Il Dr. Gianfranco Parente, il Dr. Javier Blanco di Oviedo, Manuel Zaragoza e Fernando Rodríguez Martínez



Il Dr. Gianfranco Parente e il Prof. Covani



Il Dr. José Antonio Arruti, il Prof. Miguel Penarrocha e il Prof. Ugo Covani



Il Prof. Ugo Covani durante la relazione al congresso SEI



Il Prof. Miguel Penarrocha, il Prof. Ugo Covani e il Dr. Antonio Barone



Tarragona il 21, 22 e 23 di ottobre ed ha visto la presenza di circa 1200 partecipanti.

Grandissimo successo ha avuto la partecipazione alla SEI (Sociedad Española de Implantes) il 25, 26 e 27 novembre a Siviglia. Il **Prof. Ugo Covani** ha tenuto una relazione sui Post-Estrattivi con carico immediato mostrando tutti i vantaggi della metodica Premium. La sessione dedicata alle Igieniste ha potuto usufruire anche della graditissima presenza della Dr.ssa Annamaria Genovesi.

La collaborazione con le università ha visto Sweden & Martina presente al Master di Implantologia delle sedi di Valencia, Madrid (Universidad Complutense; Universidad Rey Juan Carlos e Universidad Alfonso X Sabio), Siviglia, Granada, Oviedo. Nell'ambito di queste collaborazioni sono iniziati già da un po' di tempo studi scientifici nelle università di Valencia con il **Prof. Miguel Penarrocha**, nell'università di Madrid con il Prof. Mariano Sanz, nell'università di Murcia con il Prof. Luis Calvo, nell'università di Oviedo con il Prof. Dr. Juan Carlos De Vicente.

La direzione generale della Sweden & Martina ha voluto dimostrare tutta la sua soddisfazione per i risultati ottenuti nel territorio Iberico durante la cena di Natale che si è svolta a Madrid il 17 di Dicembre che ha visto tra gli altri la partecipazione di Alberto e Sandro Martina.

Nel 2011 sono previste una serie molto importanti di iniziative nel mercato spagnolo. Sta suscitando molto interesse il 1° Premium Day spagnolo.

La manifestazione per la prima volta si svolgerà, sotto la presidenza del Prof. Mariano Sanz e del Prof. Ugo Covani a Madrid e vedrà, tra gli altri, la partecipazione di relatori internazionali quali: Prof. Ugo Covani, Prof. Mariano Sanz, Prof. Miguel Penarrocha, Prof. Eugenio Velasco, Prof. Maximino Gonzalez, Prof. Luis Calvo, Dr. Santiago Llorente, Dr. Gaetano Calesini, Dr. Daniele Botticelli, Prof. Juan Carlos De Vicente ecc.

Il congresso avrà anche una sessione dedicata alle igieniste presieduta dalla Dr.ssa Annamaria Genovesi e dalla Sig.ra Rosario Velarde, ed una sessione dedicata agli odontotecnici presieduta dal Sig. Cesar Chust.



con un stand come con la conferenza realizzata per il Prof. Carlo Maiorana. El congreso tuvo lugar en Tarragona el 21, 22 y 23 de octubre y contó con la presencia de alrededor de 1200 participantes.

Grandísimo éxito tuvo la participación en la SEI (Sociedad Española de Implantes) el 25, 26 y 27 de noviembre en Sevilla. El **Prof. Ugo Covani** dio una conferencia sobre Post-Estractivos con carga inmediata, mostrando todas las ventajas de la metodica Premium. La sesión dedicada a los higienistas, contó con la destacada presencia de la Doctora Annamaria Genovesi. Sweden & Martina ha colaborado estrechamente y está presente en el Master de Implantología en las universidades de Valencia, Madrid (Universidad Complutense; Universidad Rey Juan Carlos e Universidad Alfonso X Sabio), Siviglia, Granada y Oviedo. En el ámbito de estas colaboraciones se han iniciado también estudios científicos en la Universidad de Valencia con el **Prof. Miguel Penarrocha**, en la Universidad de Madrid con el Prof. Mariano Sanz, en la Universidad de Murcia con el Prof. Luis Calvo y en la Universidad de Oviedo con el Prof. Juan Carlos de Vicente.

La dirección general de Sweden & Martina ha querido demostrar en todo momento su satisfacción por los resultados obtenidos en España, y así lo demostró durante la comida de Navidad, que tuvo lugar en Madrid el pasado 17 de diciembre y que contó con la participación de los señores Alberto y Sandro Martina. Para este año 2011, están previstas una serie de iniciativas muy importantes dentro del mercado español. Esta despertando un gran interés el próximo PREMIUM DAY español. El evento, que se realizará por primera vez en este país, bajo la presidencia del Prof. Mariano Sanz y del Prof. Ugo Covani tendrá lugar en Madrid y entre otros, contará con la participación de conferenciantes de la talla de, entre otros: Prof. Ugo Covani, Prof. Mariano Sanz, Prof. Miguel Penarrocha, Prof. Eugenio Velasco, Prof. Maximino Gonzalez, Prof. Luis Calvo, Dr. Santiago Llorente, Dr. Gaetano Calesini, Dr. Daniele Botticelli, Prof. Juan Carlos De Vicente etc. El congreso, dedicará también una parte de los higienistas, presididos por la Doctora Annamaria Genovesi y por la Sra. Rosario Velarde, y una sesión dedicada a los odontotécnicos presidida por el Sr. Cesar Chust.



Il team commerciale



Il Dr. Sandro Martina, il Sig. Stefano Coltri, il Dr. Alberto Martina e il Dr. Gianfranco Parente alla riunione di settembre 2010 a Madrid



Incontro con il team commerciale in occasione del pranzo di Natale 2010

Dr. Salvatore Gabriele

Corso di Anatomia Chirurgica applicata all'implantologia orale e prelievi ossei

Parigi, 7-10 ottobre 2010

La prima cosa che mi sono chiesto, scendendo dall'aereo in una piovosa notte parigina, è stata "Cosa ci faccio qui...". La risposta sarebbe arrivata tre giorni più tardi. L'atmosfera di Parigi assorbe in un istante, ed è subito tutto più esotico. Tuttavia bisogna cogliere l'attimo, poiché il corso di anatomia su cadavere del Dr. Salvatore Gabriele è un'immersione in apnea in una chirurgia che, è il caso di dirlo, lascia senza fiato. Passo necessario per entrare, mi sia concesso il gioco di parole, nel vivo della faccenda, è l'introduzione teorica. Una partenza a base di immagini e spiegazioni, dinamica e veloce. Si dimentichino le ore passate in aula all'università cercando di restare svegli. Il secondo giorno è un serrato programma su suture, lembi, implantologia. La sfida è chiara da subito: provare immediatamente tutto quello che non si è mai avuto occasione di provare. L'ultimo giorno è degno del secondo, con la dissezione anatomica a chiusura di un quadro di approfondimento anatomico ben preciso. In altre parole, toccare con mano ciò che si è visto solo su di un atlante. Ed ora lasciamo per un momento la struttura del corso per dare una risposta alla domanda posta in apertura... "Cosa ci faccio qui..." A Parigi ho potuto rendermi conto di come realmente siano alcuni settori anatomici fino ad oggi per me solo "teorici". Ho avuto modo di approfondire e riorganizzare le mie conoscenze, rendendomi conto con mano di come siano "de facto" canali, nervi, vasi e chi più ne ha più ne metta. Ho appreso un razionale chirurgico, anatomicamente inquadrato, più completo e corretto. E sopra tutto ho "rubato" una tranquillità del tutto nuova nell'atto chirurgico. Perché sì: Un corso simile lascia il segno. Si porta a casa molto. Perché no: La location è affascinante, ma Parigi non è girato l'angolo, e la sera avrete solo voglia di riposare. Ai colleghi veterani mi permetto di suggerirlo se ne dovessero sentire la necessità. Ai colleghi meno esperti che, come il sottoscritto, si affacciano a una chirurgia di maggiore impegno raccomando caldamente un'esperienza di questo tipo. Provare per credere: si passa dal "navigare a vista" a radar e gps. *Tommaso Pedesini - Sesto san Giovanni - Milano*



Dr. Gianni Manes Gravina

Corso di Ortodonzia preventiva e intercettiva - Foggia, 13 novembre 2010

Il 13 novembre 2010 il Dr Manes Gravina ha tenuto presso la Clinica Odontoiatrica della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Foggia il Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva OCCLUS-o-GUIDE - NITE-GUIDE - HABIT-CORRECTOR. Il corso era patrocinato dall'Università degli Studi di Foggia, rappresentata dal Prof. Domenico Ciavarella che ha portato il saluto del Presidente del corso di Laurea Prof. Lorenzo Lo Muzio e dall'ANDI provinciale di Foggia con il Dott. Giuseppe Fanelli. All'interno del corso il Dr. Alessandro Minenna, già presidente ANDI sezione Provinciale di Foggia, ha svolto una breve relazione presentando casi complessi affrontati utilizzando il dispositivo Occlus-o-Guide. Il corso ha riscosso notevole successo, erano presenti oltre 40 iscritti. Vi è stata grande partecipazione non solo tra coloro che vi partecipavano per la prima volta ma, piace sottolineare il ritorno di nostri clienti già utilizzatori del sistema Occlus-o-Guide che hanno visto in questo corso un motivo di confronto e di interscambio di idee a distanza di quasi due anni dall'ultimo appuntamento a Foggia. Da qui è emersa la volontà di creare un percorso di confronto continuo, di incontri, tra nuovi e vecchi utilizzatori. Un luogo dove per osmosi le informazioni, le idee, vengano scambiate tra professionisti in un percorso di arricchimento culturale continuo.



