

IL MAGAZINE
SCIENTIFICO
SWEDEN & MARTINA

 sweden & martina

NUMERI UNO



**59° Corso Gratuito
Fondazione
Prof. Luigi Castagnola**
Save the date



Intervista al
Prof. Enrico Gherlone
Transnazionalità e
competitività: due
elementi vincenti per
la ricerca e la tecnologia

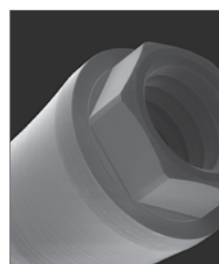


Dott. Loris Gaspari
Implantoprotesi
conometrica
elettrosaldatura chairside a
carico immediato



**Implantologia con
utilizzo di impianti
a diametro ridotto e
tecniche CAD CAM per
una provvisorizzazione
a lungo termine**
Dott. Domenico Baldi,
Dott. Jacopo Colombo,
Prof. Paolo Pera,
Odt. Uli Hauschild

Sentir parlare di raddoppio negli ultimi anni è cosa inusuale: ma Sweden & Martina è costretta a raddoppiare la superficie dei reparti produttivi per garantire il servizio di sempre ad un mercato che le dà sempre più credito.



Novità di mercato
**Nuovo impianto
Outlink² slim**



Dott. Ignazio Loi
Tecnica B.O.P.T. su
denti e impianti per la
riabilitazione di
un'arcata completa



4

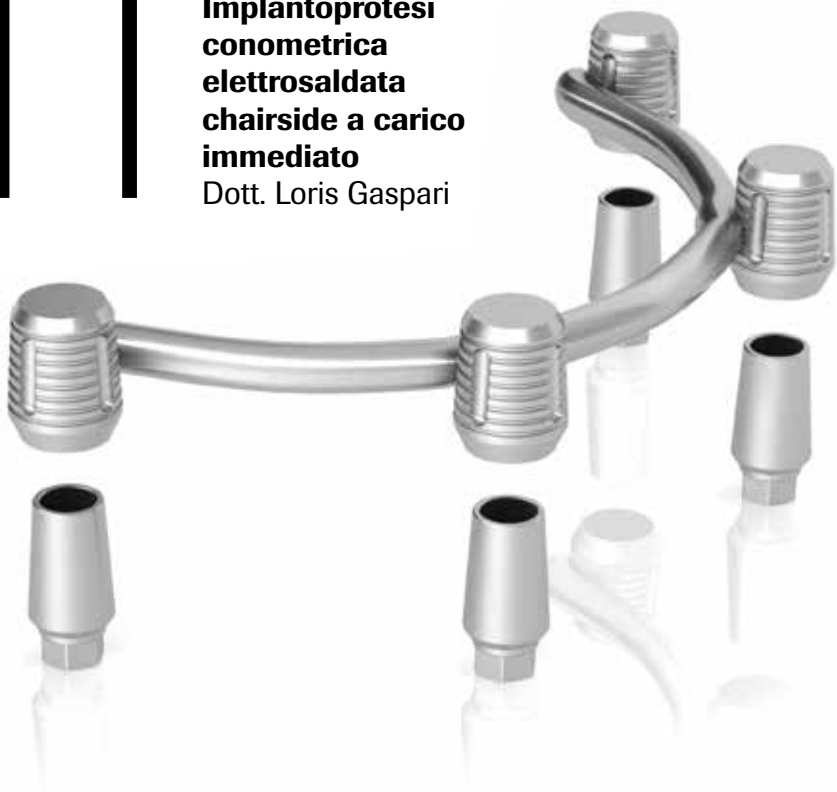
59° Corso gratuito
Fondazione
Prof. Luigi Castagnola
SAVE THE DATE



Anticipiamo con entusiasmo il programma scientifico del 59° Corso Gratuito della Fondazione Prof. Luigi Castagnola, che si terrà presso l'avveniristico Palazzo dei Congressi di Riccione il 10 e 11 ottobre 2014: vi aspettiamo!

11

Case Report
**Implantoprotesi
conometrica
elettrosaldata
chairside a carico
immediato**
Dott. Loris Gaspari



15

Intervista
**L'eccellenza si
nutre di ricerca,
integrazione ed
entusiasmo**
Prof. Dott. Roberto
Lodovico Weinstein

16

Case Report
**La precisione nel Cr.Co.
laser sinterizzato
rivestito in ceramica**
- Seconda Parte -
Odt. Ettore Morandini

23

Intervista
**Transnazionalità e competitività:
due elementi vincenti per
la ricerca e la tecnologia**
Prof. Enrico Gherlone



24

Eventi Italia

26

Eventi
Internazionali



5 Raddoppiamo!

6 Case Report
Una tecnica minimamente invasiva: implantologia con utilizzo di impianti a diametro ridotto e tecniche CAD CAM per una provvisorizzazione a lungo termine
Dott. Domenico Baldi, Dott. Jacopo Colombo, Prof. Paolo Pera, Odt. Uli Hauschild