31° Congresso Nazionale SIE

il Prof. Vito Antonio Malagnino e il Dr. Roberto Gerosa - Verona, 11-13 novembre 2010



The Ultimate Endo Restorative Dentistry

VI Congresso Nazionale
Abano Terme (PD),
23, 24 e 25 settembre 2010



EAO

European Association for Osseointegration 2010

L'annuale Congresso EAO - European Association for Osseointegration costituisce per tutti i professionisti della terapia implantare un'importante occasione di confronto e di aggiornamento. È quindi con soddisfazione che ringraziamo i relatori che hanno esposto ad un auditorium tanto qualificato le loro ricerche eseguite con materiali Sweden & Martina. Ci congratuliamo in primis con il Dr. Daniele Botticelli, che da diversi anni porta avanti un progetto di ricerca sperimentale, oggetto del suo discorso di apertura della sessione plenaria del congresso 2010 di Glasgow dal titolo "Hard tissue characteristics affecting aesthetic outcomes". Inoltre ci complimentiamo con il Dr. Luigi Canullo per il successo ottenuto con la Short Oral Presentation "One abutment-one time": optimizing platform switching concept, Three-year controller prospective study (Presenter: Bignozzi I., Co-authors: Canullo L., Bignozzi I., Cocchetto R.), e con il Dr. Carlo Galli per la grande attenzione riscossa con il poster di ricerca "Phosphoserine-poly(lisine) coatings promote osteoblastic differentiation and Wnt signaling on titanium substrates" (Presenter: Galli C., Co-authors: Galli C., Passeri G., Piemontese M., Lumetti S., Manfredi E., Carra M.C., Macaluso G.M.).

Dr. Roberto Spreafico

Corso sui restauri estetici in resina composita sui denti posteriori ed anteriori - 6 novembre 2010



453 partecipanti, 32 relatori e 75 iscritti
ai corsi pregressuali

**XXIX Congresso Internazionale
AIOP - Bologna,
18-20 novembre 2011**



24

EVENTI



Dr. Giorgio Carusi

Corso intensivo di Chirurgia Avanzata
Bucarest, 1-4 dicembre 2010



Alcune volte quando ritorno a casa da corsi o eventi ECM, la domanda che spesso mi rivolgo è: Cosa ho imparato, ne è valsa la pena?? Alcune volte la domanda rimane senza risposta, ma oggi al ritorno dal corso con il Dr. Giorgio Carusi porto a casa delle risposte, nel mio bagaglio culturale e pratico ho aggiunto un po' di quella esperienza, piccole accortezze e grandi sicurezze trasmesse dal tutor a tutti noi corsisti. Sì, perché vedere le foto su dei libri o trovarsi di fronte ad un video non è la stessa cosa che "mettere le mani in pasta". Questo è stato un corso che mi sento di consigliare a tutti i colleghi che abbiano voglia di allargare i loro orizzonti per quanto riguarda la chirurgia, soprattutto quella avanzata (split crest, sinus lift, minirialzi, prelievi dal ramo), operando personalmente senza intermediazioni di sorta, ma con un tutor pronto ad intervenire in aiuto e consigliare la procedura più idonea. Quindi grazie al Prof. Carusi per la sua altissima disponibilità e professionalità, a chi ci ha ospitato nella propria struttura, il Dr. Dragos Epistatu, a tutti i colleghi corsisti sempre pronti a dare una mano e alle assistenti del Dr. Epistatu.

Roberto Cristofani - Viterbo

DBE System:

La tecnica di espansione progressiva del Dr. A. Grosso



Le tecniche di espansione hanno acquisito sempre maggiore popolarità tra gli implantologi nel corso degli ultimi anni, in quanto permettono di ottenere l'aumento dell'osso perduto e di alloggiare l'impianto nella posizione spaziale desiderata in un unico tempo operatorio. Questo è certamente il vantaggio principale rispetto ad altre tecniche di incremento dei volumi ossei che richiedono tempistiche operatorie differite e maggior discomfort per il paziente. D'altro canto, le tecniche classiche di espansione crestale sono caratterizzate da una curva di apprendimento alquanto lunga, nella quale l'affinamento dell'uso del martelletto implica situazioni non sempre agevoli per i pazienti. Il **DBE (Drill Bone Expander) System**, disegnato dal **Dr. A. Grosso**, rappresenta quindi una nuova concezione nella preparazione del sito implantare, basata su un **sistema di viti atraumatiche a doppio passo** innestate su di un apposito manico, bypassando anche l'utilizzo delle frese chirurgiche standard. Questa sistematica permette di **espandere l'osso in modo controllato**. Il braccio di leva lungo dato dal manico, con le viti inserite in modo progressivo, permette di spostare facilmente la parete di osso interessata mano a mano che si procede avvitando, così da creare un sito implantare ampio e di inserire l'impianto nella posizione voluta in un sito a quattro pareti. Il protocollo consiste nello scolpire un lembo a spessore parziale, utilizzare la piezochirurgia o la sonochirurgia per tagliare in cresta per circa 9 mm di profondità ed eseguire dei rilasci mesiali e distali. Il passo successivo è quello di un invito nella corticale con una fresa a rosetta di diametro 1.8 per circa 2-3 mm. Il sistema DBE drill bone expander in sequenza determinerà la dislocazione del piatto corticale. La forma delle spire permette anche che le viti procedano in modo autofilettante in tutte le condizioni di osso mascellare tipo 3 e 4, così da creare un sito per la collocazione dell'impianto senza scolpire un lembo bensì utilizzando un semplice bisturi circolare. Il sistema DBE può essere utilizzato con facilità anche nella **tecnica flapless**, nel **post-estrattivo** e nel **mini rialzo di seno** mascellare sfruttando in questo caso la forma delle sue viti con punta arrotondata per poter creare uno spostamento (di **espansione localizzata**) del pavimento.

ESPANSIONE DELLA CRESTA IN MASCELLA



Incisione della cresta dopo l'apertura del lembo a spessore parziale



Inserimento del primo espansore osseo con diametro 2,70 mm



Visione occlusale del foro di inserimento degli espansori in questo step dell'espansione



Inserimento del secondo espansore osseo con diametro 3,50 mm



Visione frontale del secondo espansore



Inserimento del terzo espansore con diametro 4,50



Visione occlusale del foro di inserimento degli espansori, che verrà ora utilizzato come sito implantare



Impianto inserito in situ: è visibile la transmembrana di guarigione

Bibliografia

Ricucci D., Grosso A., Valutazione dell'elemento gravemente compromesso: conservazione o implantologia. Dental Cadmos 8:1-LIV; 2005

25

NOVITA' DI MERCATO



Tredici anni di ricerca sperimentale e clinica, 110 articoli, di cui 30 studi sperimentali, 51 studi clinici e 29 interessanti case report, 2 revisioni della letteratura di autori indipendenti, 3 libri di cui 2 in anteprima, 458 tra istologie, immagini cliniche e radiografiche, tabelle e grafici e ben 239 autori coinvolti: questi sono i principali numeri della Rassegna Bibliografica "Scientifica - Implantologia", pubblicata in questi giorni da Sweden & Martina e disponibile gratuitamente per tutti i clienti e non clienti che ne faranno richiesta. I lavori sono divisi in **8 sezioni**, che affrontano i principali temi a cui la ricerca si è indirizzata: superfici implantari, studi sperimentali in vivo, impianti post-estrattivi, carico immediato, tecniche di carico con platform switching, rigenerazione ossea, comportamento meccanico degli impianti, e adozione di nuove tecnologie legate all'implantologia, essenzialmente CAD-CAM e chirurgia guidata. All'interno delle singole sezioni, introdotte di volta in volta da autori importanti del settore, trovano spazio gli abstract e/o la recensione di lavori sperimentali, clinici e case report che hanno utilizzato per i loro scopi impianti dentali di Sweden & Martina, corredati da un ricco apparato iconografico che include immagini cliniche ed istologiche, grafici e tabelle, fotografie al microscopio elettronico e immagini dei test a fatica. Inoltre i lavori sperimentali e clinici sono affiancati **un breve highlight** che contiene alcuni elementi sintetici, utili per valutare in un colpo d'occhio l'interesse del testo e coglierne i suggerimenti più importanti, così da decidere se approfondire poi la lettura con maggior tranquillità.