10 Novità di Mercato
Nuovo impianto Outlink² SLIM, Protesi conometrica Cono Weld: dal provvisorio al definitivo

20 Novità di mercato
Nuovo manuale protesico Overdenture, Reply: repliche degli impianti conici

22 Novità di mercato
Monconi per tecnica B.O.P.T. del Dott. Ignazio Loi

21 Case Report
Tecnica B.O.P.T. su denti e impianti per la riabilitazione di un'arcata completa
Dott. Ignazio Loi



28 Stato dell'arte in Odontoiatria

30 Recensioni

31 Calendario corsi





Fondazione Prof. Luigi Castagnola

Presidente Dott. Nicola Perrini

10 -11 ottobre 2014

Palazzo dei Congressi
di Riccione

Richiesta di accreditamento ECM
per odontoiatri effettuata

SAVE THE DATE


sweden & martina

59° Corso Gratuito Fondazione Prof. Luigi Castagnola

**Aggiornamento in tema di preparazione e di
otturazione del sistema dei canali radicolari**

PROGRAMMA SCIENTIFICO

VENERDÌ 10 OTTOBRE 2014

- 8:30 RegISTRAZIONI
- 9:15 **Dott. Nicola Perrini, Presidente**
Benvenuto e apertura lavori
- 9:30 **Dott. Nicola Perrini**
L'evoluzione delle tecniche Crown-down
- 10:15 **Dott. Paolo Mareschi**
Strumenti manuali classici in acciaio versus strumenti meccanici Ni-Ti
- 11:00 Coffee Break
- 11:30 **Prof. Sandro Rengo**
Movimento reciprocante o continuo?
- 13:00 Lunch Break
- 14:30 **Prof. Vito Antonio Malagnino**
La preparazione simultanea dei canali radicolari
- 15:30 **Prof. Michele Simeone**
Panoramica sui sistemi di otturazione canalare
- 17:00 Conclusione lavori

SABATO 11 OTTOBRE 2014

- 8:30 RegISTRAZIONI
- 9:30 **Prof. Francesco Mangani**
Il restauro adesivo post-endodontico
- 10:30 Coffee Break
- 11:30 **Prof. Ugo Covani**
Il fallimento endodontico e l'impianto post-estrattivo immediato
- 12:30 Eventuale discussione e domande.
Compilazione questionario di valutazione ECM
- 13:00 Chiusura del 59° Memorial Castagnola



Memorial Biaggi
Associazione Amici di Brugg

35° Corso Gratuito Memorial Biaggi
per assistenti e igienisti dentali

**Assistenza e prevenzione
ambulatoriale e domiciliare per
i pazienti diversamente abili**

Per informazioni:

Sweden & Martina
Ufficio corsi ed eventi
Tel. 049.9124300

RADDOPPIAMO!

Sentir parlare di raddoppio negli ultimi anni è cosa inusuale: ma Sweden & Martina è costretta a raddoppiare la superficie dei reparti produttivi per garantire il servizio di sempre ad un mercato che le dà sempre più credito.

La sede di Due Carrare si espande inglobando tre palazzine contigue al Medical Bioengineering and Production Building.

Mente del progetto l'arch Roberto Tognon: con un portfolio di lavori internazionali - dalla palazzina in vetro in Madison Avenue (New York, NJ, USA), a raffinati progetti di boutiques a Parigi, Londra, Milano, New York, nonché show-room per i grandi marchi del lusso internazionale -, l'Architetto Tognon ha trasformato la zona industriale di Due Carrare in una cittadella della Sweden & Martina, che con questa espansione godrà di un affaccio sulla strada principale, verso la quale l'Architetto ha previsto un imponente marchio col logo aziendale.

Qui troveranno posto i nuovi reparti produttivi, 1.500 mq di superficie: tutte le macchine CNC saranno spostate nel nuovo stabilimento, per concedere così ancora più spazio al controllo qualità, dove già trova occupazione il 30% degli addetti: nonostante la continua crescita di pezzi prodotti, dunque, si continuerà a garantire il controllo sul 100% dei manufatti.



Nelle due palazzine direzionali, invece, sarà destinato nuovo spazio al centro corsi, con l'allestimento di una seconda sala con banchi attrezzati, per arrivare in questo modo ad ospitare contemporaneamente due corsi pratici e uno teorico. L'area dedicata ai break sarà inoltre impreziosita da un giardino d'inverno, con l'invidiabile affaccio sul parco aziendale, quei 40.000 metri quadrati di verde che lasciano un segno nella memoria di qualsiasi visitatore.



Una tecnica minimamente invasiva: implantologia con utilizzo di impianti a diametro ridotto e tecniche CAD CAM per una provvisorizzazione a lungo termine

Dott. Domenico Baldi, Dott. Jacopo Colombo, Prof. Paolo Pera, Odt. Uli Hauschild



Dott. Domenico Baldi

Laureato con lode in Medicina e Chirurgia nel 1987 all'Università degli Studi di Genova. Specializzato in Odontostomatologia e Protesi Dentale con lode nel 1990 all'Università degli Studi di Genova. Perfezionato in Implantologia nel 1998 all'Università degli Studi di Pisa. Stage: Università di Miami, Università Sofie Antinopolis di Nizza, all'Università Claude Bernard di Lione. Autore di numerosi articoli scientifici. Professore a contratto dell'Università degli Studi di Genova. Docente nel Corso di Perfezionamento Universitario in Implantoprotesi presso l'Università degli Studi di Genova. Docente al Corso di Alta Formazione di Chirurgia piezoelettrica presso l'Università La Sapienza di Roma. Docente al Master di Il Livello di Implantoprotesi presso l'Università degli Studi di Genova. Collabora all'attività didattica, di ricerca e di pratica clinica presso il Reparto Universitario di Implantoprotesi (Direttore Prof. Pera) dell'Università di Genova. Relatore in numerosi congressi nazionali ed internazionali. QDT - Quintessence of dental technology-(edizione italiana) editorial board member. Socio SIOPI (Italian Society for Implantology and Prosthodontics). Socio fondatore e membro attivo della International Piezosurgery Academy (IPA). Socio onorario della Société ii Române de Protetic Dentar si Maxilo-Facial (SRPDMF). Presidente 2013-2015 della International Piezosurgery Academy (IPA).



Dott. Jacopo Colombo

Laurea nel 2010 in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università di Genova con una tesi sperimentale inerente argomenti di protesi fissa. Dal 2009 frequenta il reparto di Implantoprotesi dell'Università di Genova-Ospedale San Martino (Direttore Prof. Paolo Pera) dove collabora ad attività cliniche e di ricerca. Nel biennio 2011-2012 ha frequentato il Master di Protesi Fissa del Dott. Domenico Massironi e il Master in Odontoiatria Restaurativa del Dott. Federico Ferraris. Socio ordinario Aiop e membro del Massironi Study Club. Autore di pubblicazioni e di presentazioni in ambito nazionale. Esercita la libera professione in La Spezia.



Prof. Paolo Pera

Paolo Pera ha svolto attività didattica e di ricerca in qualità di Professore a Contratto presso la cattedra di Protesi Dentaria dell'Università di Torino. Nel 1997 è risultato vincitore di concorso a Professore di 1° fascia ed è stato chiamato a ricoprire la Cattedra di Protesi Dentaria presso l'Università di Genova. Nel 2000 è stato nominato Professore Ordinario del settore scientifico disciplinare Med/28 - Malattie Odontostomatologiche presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Genova. Dal 2003 al 2009 è stato Presidente del Corso di Laurea in Igiene Dentale dell'Università di Genova. Dal 2009 è stato Direttore del Dipartimento DISTBIMO dell'Università di Genova fino al Dicembre 2011. Dal 2011 è Presidente del Corso di Laurea in Igiene Dentale dell'Università di Genova. È Presidente del Master di Il livello in Implantoprotesi. È autore di numerose pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali. È autore dei libri "La protesi parziale rimovibile" ed. Piccin, "Corone parziali in oro e ceramica" ed. Masson, "Columbus Bridge Protocol" Quintessenza ed. 2009 in lingua italiana e "Columbus Bridge Protocol" Quintessenza ed. 2012 in lingua inglese.



Odt. Uli Hauschild

Gestisce dal 1985 il suo laboratorio odontotecnico a Sanremo, Italia. È specializzato in protesi estetiche e funzionali, lavora per una clientela internazionale e può vantare una profonda esperienza con i vari sistemi di implantologia computerizzata.

Al fine di condividere la sua conoscenza, dal 2009 è docente di corsi post-laurea e master presso le università di Padova e Genova e, dal 2014, per il primo programma di master internazionale per l'odontoiatria digitale presso l'Università di Varese, oltre ad aver scritto diverse pubblicazioni per riviste del mondo odontoiatrico.

È membro certificato del Dental Excellence International Laboratory Group, mentore di Simplant Academy e membro della CAI Academy, ha ricevuto lo stato di Fellowship e Mastership dell'ICOI, "Congresso Internazionale di implantologia orale", negli Stati Uniti.

Dal 2013 è relatore certificato del DGOI, società tedesca di implantologia orale.

Abstract

Negli ultimi anni la mutazione delle condizioni socio-economiche della popolazione e l'evoluzione della tecnologia a disposizione degli odontoiatri hanno portato alla formulazione di piani di trattamento sempre più all'insegna della miniinvasività.