Dietro a tutto questo c'è il motore vivace, dinamico e creativo di Sweden & Martina, che non è più solo simbolo di successo commerciale ma ormai è anche **importante polo di sostegno alla ricerca**, alla cultura e all'etica odontoiatrica ed implantologica, e che pone al centro delle proprie valutazioni e dei propri programmi di sviluppo del prodotto le **preziose indicazioni dei ricercatori e dei clinici**. Qui di seguito riportiamo i lavori degli ultimi lavori pubblicati che hanno coinvolto impianti o materiale protesico Sweden & Martina, e che appaiono anche all'interno della rassegna SCIENTIFICA.

Caneva M., Botticelli D., Salata L.A., Scombatti de Souza S., De Carvalho Cardoso L., Lang N.P.
Collagen membranes at immediate implants. A hystomorphometric study in dogs,
Clinical Oral Implant Research, 21 (9): 891-897, 2010

Tra gli aspetti riguardanti gli impianti post-estrattivi immediati, sicuramente la preservazione della cresta ossea buccale richiama l'attenzione di molti implantologi, dato che ormai è assodato il ruolo decisivo dei tessuti duri per una migliore estetica anche a livello di profilo gengivale. Questo studio nasce dunque dalla necessità di analizzare le componenti coadiuvanti del processo di guarigione post-implantare per capire cosa dimostri una reale efficacia dal punto di vista scientifico e non empirico. In particolare, gli autori sottopongono a valutazione istomorfometrica impianti postestrattivi inseriti in mandibola con tecnica sommersa e a lembo totale, coperti da membrana in collagene riassorbibile per i 4 mesi di guarigione prefissati. Una volta ottenute le preparazioni istologiche attraverso Ground Sections e realizzate le preparazioni istologiche, gli autori hanno comparato i siti test (con membrana di collagene) ed i siti controllo (senza membrana di collagene) confrontando le rispettive misurazioni (distanza verticale tra la spalla dell'impianto e ed il punto di contatto osso-impianto più coronale, distanza tra la spalla dell'impianto e la sommità della cresta ossea adiacente, gap residuo tra la superficie dell'impianto e la parete alveolare, Bic % attorno alla superficie dell'impianto). I risultati hanno indicato che, pur in presenza del fisiologico riassorbimento della cresta buccale, l'utilizzo delle membrane ha contribuito ad una parziale (23%) conservazione del contorno vestibolare del processo alveolare.

Passeri G., Cacchioli A., Ravanetti F., Galli C., Elezi E., Macaluso G.M.,
Adhesion pattern and growth of primary human osteoblastic cells on five
commercially available titanium surfaces, Clinical Oral Implant Research 21: 756-765, 2010

Prosegue la collaborazione fra Sweden & Martina e l'Università di Parma, con una ricerca volta a caratterizzare il comportamento delle cellule ossee sulle superfici degli impianti Sweden & Martina, studiando sia gli aspetti morfologici, sia quelli funzionali, i cui risultati preliminari erano già stati presentati al Congresso IADR 2007 di New Orleans e pubblicati nei relativi Atti. In un quadro generale di piena compatibilità con cellule osteoblastiche umane, sono emerse importanti peculiarità specifiche per le singole superfici, in termini di promozione del differenziamento cellulare che possono essere di aiuto al momento della scelta clinica della superficie da utilizzare. In particolare sono stati colonizzati con osteoblasti primari di origine umana 5 diversi gruppi di dischetti in titanio grado 4 con superficie rispettivamente lucida (gruppo T1), macchinata (gruppo T2), Nanopore (gruppo T3), ZirTi (gruppo T4) e HRPS, cioè High Roughness Plasma Spray (gruppo T5). La morfologia cellulare, analizzata con il microscopio elettronico a scansione a 6, 24, 72 ore e a 7 e 14 giorni, si è dimostrata direttamente dipendente dalla topografia del substrato: sulle superfici T1 e T2 sono stati rilevati grandi lamellopodi, mentre sui campioni T3 e T4 la colonizzazione più numerosa è stata quella di filopodi sottili. La formazione e

distribuzione delle adesioni cellulari è stata invece analizzata tramite colorazione immunocitochimica, con l'evidente prevalenza di legami forti e stabili nelle superfici T3 e T4; la proliferazione è risultata maggiore sulle superfici a rugosità più elevata. Inoltre, il Test ELISA sulle quantità di osteocalcina e osteoprotegerina (OPG) ha permesso di valutare i processi metabolici afferenti all'osteointegrazione, dando ulteriore conferma alla teoria che, tra tutte, la superficie ZirTi innesca la differenziazione cellulare più rapida, mentre il Titanium Plasma Spray accelera maggiormente la proliferazione degli osteoblasti.

Branchi R., Vangi D., Virga A., Guertin G., Fazi G.
Resistance to Wear of Four Matrices with Ball Attachments for Implant Overdentures: A Fatigue Study, Journal of Prosthodontics 2010 Jun 8. [Epub ahead of print]

Questo studio del dipartimento di Protesi dell'Università di Firenze in collaborazione con la cattedra di ingegneria meccanica della stessa università (prof. D. Vangi) ha indagato la resistenza all'usura e la forza di ritenzione di quattro diverse tipologie di attacchi sferici per overdenture su impianti, avvalendosi di test a fatica in vitro che simulava 5.500 cicli di inserimento e disinserizione; sono state analizzate anche le variazioni dimensionali con il profilometro. Le matrici utilizzate sono state Teflon (con contenitore metallico), titanio, lega aurea e O-ring per ritenzione media. Se da un lato gli attacchi in Teflon hanno mostrato un aumento del 27% nella ritenzione a 5500 cicli, mentre le matrici di lega aurea hanno mostrato un aumento del 50% nella ritenzione già nei primi 500 cicli, rimanendo poi relativamente stabile fino a 5500 cicli, dall'altro le matrici di titanio e gli O-ring hanno dimostrato a 5500 cicli una progressiva perdita di ritenzione rispettivamente fino a 68% e 75%. Al profilometro si è invece rilevata un'usura significativa degli attacchi sferici in titanio solo se accoppiati con matrici in titanio. Considerando che i 5500 cicli presi in esame corrispondano in realtà a circa 3 anni di funzionamento, se ne deduce che in questo lasso di tempo gli attacchi in lega aurea e Teflon hanno mostrato i più alti valori di ritenzione senza perdita di capacità ritenitiva.





Momen A. Atieh, Hadeel M. Ibrahim, Ahmad H. Atieh,
Platform Switching for Marginal Bone Preservation Around Dental Implants:
A Systematic Review and Meta-Analysis, *Journal of Periodontology* 81: 1350-1366, 2010

Questa estensiva revisione della letteratura, condotta da un gruppo di ricercatori della University of Otago in Nuova Zelanda, ha preso in esame 10 studi relativi alle tecniche di platform switching e al loro esito, per un totale di 1239 impianti, estrapolandoli da un gruppo iniziale di 146 articoli attraverso uno stretto sistema di matching criteria. Tre di questi studi riguardavano impianti Global e Outlink: Canullo L., Quaranta A., Teles RP. The microbiota associated with implants restored with platform switching: A preliminary report. *J Periodontol* 2010;81:403-411.; Canullo L., Rasperini G. Preservation of peri-implant soft and hard tissues using platform switching of implants placed in immediate extraction sockets: A proof-of concept study with 12- to 36-month follow-up. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2007;22:995-1000. La metanalisi dei dati ha dimostrato che la tecnica platform switching è mediamente in grado di preservare l'altezza ossea e i livelli dei tessuti ossei perimplantari.

27

Canullo L., Sisti A.