In particolare in ambito implantare si è avuto uno sviluppo importante di tecniche alternative alla rigenerazione ossea per garantire al paziente, a parità di risultato, un'importante riduzione dei tempi di trattamento e dei costi, oltreché un minor disagio per il paziente dovuto alla riduzione degli atti chirurgici.

A questo proposito si vuole presentare un caso in cui si è deciso di trattare un anziano paziente con una tecnica postestrattiva immediata utilizzando, per via dei ridotti volumi ossei, impianti di piccolo diametro.



01
OPT preoperatoria

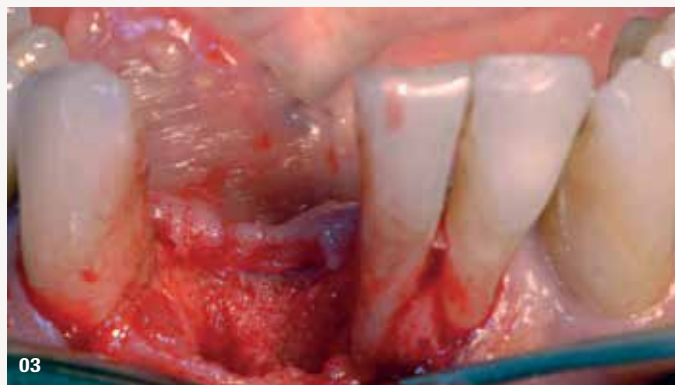
Introduzione

L'implantologia osteointegrata è ormai una branca solidissima della moderna odontoiatria e l'utilizzo di fixture è sempre più diffuso per risolvere tutti i tipi di edentulismi. Dal punto di vista tecnologico esistono innumerevoli tipi di impianti, che differiscono tra loro principalmente per forme, dimensioni e trattamenti di superficie.

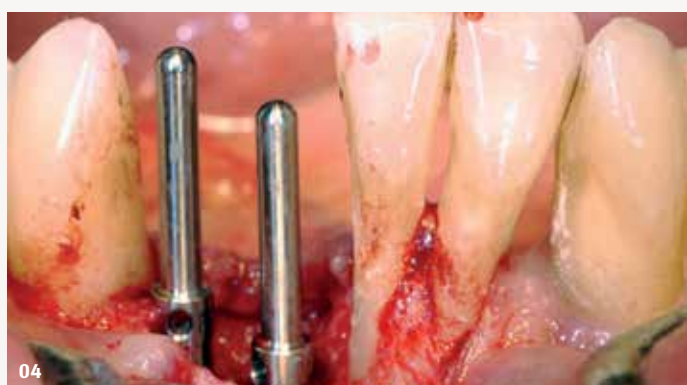
Attualmente la prognosi di queste riabilitazioni è estremamente favorevole sia per quel che riguarda l'impianto, sia per la sovrastruttura protesica, con tassi di successo per quel che riguarda la sopravvivenza a 10 anni che si avvicinano al 97%.



02
Immagine preoperatoria del gruppo frontale inferiore



03
Alveolo postestrattivo



04
Inserimento dei pin per il controllo del parallelismo



05
Inserimento delle fixtures Outlink® SLIM, Sweden & Martina

In linea di massima si è sempre seguita la norma clinica di utilizzare impianti a diametro maggiore nelle zone posteriori e impianti più piccoli nelle zone anteriori principalmente per problemi legati ai differenti carichi masticatori e alle dimensioni degli spazi residuanti da estrazioni. In particolare, in caso di ridotte dimensioni ossee trasversali, si è sempre ricorso ad interventi, anche piuttosto importanti, di rigenerativa ossea per essere in grado di inserire impianti con diametri compresi tra 3,5 e 4,5 mm.

Attualmente invece, in situazioni cliniche critiche, dovute a ipotrofie orizzontali dei mascellari, è stato proposto l'utilizzo di impianti a diametro inferiore (minore o uguale a 3 mm) per riuscire a evitare gli interventi di aumento di volume osseo garantendo quindi al paziente una contrazione dei tempi di trattamento e delle spese, nonché un minore trauma chirurgico. In questo articolo si presenterà il caso di un uomo giunto all'osservazione per problemi parodontali sul gruppo frontale inferiore, trattato con estrazioni e utilizzo di impianti a diametro ridotto e provvisori a lungo termine.

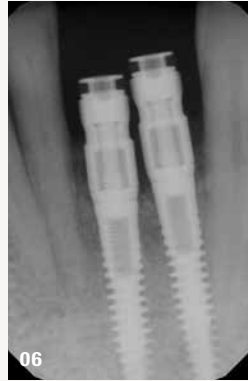
Materiali e metodi

Anamnesi e esame obiettivo

Si presenta all'osservazione un paziente uomo di 67 anni lamentando problemi di mobilità a carico del gruppo frontale inferiore.