Early implant loading after vertical ridge augmentation (VRA) using e-PTFE titanium-reinforced membrane and nano-structured hydroxyapatite: 2-year prospective study, *European Journal of Oral Implantology* 3 (1): 59-69, 2010

European Journal of Oral Implantology ha recentemente pubblicato gli esiti dello studio prospettico svolto nell'arco di 2 anni dal Dr. Canullo, che si inserisce nel complesso panorama delle tecniche di rigenerazione ossea valutando il connubio tra Sintlife Sweden & Martina (idrossiapatite nano strutturata arricchita in magnesio) e membrane in politetrafluoretilene espanso con supporti in titanio nel creare condizione adatte ad un carico precoce su impianti Global. La selezione dei pazienti ha previsto 42 impianti suddivisi in 20 casi con edentulia parziale e seri difetti di spessore di cresta ossea, benché fosse necessario un minimo di 3 mm di spessore per garantire la stabilità primaria agli impianti. La procedura chirurgica sommersa e con lembo è stata condotta in due fasi, con scoperta degli impianti a 4 mesi per rimuovere le membrane e protesizzare le fixtures secondo il concetto di Switching Platform, riducendo significativamente i tempi di carico che solitamente richiedono situazioni rigenerative di una certa entità. Gli ottimi risultati di questa indagine non si limitano alla totale osteointegrazione degli impianti o al limitato riassorbimento osseo perimplantare, ma includono la permanenza a 24 mesi di cospicui picchi di osso rigenerato e un aumento della stabilità primaria misurata longitudinalmente.

Canullo L., Bignozzi I., Cocchetto R.

"One abutment - One time": optimizing platform-switching platform concept.
Three-year controlled prospective study, *European Journal of Oral Implantology* 3 (4): 285-96, 2010

Partendo dal presupposto che nel corso di una riabilitazione implanto-protesica le manovre di sostituzione dei manufatti protesici provvisori con i definitivi possano provocare delle sollecitazioni negative ai tessuti perimplantari anche qualora si applichi la metodica switching platform, questo studio prospettico a 3 anni, i cui esiti sono stati presentati sotto forma di Short Oral Presentation nel corso del Congresso EAO 2010 di Glasgow, valuta l'influenza che hanno sui livelli ossei (MBL) le due tecniche, one abutment-one time (cioè l'utilizzo immediato della protesi definitiva) contrapposta al protocollo tradizionale di utilizzo di un provvisorio sostituito in seguito dalla protesi definitiva. A questo scopo sono stati selezionati 26 pazienti con altrettanti siti unitari in area premolare che richiedevano l'inserimento di impianti post-estrattivi immediati di diametro largo. Divisi in maniera randomizzata nei due gruppi, ai pazienti del gruppo di controllo è stato inserito immediatamente un provvisorio con diametro inferiore a quello della piattaforma implantare, costruito su un abutment provvisorio in titanio, mentre nei pazienti appartenenti al gruppo test sono state fissate le protesi definitive, anch'esse realizzate con tecnica switching platform su abutment in titanio. In entrambi i casi le corone sono non state poste in occlusione. Tutti gli impianti sono stati ripristinati in via definitiva dopo 3 mesi, adottando la tecnica di presa d'impronta tradizionale (con transfer, quindi connettendo e sconnettendo più volte gli abutment); nel gruppo test invece sono state utilizzate cappette metalliche prefabbricate che hanno permesso di collocare la struttura finale senza togliere l'abutment. Sono state eseguite radiografie digitali standardizzate al baseline (T0=momento dell'inserimento dell'impianto), protesizzazione finale (T1=3 mesi dopo l'intervento), e ai follow-up a 18 mesi (T2) e a 36 mesi dall'intervento (T3). I livelli ossei (MBL) sono stati invece rilevati con misurazioni computerizzate applicate alle immagini radiografiche, grazie all'utilizzo di un software di sottrazione radiografica della densità del tessuto osseo perimplantare. Con lo Student's t-test ($P < 0,05$) sono state individuate le differenze di MBL tra i due gruppi ai diversi follow-up.

Nel CG è stato rilevato un riassorbimento osseo perimplantare medio di 0.4 mm (SD=0.15 mm) a T1, di 0.38 mm (SD=0.12 mm) a T2, di 0.53 mm (SD=0.13 mm) a T3. Nel TG in media è stato rilevato un riassorbimento osseo perimplantare medio di 0.59 mm (SD=0.19 mm) a T1, di 0.31 mm (SD=0.11 mm) a T2, di 0.32 mm (SD=0.16 mm) a T3. Statisticamente la differenza è quindi risultata rilevante solo a T1. A parità di tempo di osservazione, è stata registrata una densità ossea perimplantare maggiore attorno al collo dell'impianto nel TG. La stabilità della connessione impianto/abutment conseguente alla strategia protesica minimamente invasiva adottata ("platform-switching" e "one abutment one time") potrebbe dare origine longitudinalmente ad una maggiore conservazione dei tessuti duri rispetto a quanto verificato con i protocolli tradizionali. Tuttavia, malgrado i dati siano incoraggianti, sono necessarie ulteriori verifiche cliniche su campioni di pazienti più ampi e indagini istologiche, al fine di confermare questa ipotesi analizzando i meccanismi biologici.



Scala A., Botticelli D., Oliveira J.A., Okamoto R., Garcia Rangel I. Jr., Lang N.P.
Early healing after elevation of the maxillary sinus floor applying a lateral access -
A histological study..., *Clinical Oral Implant Research*, 21 (12): 1320-6, 2010.

La guarigione precoce nello spazio ottenuto dopo l'elevazione della mucosa sinusale contestualmente all'inserimento dell'impianto senza l'uso di materiale innesto è un processo che lascia ampio spazio a speculazioni di carattere metabolico. Questa indagine, condotta dal Dr. Scala con il gruppo del Dr. Botticelli e pubblicata on line su COIR, descrive meticolosamente mediante un'analisi istologica qualitativa l'avvio del processo di guarigione dalla formazione del coagulo alla comparsa della matrice ossea provvisoria e del tessuto osseo lamellare, seguendone successivamente la maturazione in tessuto osseo a fibre parallele. Le due principali osservazioni riscontrate nel corso dello studio sono state una progressiva diminuzione delle dimensioni della zona elevata durante il processo di guarigione e la formazione del nuovo tessuto osseo dalle pareti e dai setti del seno senza alcuna prova della partecipazione della membrana Schneideriana in questo processo nella prima fase di guarigione.

Carinci F., Guidi R., Franco M., Viscioni A., Rigo L., De Santis B., Tropina E.

Implants inserted in fresh-frozen bone: a retrospective analysis of 88 implants loaded 4 months after insertion, Quintessence International, 40 (5): 413-419, 2009

Questo studio retrospettivo nasce dalla necessità di analizzare i tempi di carico da considerarsi sicuri in casi di impianti inseriti in osso fresco eterologo congelato, procedura di recente applicazione che quindi non dispone di tutta la casistica presa in esame, ad esempio, dalla letteratura su innesti autologhi. Gli autori prendono in considerazione 88 impianti inseriti nel triennio 2003-2006 su 22 pazienti (10 donne e 12 uomini con età media di 51 anni) che erano stati precedentemente sottoposti ad innesto per ottenere un aumento orizzontale della cresta ossea senza l'uso di membrane. Gli impianti utilizzati sono stati molto vari per quanto riguardava le dimensioni, i trattamenti superficiali e le case produttrici (30 double etched 3i, Osseotite, Biomet); 10 SLA1 Astratech; 26 ossidati anodicamente Nobel Biocare; 12 CaPO4 ceramic-blasted Lifecore Biomedical; 7 SLA2 Sweden and Martina Spa; 2 ITI Straumann; e 1 Biotec Povolaro di Dueville). Anche i siti riceventi risultavano molto variati: 10 incisivi, 7 canini, 36 premolari, e 35 molari. Il follow-up medio è stato di 27 mesi, durante i quali non è stato perso nessun impianto (sopravvivenza = 100%) e non è stata rilevata alcuna differenza tra gli impianti caricati a 4 mesi e quelli caricati a 6 mesi o più (209 impianti di confronto). Di conseguenza gli autori ne deducono che un intervallo di 4 mesi tra l'innesto di osso fresco congelato come materiale da riempimento e l'inserzione dell'impianto sembra essere un periodo sicuro per ottenere un alto tasso di sopravvivenza e una buona osteointegrazione.



Covani U., Marconcini S., Santini S., Cornelini R., Barone A.