Dal punto di vista anamnestico risulta essere in buona salute, non fumatore, senza controindicazioni particolari alle terapie odontoiatriche.

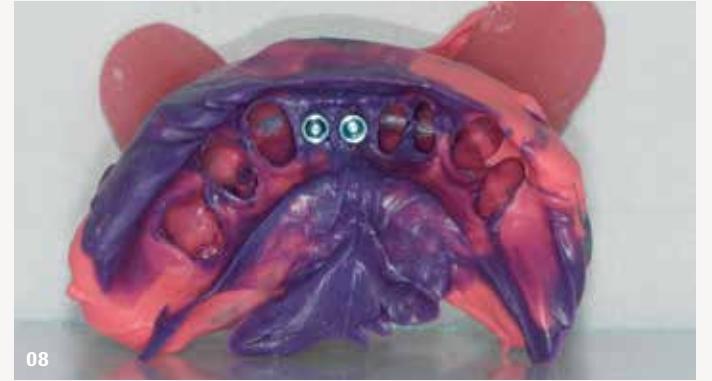
Dal punto di vista odontoiatrico il paziente presenta una situazione generale piuttosto complessa, con mancanza di numerosi elementi nei settori posteriori, sostituiti da due scheletrati. La diagnosi parodontale è di parodontite grave e generalizzata con problemi particolarmente marcati sugli elementi 4.1 e 4.2 che presentano mobilità di grado 3 e sondaggi parodontali superiori ai 5 mm.



06
Rx postoperatoria



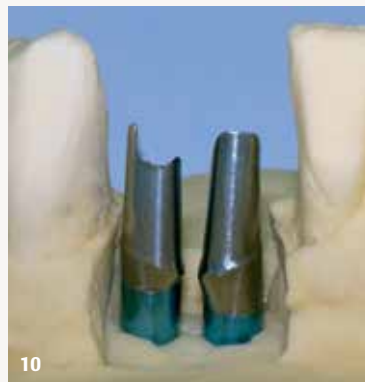
07
Transfer avvitati per impronta di trasferimento con tecnica pick-up



08
Impronta di trasferimento con polietere tecnica pick-up a cucchiaio aperto



09
Particolare dei monconi provvisori



10



11



12



13



14
Particolari delle fasi di laboratorio



15
Abutment posizionati in bocca



16
Provisorio in situ



17
Foto finale del sorriso del paziente

Dopo avere adeguatamente motivato il paziente e dopo averlo sottoposto ad un'adeguata terapia causale, valutata anche la compliance, si decide di estrarre i due elementi e di sostituirli con due impianti di diametro ridotto. La scelta è dovuta a diversi fattori: *in primis* la volontà del paziente di non essere sottoposto ad interventi di rigenerativa importanti, con conseguente risparmio nei tempi e nei costi.

Tecnica chirurgica

Dal punto di vista chirurgico si è optato per una tecnica post estrattiva immediata per minimizzare gli atti operatori, considerato che si è ottenuta sin da subito una stabilità primaria soddisfacente. Sono state inserite due fixtures di diametro 3,00 mm e lunghezza 13 mm (Outlink² SLIM, Sweden & Martina, Due Carrare -PD-, Italia), quindi sono state posizionate due viti di guarigione, perché si è preferito iniziare a modellare sin da subito i tragitti transmucosi, e si è suturato con un filo di seta 3-0. La sutura è stata rimossa al controllo dopo una settimana.

Procedure protesiche

Immediatamente dopo l'atto chirurgico si è proceduto al posizionamento di un provvisorio di tipo Maryland in zirconio con due alette su 4.3 e 3.1.

Dopo tre mesi dalle estrazioni si è proceduto alla presa dell'impronta: sono stati avvitati sugli impianti due transfer splintati tra loro con filo cerato e resina acrilica in quantità minima, il tutto per ridurre il rischio di spostamento dei transfer durante la fase di rimozione dell'impronta.

Si è optato per una tecnica pick-up con un cucchiaio individuale forato, preventivamente preparato dall'odontotecnico, utilizzando come materiale da impronta un polietere con due diverse viscosità.

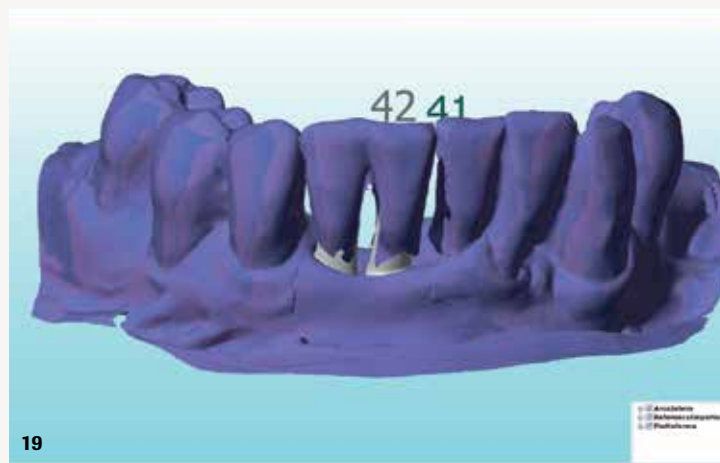
A questo punto il tecnico ha realizzato in laboratorio, sulla base della ceratura diagnostica, un provvisorio a lungo termine per il condizionamento dei tessuti molli adattato alla nuova posizione degli impianti, preparando dei monconi con sistema CAD-CAM.

La sistematica CAD-CAM prevede che le scansioni del modello con scan marker e della ceratura vengano allineate e importate nel programma Echo2 Sweden & Martina. Tramite gli scan marker si procede al posizionamento degli impianti nel modello virtuale e alla modellazione degli abutment avendo come riferimento la posizione protesica ideale data dalla ceratura. Gli abutment vengono quindi fresati e spediti dalla casa madre.

Si è proceduto in seguito a inserire il restauro in bocca ribasandolo in attesa della maturazione dei tessuti molli.

Conclusioni

L'utilizzo di impianti a diametro ridotto risulta essere una valida opzione di trattamento in tutti quei casi in cui, per volontà del paziente o per limiti operativi, non si possa procedere al ripristino di adeguati volumi ossei per una tradizionale terapia implantare.



Passaggi della progettazione degli abutment col software Echo 2

Bibliografia

- Albrektsson, T., Gottlow, J., Meirelles, L., Ostman, P.O., Rocci, A. & Sennerby, L. (2007) *Survival of NobelDirect implants: an analysis of 550 consecutively placed implants at 18 different clinical centers*. Clinical Implant Dentistry & Related Research 9: 65-70.
- Andersen, E., Saxegaard, E., Knutsen, B.M. & Haanaes, H.R. (2001) *A prospective clinical study evaluating the safety and effectiveness of narrow diameter threaded implants in the anterior region of the maxilla*. The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants 16: 217-224.
- Avila, G., Galindo, P., Rios, H. & Wang, H.L. (2007) *Immediate implant loading: current status from available literature*. Implant Dentistry 16: 235-245.
- Cho, S.C., Froum, S., Tai, C.H., Cho, Y.S., Elan, N. & Tarnow, D.P. (2007) *Immediate loading of narrow-diameter implants with overdentures in severely atrophic mandibles*. Practical Proceedings in Aesthetic Dentistry 19: 167-174.
- Comfort M.B., Cha F.C., Cha, J., Wat P.Y. & Chow, T.W. (2005) *A 5-year prospective study on small diameter screw-shaped oral implants*. Journal of Oral Rehabilitation 32: 341-345.
- Cordaro, L., Torsello, F., Mirisola Di Torresanto, V. & Rossini, C. (2006) *Retrospective evaluation of mandibular incisor replacement with narrow neck implants*. Clinical Oral Implants Research 17: 730-735.
- Degidi, M., Piattelli, A. & Carinci, F. (2008) *Clinical outcome of narrow diameter implants: a retrospective study of 510 implants*. Journal of Periodontology 79: 49-54.
- Galindo-Moreno, P., Nilsson, P., King, P., Becktor, J., Speroni, S., Schramm, A. & Maiorana, C. (2012) *Clinical and radiographic evaluation of early loaded narrow diameter implants- 1 year follow-up*. Clinical Oral Implant Research 23: 609-616.
- Lee, J.S., Kim, H.M., Kim, C.S., Choi, S.H., Chai, J.K. & Jung, U.W. (2012) *Long term retrospective study of narrow implants for fixed dental prostheses*. Clinical Oral Implant Research 1-6.
- Olate, S., Lyrio, M.C., de Moraes, M., Mazzonetto, R. & Moreira, R.W. (2010) *Influence of diameter and length of implant on early dental implant failure*. Journal of Oral & Maxillofacial Surgery 68: 414-419.
- Ortega-Oller, I., Suarez, F., Galindo-Moreno, P., Torrecillas-Martinez, L., Monje, A., Catena, A. & Wang, H.L. (2013) *The influence of implant width upon its survival: a meta-analysis based on prospective clinical trials*. Journal of Periodontology [Epub ahead of print].
- Petrie, C.S. & Williams, J.L. (2005) *Comparative evaluation of implant designs: influence of diameter, length, and taper on strains in the alveolar crest. A three-dimensional finite-element analysis*. Clinical Oral Implants Research 16: 486-494.
- Qian, L., Todo, M., Matsushita, Y. & Koyano, K. (2009) *Effects of implant diameter, insertion depth, and loading angle on stress/strain fields in implant/jawbone systems: finite element analysis*. The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants 24: 877-886.
- Renouard, F. & Nisand, D. (2006) *Impact of implant length and diameter on survival rates*. Clinical Oral Implants Research 17(Suppl. 2): 35-51.