Immediate Restoration of Single Implants Placed Immediately after Implant Removal. A Case Report, International Journal of Periodontics & Restorative Dentistry, 30: 639-645, 2010

La straordinaria diffusione degli impianti rende più frequenti per contro le complicazioni e gli insuccessi. La ricerca in generale, ed i numerosi contributi del gruppo di ricerca del Prof. Covani, hanno evidenziato l'ottima prognosi degli impianti post-estrattivi immediati e della loro immediata protesizzazione. Era dunque scontato che il gruppo del Prof. Covani affrontasse il tema dell'immediata sostituzione degli impianti, quando vanno incontro a complicazioni non altrimenti trattabili. Un tema già affrontato in altri lavori dall'autore e che oggi, con questa nuova pubblicazione, apre la strada non solo all'immediata sostituzione, ma anche alla immediata protesizzazione. In attesa di studi su larga scala, gli autori presentano il case report di un uomo non fumatore di 58 anni, che presentava un impianto non più osteointegrato a causa di un processo infettivo. Poiché il paziente ha rifiutato di utilizzare una protesi provvisoria rimuovibile, è stata presa in considerazione la possibilità di applicare un protocollo di carico immediato. L'impianto fallito è stato rimosso con la massima cura e l'alveolo postestrattivo è stato curettato per rimuovere completamente ogni traccia residuale di tessuto di granulazione, quindi con il paziente ancora sotto anestesia locale è iniziato il trattamento protesico. Sfruttando la grande stabilità iniziale di un impianto Premium (Sweden & Martina) si è ottenuto un interessante successo sia funzionale che estetico. Questo protocollo, che non prevede la messa in occlusione dell'elemento per ridurre al minimo il carico masticatorio fino alla guarigione, ha consentito un perfetto modellamento dei tessuti perimplantari e un recupero totale del sito compromesso.



28

Silvasan M.H.

Timing of dental implant loading - A Literature Review, Implants - Oemus, 11 (3): 06-16, 2010

A 8 anni di distanza dal consensus meeting di Barcellona, che per la prima volta stabilì in maniera internazionalmente riconosciuta i concetti di carico immediato, precoce e differito, viene pubblicata questa estensiva revisione della letteratura, che nasce dalla necessità di astrarre dai molteplici studi degli ultimi anni delle risposte alle domande sulla tempistica e sulla modalità di carico protesico su impianti. La revisione ha analizzato 26 studi apparsi su riviste indicizzate, includendo nell'analisi solo 12 di essi, che avessero un follow-up dei pazienti di almeno 12 mesi. Lo scopo principale di questi ultimi era infatti dimostrare la sopravvivenza della protesi finale, giacché il fallimento implantare genera grandi rischi per l'esito protesico e quindi per il paziente. Il carico immediato o precoce degli impianti è possibile oggi per pazienti attentamente selezionati. Tutti i fattori di rischio e le controindicazioni che possono compromettere l'osteointegrazione con un protocollo standard saranno ugualmente critici, se non ancora di più, in caso di protocolli di carico immediato o precoce. Questo implica dunque che ai fini di una buona osteointegrazione con tempi di carico ridotti si debbano abbinare una preselezione dei pazienti molto critica e una gestione della fase chirurgica e protesica. Infatti, sia per il carico immediato sia per quello precoce, una tecnica chirurgica che minimizzi la generazione di calore e la pressione della necrosi sembra rivestire un ruolo di particolare importanza. Tuttavia, anche la qualità e la quantità di osso perimplantare e il raggiungimento e mantenimento della stabilità primaria sono fondamentali per limitare i micromovimenti e mantenerli al di sotto della soglia biologica. I limiti biologici nel carico immediato e precoce non sono ancora stati interamente definiti, è dunque auspicabile che la ricerca continui e progredisca al fine di stabilire limiti più chiari tra i vari protocolli.



Dal dipartimento di ricerca e sviluppo Sweden & Martina è in fase finale di realizzazione, disponibile nel secondo quadrimestre 2011, il software cad Echo2, totalmente rinnovato con una impostazione ancora più intuitiva e di immediato apprendimento, sviluppato in collaborazione con i migliori professionisti italiani ed internazionali del settore con l'obiettivo di trasportare in digitale le quotidiane procedure odontotecniche di laboratorio.

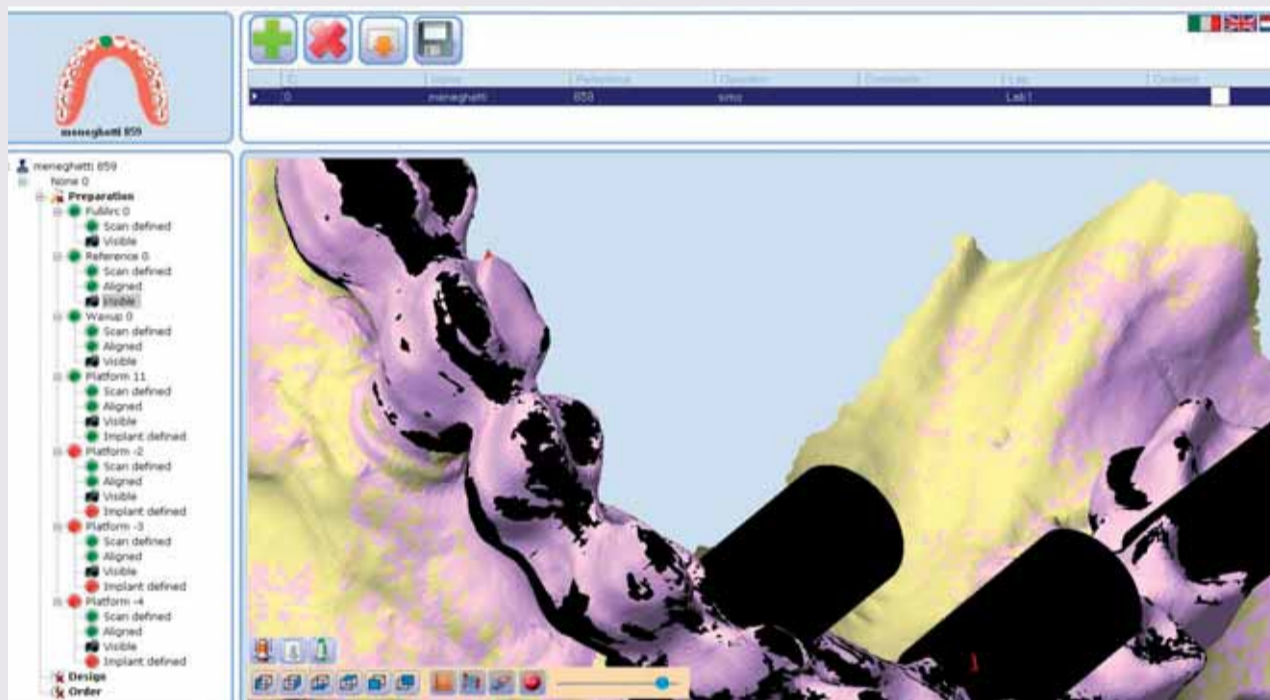
Echo2 presenterà una sistemica integrata completa da laboratorio (scanner+pc+software CAD) che permetterà di inviare ordini al centro produttivo Echo, integrato al Medical Bioengineering and Production Building, sede dello stabilimento di produzione dei sistemi implantologici Sweden & Martina al cui interno vi sono le più avanzate strutture tecniche e produttive oggi disponibili a livello mondiale nella produzione di elementi dentali protesici.

Echo2 fornirà anche un perfetto completamento di postazioni CAD già presenti in laboratorio ottimizzandone e ampliandone le funzio-

nalità. Sarà compatibile con tutti gli scanner aperti che producono file in formato ".stl" e sarà inoltre modulabile per rendersi compatibile con altre sistematiche di scansione e modellazione.

Attraverso una verifica con i nostri Product Specialist Echo sarà possibile stabilire quale tra le tante alternative proposte commerciali è la più adatta alle esigenze del cliente.

Sweden & Martina ha già programmato nella propria sede e direttamente in laboratorio dai clienti attivi Echo un programma completo di corsi per l'apprendimento del nuovo software divisi in vari livelli per accompagnare i laboratori attivati durante tutto il percorso di formazione. Nel 2011 sono previsti anche corsi di progettazione protesica di ceramizzazione estetica con opinion leader di eccellenza per sfruttare al meglio le caratteristiche estetiche dei manufatti Echo.



Dettaglio struttura a ponte

I PIÙ ELEVATI VALORI DI ADESIONE ALL'OSSIDO DI ZIRCONIO E ALLUMINIO E ALLE ALTRE LEGHE METALLICHE

VERSATILITÀ E RESISTENZA SU MOLTEPLICI SUBSTRATI***

COMPATIBILITÀ CON CEMENTI RESINOSI AUTOPOLIMERIZZABILI, FOTOPOLIMERIZZABILI O DUALI

- ***Substrati trattabili con Z-PRIME PLUS:
- > Ossido di Zirconio e di Alluminio
 - > Titanio, PFM, leghe nobili e altri substrati metallici
 - > Composito (sia per restauri diretti che indiretti)
 - > Parni endodontici
 - > Riparazioni intraorali



Bringing Science to
the Art of Dentistry™

CONSERVATIVA

Corso teorico di Conservativa - BISCO Adriano Dallari 2 aprile 2011	SALERNO CC069
Corso teorico di Conservativa - BISCO Lorenzo Breschi 20 maggio 2011	BOLOGNA CC066
Corso teorico di Conservativa - BISCO Lorenzo Breschi 21 maggio 2011	GENOVA CC067
Corso teorico di Conservativa - BISCO Lorenzo Breschi 28 ottobre 2011	FOGGIA CC070
Corso teorico di Conservativa - BISCO Adriano Dallari 12 novembre 2011	PADOVA CC072
Corso teorico di Conservativa - BISCO Adriano Dallari 12 novembre 2011	PADOVA CC072
Corso teorico di Conservativa - BISCO Lorenzo Breschi 25 novembre 2011	BRESCIA CC071
Corso teorico di Conservativa - BISCO Lorenzo Breschi 26 novembre 2011	MILANO CC068

ENDODONZIA

Corso teorico-pratico di Endodonzia Andrea Gesi 11-12 marzo 2011, 15-16 aprile 2011, 6-7 maggio 2011	PISA CF534
Corso teorico avanzato di Endodonzia - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli 25 marzo 2011	MILANO CF520
Corso teorico-pratico di Endodonzia Alfio Pappalardo 25-26 marzo 2011, 29-30 aprile 2011, 20-21 maggio 2011	CATANIA CF519
Corso teorico-pratico di Endodonzia - Come razionalizzare e semplificare il trattamento endodontico Andrea Gesi 1-2 aprile 2011	ROMA CF536
Corso teorico-pratico di Endodonzia - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli 1 aprile 2011	GENOVA CF522
Corso teorico avanzato di Endodonzia - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli 2 aprile 2011	TORINO CF521
Corso teorico-pratico di Endodonzia - La sagomatura completamente meccanica del sistema canalare: la nuova era dell'endodonzia moderna Fabio Gorni 8 aprile 2011	VARESE CF532
Corso TP Endodonzia 1/4 Vito Antonio Malagnino, Giuseppe Castorani, Antonio Malagnino, Giancarlo Malagnino 15-16 aprile 2011, 29-30 aprile 2011, 17-18 giugno 2011, 16-17 settembre 2011	BARI CF531
Corso teorico-pratico di Endodonzia - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli 13 maggio 2011	MILANO CF523
Corso teorico-pratico di Endodonzia - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli 14 maggio 2011	NAPOLI 14 maggio 2011
Corso teorico-pratico di Endodonzia - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli 21 maggio 2011	TERAMO CF537
Corso teorico-pratico di Endodonzia - La sagomatura completamente meccanica del sistema canalare: la nuova era dell'endodonzia moderna Fabio Gorni 16 giugno 2011	TORINO CF518
Corso teorico-pratico di Endodonzia Andrea Gesi 21-22 ottobre 2011, 18-19 novembre 2011, 2-3 dicembre 2011	PERUGIA CF535
Corso teorico avanzato di Endodonzia - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli 4 novembre 2011	PESARO CF525
Corso teorico-pratico di Endodonzia - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli 12 novembre 2011	SALERNO CF526
Corso teorico-pratico di Endodonzia - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli 18 novembre 2011	BRESCIA CF527
Corso teorico-pratico di Endodonzia - La sagomatura completamente meccanica del sistema canalare: la nuova era dell'endodonzia moderna Fabio Gorni 25 novembre 2011	MILANO CF517
Corso teorico-pratico di Endodonzia - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli 3 dicembre 2011	TORINO CF528

IGIENISTI

Corso pratico su paziente di sbiancamento dei denti vitali Annamaria Genovesi 9 aprile 2011, 18 giugno 2011	LUCCA
---	-------

IMPLANTOLOGIA

Corso in Implantologia rigenerativa ed estetica (II Livello) - Live surgery Marco Csonka 24-26 febbraio 2011	BARI CA650
Rigenerazione ossea - Mini corso teorico pratico Luigi Canullo 25 febbraio 2011	TORINO CA694
Rigenerazione ossea - Mini corso teorico pratico Luigi Canullo 26 febbraio 2011	BRESCIA CA695
Tecnica M.I.S.E.- Minimal Invasive Sinus Elevation. Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare Giorgio Carusi 4 marzo 2011	SIVIGLIA DASL032
Corso pratico su tessuti animali di Implantologia Avanzata Marco Csonka 4-5 marzo 2011	PADOVA CA638
Corso teorico-pratico di Implantologia: dai concetti di base alla chirurgia avanzata attraverso le differenti tecniche Giovanni B. Bruschi, Ivo Agabiti, Daniele Botticelli, Enzo De Santis, Paolo Viganò 4-5 marzo 2011, 1-2 aprile 2011, 6-7 maggio 2011, 17-18 giugno 2011, 1-2 luglio 2011	MILANO CA574
Rialzo sinusale: metodiche cliniche e materiali Ezio Bruna 9 marzo 2011	ROMA CA687G
Il disegno del lembo e la sutura nella chirurgia dei tessuti molli: hands-on & live surgery Daniele Cardardaropoli, Stefano Speroni 11-12 marzo 2011	MILANO CA663
Tecnica M.I.S.E.- Minimal Invasive Sinus Elevation. Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare Giorgio Carusi 12 marzo 2011	MILANO CA665
Corso di implantologia chirurgica e protesica Marco Csonka 18-19 marzo 2011, 8-9 aprile 2011, 13-14 maggio 2011, 13-14 giugno 2011	PADOVA CA660
Corso di Parodontologia e Implantologia Michele Figliuzzi 18-19 marzo 2011, 15-16 aprile 2011, 20-21 maggio 2011	VIBO VALENTIA CA677
Corso Teorico con Live Surgery - La terapia dell'edentulia totale con chirurgia implantare di base Riccardo Rinaldi 19 marzo 2011	ROMA CA679
Estetica in implantologia - Mini Corso teorico pratico Luigi Canullo 24 marzo 2011	TORINO CA696
Estetica in implantologia - Mini Corso teorico pratico Luigi Canullo 25 marzo 2011	BRESCIA CA697
Corso Teorico con Live Surgery - Differenti approcci chirurgico-protesici nella riabilitazione implantare dell'edentulia totale attuale e/o potenziale Lenello Biscaro, Alberto Becatelli, Massimo Soattin 25-26 marzo 2011	VERONA CA673
Corso pratico di implantologia e protesi fissa Ezio Bruna 25-26 marzo 2011, 29-30 aprile 2011, 20-21 maggio 2011, 17-18 giugno 2011, 1-2 luglio 2011, 23-24 settembre 2011, 14-15 ottobre 2011, 19-20 novembre 2011	PISTOIA CA656
Tecnica M.I.S.E.- Minimal Invasive Sinus Elevation. Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare Luigi Canullo 26 marzo 2011	ROMA CA690
Corso di chirurgia implantare ed implantoprotesi Giovanni B. Bruschi 8-9 aprile 2011, 6-7 maggio 2011, 27-28 maggio 2011	ROMA CA623
Corso teorico pratico di chirurgia e implantologia: dai concetti di base alla chirurgia avanzata Sandro Foddis 8-9 aprile 2011, 15-16 aprile 2011, 6-7 maggio 2011, 17-18 giugno 2011 23-24 settembre 2011, 21-22 ottobre 2011, 11-12 novembre 2011 2-3 dicembre 2011	CAGLIARI CA645
Il carico immediato - Corso teorico pratico Luigi Canullo 15 aprile 2011	ROMA CA691
Corso di chirurgia e protesi implantare Giovanni B. Bruschi, Ivo Agabiti 15 e 16 aprile 2011, 13 e 14 maggio 2011, 24 e 25 giugno 2011 15 e 16 luglio 2011	PESARO CA631
Tecnica M.I.S.E.- Minimal Invasive Sinus Elevation. Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare Giorgio Carusi 16 aprile 2011	SALERNO CA666
Corso teorico-pratico di Chirurgia Implanto-Protesica Antonio Barone, Salvatore Di Martino 29-30 aprile 2011, 13-14 maggio 2011, 17-18 giugno 2011	TERAMO CA680
Fixed Dental Prosthesis: solide basi su pilastri naturali e fixture implantari Stefano Lombardo 29-30 aprile 2011	TORINO
Anatomia Chirurgica applicata all'Implantologia Orale e Prelievi Ossei Salvatore Gabriele 12-14 maggio 2011	PARIGI CA658
Corso base pratico di Implantologia Gianni Mantoan, Franco Rossini 14 maggio 2011, 28 maggio 2011, 11 giugno 2011, 26 giugno 2011 17 settembre 2011, 1 ottobre 2011, 15 ottobre 2011, 29 ottobre 2011	PADOVA CA698
Tecnica M.I.S.E.- Minimal Invasive Sinus Elevation. Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare Giorgio Carusi 14 maggio 2011	COSENZA CA667