10

Nuovo impianto Outlink² SLIM

Outlink² SLIM ha **diametro endosseo di soli 3.00 mm** e presenta il corpo con trattamento Zirti per una lunghezza di 10, 11.5 o 13 mm. La porzione coronale, alta 1.80 mm, è caratterizzata invece da una superficie **macchinata**. L'impianto Outlink² SLIM, con **oltre 5 anni di test clinici** alle spalle, è consigliabile per la riabilitazione di elementi singoli nei casi in cui lo spazio trasversale risulti limitato, al fine di ottenere un risultato altamente funzionale e un'ottima estetica. L'utilizzo di Outlink² SLIM risulta inoltre indicato qualora si vogliano evitare le tecniche di rigenerazione ossea o di movimento ortodontico dei denti, nonché in presenza di creste sottili.



Esagono esterno

La connessione ad esagono esterno che caratterizza l'impianto Outlink² SLIM risulta particolarmente indicata nei casi di riabilitazioni di **edentulie multiple** con forti disparallelismi, per i quali facilita la fase di presa d'impronta e i successivi inserimenti e disinserimenti protesici. Inoltre, l'altezza dell'esagono pari a 1 mm garantisce un'**ottima stabilità alle sollecitazioni** disto-mesiali e antero-posteriori.

Versatilità del protocollo di inserimento

Laddove il clinico lo ritenga opportuno, l'impianto può essere lasciato con la porzione macchinata **iuxta-ossea**; in questo caso, la sua superficie a bassa rugosità favorirà un'ottima estetica e la crescita dei tessuti molli. Qualora la situazione clinica lo richieda, la parte macchinata **può essere inserita nell'osso**, approfondendo la misura della preparazione. La superficie macchinata del collo dell'impianto Outlink² SLIM è inoltre ideale per favorire una semplice manutenzione e igiene sia domiciliare che in studio.



Moulder multifunzione

L'impianto Outlink² SLIM si presenta con il moulder multifunzione già assemblato all'interno della fiala. Oltre alla tradizionale funzione di **carrier per il trasporto** e il riposizionamento dell'impianto in sito, la particolare conformazione di questo moulder gli consente di svolgere anche la funzione di **transfer per la presa d'impronta** e di **pilastro** durante la riabilitazione protesica. Il colore dorato del moulder garantisce ottimi risultati estetici e il suo spessore è tale da permettere di ridurlo in altezza se necessario e/o di fresarlo.



Strumenti chirurgici e componenti protesici comuni ai tradizionali impianti Outlink²

La connessione dell'Outlink² SLIM è la **medesima dell'impianto Outlink² Ø 3.30**, pertanto la protesi necessaria per entrambe le sistematiche implantari è la medesima. Questa compatibilità semplifica notevolmente al medico la gestione ed il magazzino delle componenti protesiche. Analogamente, l'impianto Outlink² SLIM si inserisce utilizzando gli strumenti contenuti nel kit chirurgico Outlink² nonché nel kit OneBox². Pertanto non vi è la necessità di kit chirurgici aggiuntivi e/o strumenti integrativi.

Novità di mercato



Outlink²
SLIM

Protesi conometrica CONO WELD: dal provvisorio al definitivo

Dall'esperienza pluriennale del Dott. Gaspari in campo di saldatura intraorale nasce una linea protesica senza precedenti, che racchiude in sé i concetti che concorrono al successo impianto-protesico, come dimostrato dalla letteratura scientifica:

- Tecnica conometrica o telescopica
- Platform switching, con due sole misure di pilastri per tutte le piattaforme
- Abutment unico dall'impronta al definitivo
- Ferulizzazione per mezzo di saldatura
- Assenza di cementi
- Carico immediato

La **cappetta per la fase provvisoria** viene saldata ad una barretta in titanio per realizzare una struttura solida ma rimovibile senza necessità di svitare i pilastri. Inoltre, essendo passivata in bocca, questa potrà costituire una chiave di controllo affidabile per trasferire in modo preciso un'impronta al laboratorio.



La sistematica, sviluppata al momento per impianti Premium Kohno e Shelta di tutti i diametri, include **pilastri con corpo conico** sia dritti che angolati a 5°, 10° e 15°, da utilizzare unitamente alle apposite cappellette in titanio per saldatura intraorale, in fase di provvisorizzazione, e assieme alle corrispondenti cappellette definitive, per realizzare una riabilitazione a ritenzione conometrica sia parziale che full arch.