Corso Teorico con Live Surgery - Differenti approcci chirurgico-protetici nella riabilitazione implantare dell'edentulia totale attuale e/o potenziale Lenello Biscaro, Alberto Becattelli, Massimo Soattin 20-21 maggio 2011	VERONA CA674
Corso teorico-pratico di Implantologia liv. Base Luigi Canullo 20-21 maggio 2011	ROMA CA692
Corso di protesi fissa su impianti per medici e odontotecnici Fabrizio Bravi, Antonello Di Felice 17-18 giugno 2011, 8-9 luglio 2011	ROMA CA630
Corso di Chirurgia Avanzato Intensivo Giorgio Carusi 6-9 luglio 2011	BUCAREST CA682
Corso avanzato teorico-pratico di Implantologia e Anatomia Chirurgica per Odontoiatri, Igienisti e Assistenti Ugo Covani et alii 30 luglio - 7 agosto 2011	BUFFALO (NY) CA625
La riabilitazione implanto-protetico del mascellare superiore: dall'impianto post-estrattivo immediato all'edentulia totale. Esperienze chirurgiche a confronto Ugo Covani, Giovanni B. Bruschi, Ivo Agabiti 23-24 settembre 2011, 14-15 ottobre 2011, 18-19 novembre 2011	LUCCA CA683
Corso teorico pratico di rigenerazione ossea Luigi Canullo 30 settembre 2011	ROMA CA693
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 Roberto Abundo, Giuseppe Corrente 7 ottobre 2011, 4-5 novembre 2011, 2-3 dicembre 2011	TORINO CA647
Fixed Dental Prosthesis: dal restauro coronale parziale alla riabilitazione implanto-protetico complessa Stefano Lombardo 14-15 ottobre 2011	TORINO
Anatomia Chirurgica applicata all'Implantologia Orale e Prelievi Ossei Salvatore Gabriele 20-22 ottobre 2011	PARIGI CA659
Tecnica M.I.S.E.- Minimal Invasive Sinus Elevation. Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare Giorgio Carusi 21 ottobre 2011	NAPOLI CA668
Corso pratico su tessuti animali di Implantologia Avanzata Marco Csonka 21-22 ottobre 2011	PADOVA CA661
Tecnica M.I.S.E.- Minimal Invasive Sinus Elevation. Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare Giorgio Carusi 22 ottobre 2011	MILANO CA669
Un moderno approccio alla terapia implantare a carico immediato Pierpaolo Fioretti 22 ottobre 2011	FIRENZE CA688
Corso per igienisti e odontoiatri sull'utilizzo dell'Odontogain Annamaria Genovesi 11-12 novembre 2011	PADOVA CA700
Un moderno approccio alla terapia implantare a carico immediato Pierpaolo Fioretti 17 novembre 2011	FIRENZE CA689
Tecnica M.I.S.E.- Minimal Invasive Sinus Elevation. Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare Giorgio Carusi 25 novembre 2011	BOLOGNA CA670
Tecnica M.I.S.E.- Minimal Invasive Sinus Elevation. Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare Giorgio Carusi 26 novembre 2011	PADOVA CA699

ORTODONZIA

Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva: OCCLUS-o-GUIDE, NITE-GUIDE, HABIT-CORRECTOR Gaetano Ierardo 12 marzo 2011	NAPOLI CE266
Corso teorico-pratico di Ortodonzia con la tecnica OCCLUS-o-GUIDE e NITE-GUIDE 2° livello Gaetano Ierardo, Gianni Manes Gravina 26 marzo 2011	ROMA CE275
Corso avanzato di II livello su terapia ortodontica con dispositivi Occlus-o-Guide, Nite-Guide ed Habit Corrector Gianni Manes Gravina 1 aprile 2011	MILANO CE267
Corso avanzato di II livello su terapia ortodontica con dispositivi Occlus-o-Guide, Nite-Guide ed Habit Corrector Gianni Manes Gravina 14 maggio 2011	TORINO CE268
Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva: OCCLUS-o-GUIDE, NITE-GUIDE, HABIT-CORRECTOR Gaetano Ierardo 21 maggio 2011	MILANO CE269
Corso avanzato di II livello su terapia ortodontica con dispositivi Occlus-o-Guide, Nite-Guide ed Habit Corrector Gianni Manes Gravina 20 maggio 2011	L'AQUILA CE273
Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva OCCLUS-o-GUIDE, NITE-GUIDE, HABIT-CORRECTOR Gianni Manes Gravina 21 maggio 2011	BARI
Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva OCCLUS-o-GUIDE, NITE-GUIDE, HABIT-CORRECTOR Gianni Manes Gravina 25 novembre 2011	PESARO CE270
Corso teorico-pratico di Ortodonzia con la tecnica OCCLUS-o-GUIDE e NITE-GUIDE 2° livello Gaetano Ierardo, Gianni Manes Gravina 26 novembre 2011	ROMA CE276
Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva: OCCLUS-o-GUIDE, NITE-GUIDE, HABIT-CORRECTOR Gaetano Ierardo 3 dicembre 2011	MILANO CE271
Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva OCCLUS-o-GUIDE, NITE-GUIDE, HABIT-CORRECTOR Gianni Manes Gravina 3 dicembre 2011	SALERNO CE272

ODONTOIATRIA ESTETICA

Corso teorico pratico liv. Base - I filler: tecniche di impianto negli inestetismi del viso Filippo Brighetti 5 marzo 2011	MADRID DASL035
Corso teorico pratico liv. Base - I filler: tecniche di impianto negli inestetismi del viso Filippo Brighetti 19 marzo 2011	BOLOGNA CI195
Corso di livello base per il recupero volumetrico del viso attraverso tecniche di filler integrate Rosa Maria Gobbi 26 marzo 2011	MILANO CI192
Corso di livello base per il recupero volumetrico del viso attraverso tecniche di filler integrate Walter Pavanello, Valentina Castellan 9 aprile 2011	MONZA CI189
Corso teorico pratico liv. Base - I filler: tecniche di impianto negli inestetismi del viso Filippo Brighetti 16 aprile 2011	TORINO CI185
Corso di livello primo: Metodologie e tecniche sinergiche nell'uso di Peeling, Hydro-reserve, Biorivitalizzazione e Biolifting Rosa Maria Gobbi 16 aprile 2011	MILANO CI192
Corso teorico pratico di Odontoiatria Estetica sull'utilizzo dell'ago cannula Walter Pavanello, Valentina Castellan 6 maggio 2011	MILANO CI191
Corso di secondo livello per il perfezionamento nell'uso dei filler per il ringiovanimento e il recupero volumetrico del volto e nuovi orientamenti Rosa Maria Gobbi 21 maggio 2011	MILANO CI192
Corso di livello base per il recupero volumetrico del viso attraverso tecniche di filler integrate Rosa Maria Gobbi 24 settembre 2011	MILANO CI193
Corso di livello primo: Metodologie e tecniche sinergiche nell'uso di Peeling, Hydro-reserve, Biorivitalizzazione e Biolifting Rosa Maria Gobbi 29 ottobre 2011	MILANO CI193
Corso di livello base per il recupero volumetrico del viso attraverso tecniche di filler integrate Walter Pavanello, Valentina Castellan 5 novembre 2011	MILANO CI190
Corso di secondo livello per il perfezionamento nell'uso dei filler per il ringiovanimento e il recupero volumetrico del volto e nuovi orientamenti Rosa Maria Gobbi 26 novembre 2011	MILANO CI193

LASER & TECNOLOGIE

Corso sul corretto utilizzo del laser a Diodi ed Erbium in odontoiatria Giuseppe Iaria 11 marzo 2011	BRESCIA CD556
Nuove procedure in rigenerazione ossea laser assistite Luca Lancieri 11-12 marzo 2011	PESCARA CD558
Nuove procedure in rigenerazione ossea laser assistite Luca Lancieri 15-16 aprile 2011	BARI CD559
Corso sul corretto utilizzo del laser a Diodi in odontoiatria Luca Lancieri 13-14 maggio 2011	TORINO CD560
Corso sul corretto utilizzo del laser a Diodi ed Erbium in odontoiatria Luca Lancieri 17-18 giugno 2011	BOLOGNA CD561
Nuove procedure in rigenerazione ossea laser assistite Luca Lancieri 24-25 giugno 2011	ROMA CD562
Nuove procedure in rigenerazione ossea laser assistite Luca Lancieri 30 settembre - 1 ottobre 2011	PALERMO CD563
Corso sul corretto utilizzo del laser a Diodi ed Erbium in odontoiatria Luca Lancieri 28-29 ottobre 2011	PARMA CD564
Nuove procedure in rigenerazione ossea laser assistite Luca Lancieri 18-19 novembre 2011	DUE CARRARE (PD) CD565
Nuove procedure in rigenerazione ossea laser assistite Luca Lancieri 2-3 dicembre 2011	MILANO CD566

PROTESI

Corso teorico-pratico di Restaurativa Post-Endodontica Guido Fichera 18-19 marzo 2011	MONZA CA644
---	----------------

CHIRURGIA

Corso di chirurgia orale estrattiva degli elementi dentari inclusi Alessandro Di Marco, Jason Motta Jones 20 maggio 2011	MILANO CA681
Corso di chirurgia orale estrattiva degli elementi dentari inclusi Alessandro Di Marco, Jason Motta Jones 20 novembre 2011	MILANO CA664

Per maggiori informazioni:
numero verde 800-010789 o visitate il sito
www.sweden-martina.com
sezione corsi ed eventi


sweden & martina
ContinuingDentalEducation

Lo stato dell'arte in Odontoiatria



Angelo Putignano -
Ancona

"MEGLIO RIFLETTERE"

Molta enfasi si è data negli ultimi anni all'"odontoiatria estetica", ma una domanda sorge spontanea: "Abbiamo mai avuto pazienti che chiedono denti brutti?" Certamente no. Questo porta a una duplice riflessione.

Da una parte se si considera l'estetica parte integrante di un trattamento multidisciplinare essa non può essere vista come una disciplina. Se invece per Estetica si intende anche ogni forma di miglioramento di situazioni comunque non patologiche e quindi cosmetiche allora bisogna fare attenzione all'aspetto etico. In ortopedia la perdita di tessuto verrebbe vista quasi come una mutilazione e tutti noi dovremmo prendere in considerazione questo aspetto. Certamente ciò non vuol dire che non si dovrebbero effettuare trattamenti, ma soltanto che si dovrebbero ascoltare attentamente i nostri pazienti e capire le motivazioni di certe richieste e valutarne la reale necessità. Solo nel caso in cui motivazioni e indicazioni portassero al trattamento, cercare soluzioni in cui alla durata dei nostri restauri, nella valutazione, si enfatizzasse anche la durata degli elementi dentari. Tutto questo ha una sola risposta: essere conservativi. Restauri parziali, adesione, cementazione su smalto ed oggi anche restauri senza preparazione sono una realtà! Ma siamo pronti per l'odontoiatria del nuovo millennio?



Ugo Consolo -
Modena

"ODONTOIATRIA E SISTEMA SANITARIO NAZIONALE IN EMILIA ROMAGNA"

La figura dell'Odontoiatra ha assunto negli ultimi anni un ruolo sempre più specialistico, volto a massimizzare le capacità del singolo operatore nella branca di competenza; questo trend, ormai confermato anche in altri rami della medicina, rischia tuttavia di intaccare uno dei requisiti chiave della figura del professionista: la capacità di instaurare un rapporto diretto ed umano con il paziente. La Regione Emilia Romagna si è sempre dimostrata sensibile al tema del sociale, promuovendo percorsi terapeutici atti a favorire l'accesso a cure odontoiatriche anche ad individui spesso considerati di difficile gestione per la libera professione, quali i pazienti con delicati quadri clinici, pazienti diversamente abili o con limitate possibilità economiche. La capacità di inserire il personale docente universitario afferente a strutture Ospedaliero-Universitarie convenzionate, unitamente agli studenti dei Corsi di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, ha consentito di trasmettere a pazienti e studenti del Corso di Laurea una concezione di Odontoiatria non limitata alla mera esecuzione di prestazioni odontoiatriche, ma attenta a valorizzare il rapporto medico - paziente. Consapevoli della necessità di dover formare personale qualificato, competente e motivato, anche i Docenti Universitari del Corso di Laurea Specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università di Modena e Reggio Emilia associano al piano didattico e di ricerca un servizio di assistenza, rivolto a pazienti con vulnerabilità sanitarie e sociali, figlio di una felice collaborazione tra la Regione Emilia Romagna e l'Università.



Pasquale Minenna-
Foggia

"PIANI DI TRATTAMENTO DETTATI DA BUON SENSO E SENSIBILITÀ PROFESSIONALE"

Lo sviluppo straordinario dell'implantologia ha determinato una svolta "epocale" nel mondo odontoiatrico. La ricerca è orientata da un lato verso lo sviluppo di nuove geometrie e superfici implantari in grado di favorire ed accelerare l'osteointegrazione anche in casi meno favorevoli; dall'altro, elaborando procedure chirurgiche, più o meno complesse, tese ad incrementare il volume osseo e a superare i limiti anatomici del sito impiantare. Ma... questa eccessiva euforia per l'implantologia ha cambiato radicalmente, spesso a torto, i piani di trattamento odontoiatrici. Troppe volte si preferiscono adottare terapie "sbrigative" come avulsioni e inserimento di impianti, a terapie più conservative spesso di grande soddisfazione. In altre parole vedo sempre meno "vocazioni" a terapie endodontiche e parodontali più complesse. In realtà vi sono sempre varie opzioni terapeutiche e la nostra sensibilità professionale si misura nella capacità di individuare il piano di trattamento più efficace e "adatto" al paziente.



Ernesto Rapisarda -
Catania

"IL FUTURO DELL'ODONTOIATRIA IN UNA SOCIETÀ CHE CAMBIA"

In un periodo di crisi economica globale, in anni di grandi cambiamenti, il giovane Odontoiatra

subisce oggi i contraccolpi di mutamenti epocali. L'avvento di multinazionali e di grandi network collegati a fondi integrativi e a gruppi assicurativi e le inesorabili leggi del mercato rendono l'attività del giovane Odontoiatra non più "libero professionale", ma spesso dipendente e poco remunerata. Alla esagerata riduzione dei costi delle singole prestazioni consegue fatalmente un decremento della qualità e la necessità di utilizzare prodotti non eccellenti. Nella realtà italiana caratterizzata dalla "plethora odontoiatrica" si distingueranno i Professionisti aggiornati non solo ai fini ECM che, con passione e competenza, sapranno offrire uno standard qualitativo elevato, consapevoli che solo la scelta ragionata dei prodotti migliori e delle tecniche più affidabili garantisce e garantirà l'acquisizione e la fidelizzazione di nuovi pazienti. Il cliente dello studio odontoiatrico chiede oggi un servizio di qualità a prezzi accessibili. Ricerca l'estetica più della funzione. È disposto a investire nella salute della propria bocca a condizione che percepisca un ambiente di lavoro sereno, un'équipe affiatata, un'organizzazione familiare e manageriale al contempo. Chi come me insegna da decenni in Università deve trasmettere alle nuove generazioni anche questo messaggio, non per disilludere taluni studenti, ma per incitare a uno studio responsabile e costruttivo.

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 5, numero 9
febbraio/giugno 2011

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.com

Coordinamento editoriale
Valeria Bonotto
vbonotto@sweden-martina.com

Direttore scientifico
Glorianna Zangiachini

Direttore responsabile
Valentina Visentin

Progetto e direzione grafica
Valeria Musner - Studio Martinis

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

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

Alessandro Baccarini, Roberto Branchi,
Marco Caneva, Luigi Canullo,
Filippo Cardinali, Francesco Carinci,
Ilaria Cecchini, Ugo Consolo,
Ugo Covani, Roberto Cristofani,
Marco Csonka, Silvia Cuccarolo,
Paolo Ferdeghini, Nadia Medea Ferrarese,
Fabio Gorni, Antonio Grosso,
Lorenzo Lo Muzio, Andrea Mascolo,
Pasquale Minenna, A. Atieh Momen,
Isabel Ojea, Gianfranco Parente,
Giovanni Passeri, Tommaso Pedesini,
Angelo Putignano, Ernesto Rapisarda,
Michele Ricucci, Alessandro Scala,
Marius Hary Silvasan, Alessio Terziani,



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 _____
cap. _____ città _____ provincia _____
Tel. _____ fax _____ cell. _____
e-mail _____ P-IVA _____ cod.fisc. _____

È già cliente Sweden & Martina? SI NO

- Sono interessato a ricevere copia cartacea della rivista
- Sono interessato a ricevere la newsletter alla mia casella di posta elettronica
- 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
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - Implantologia
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - Strumenti Canalari Mtwo
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - Cementazione Adesiva Bischof

firma _____

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