La **cappetta definitiva** segue lo stesso principio di funzionamento di quella provvisoria; non dovendo prevedere uno spessore adeguato alla saldatura intraorale, presenta un ingombro molto più contenuto, che ne rende facile il posizionamento nel manufatto protesico.

Completano la gamma una pratica **cappetta in PMMA**, utile sia per l'impronta snap on che per la fusione, e un analogo da laboratorio facilmente riposizionabile non solo nell'impronta, ma anche nella struttura solidarizzata

VANTAGGI DELLA RIABILITAZIONE CONOMETRICA:

- Estrema affidabilità della tenuta: la connessione tra cappetta conica prefabbricata inglobata nella sovrastruttura e moncone offre una stabilità meccanica assoluta e sicura.
- Completa reversibilità: in qualsiasi momento l'odontoiatra potrà rimuovere la protesi esercitando sempre la stessa forza. Non esiste la possibilità di mobilizzazione spontanea della protesi: lo splintaggio degli impianti che ne consegue consente il carico immediato in sicurezza.
- Estrema semplicità di utilizzo grazie alla standardizzazione dei pilastri, che calzano tutti la medesima cappetta.
- Semplicità di manutenzione da parte del paziente, che ha il comfort della protesi fissa, e facilità di accesso per l'igiene in studio.
- Passivazione naturale dei pilastri.
- Stabilità primaria assicurata con saldatura intraorale.



12

Implantoprotesi conometrica elettrosaldata chairside a carico immediato - caso clinico

Dott. Loris Gaspari



*Laureato in Medicina e chirurgia nel 1985 presso l'Università di Padova.
Specializzato in Chirurgia Generale nel 1990 presso l'Università di Verona.
Dal 1998 ha conseguito l'abilitazione all'uso del Laser in odontoiatria.
Dal 1999 pratica l'implantologia esclusivamente a carico immediato.
Ha conseguito il diploma di perfezionamento in "Implantologia Elettrosaldata" presso l'Università degli Studi di Chieti "G. d'Annunzio" nel 2006.
Ha conseguito il diploma di perfezionamento in "Valutazioni strumentali dell'apparato stomatognatico" presso l'Università degli Studi di Milano nel 2008.
Ha partecipato a numerosissimi Corsi di Aggiornamento Nazionali ed Internazionali.
Relatore a Corsi e Congressi di Implantologia e coautore di diverse pubblicazioni scientifiche.*

La moderna terapia implantoprotesica richiede al clinico sempre più una riduzione dell'invasività chirurgica ed un risparmio temporale nella fase di protesizzazione. Il tutto si riflette in un minor disagio del paziente con un notevole risparmio sia biologico che economico. La protesizzazione immediata di impianti realizzata solidarizzando gli abutment con una semplice struttura in resina non si è dimostrata sempre affidabile, ma se tale struttura è rinforzata, eliminando in tal modo il rischio di micromovimenti, essa diventa molto più predicibile. Si è visto che utilizzando fixture con platform switching e posizionando un moncone definitivo al momento dell'inserimento dell'impianto è possibile ottenere un riassorbimento marginale inferiore rispetto ad impianti senza platform switching e sui quali viene più volte rimosso il moncone. Il posizionare il moncone definitivo nella prima fase chirurgica richiede l'utilizzo di una protesi cementata che ha dimostrato essere legata ad un rischio perimplantite legato alla presenza di cemento nel solco perimplantare e non sono ancora state messe a punto modalità operative univoche volte a ridurre al minimo il rischio di lasciare residui di cemento. Non esiste attualmente un vero e proprio protocollo da seguire per la scelta delle componenti implantari, per la procedura di cementazione e

per il mantenimento dei restauri in implantoprotesi cementata. Per i suddetti motivi l'autore propone una nuova metodica protesica che utilizzando abutment dedicati preformati, permette di rispettare l'attuale gold standard determinato dall'utilizzo del platform switching e dal posizionamento del moncone definitivo al momento della chirurgia. La connessione protesica prevede l'utilizzo di cappette conometriche fornite dall'azienda, che consentono di confezionare un provvisorio chair side con l'ausilio della saldatura intraorale. La protesi provvisoria a ritenzione conometrica presenta una estrema affidabilità di tenuta e una completa reversibilità, tale da garantire la possibilità di rimozione da parte dell'odontoiatra ogni qual volta si renda necessario, applicando sempre la stessa forza. Nel contempo garantisce un sigillo marginale perfetto che non necessita l'utilizzo di cementi e determina uno splintaggio degli impianti permettendo di eseguire il carico immediato in sicurezza. La saldatura intraorale consente in questa fase di ottenere un manufatto protesico rinforzato estremamente affidabile e preciso con una notevole riduzione di tempi e di costi. In fase di protesi definitiva l'utilizzo di cappette conometriche preformate permette di ottenere inoltre una perfetta passivazione della struttura protesica.

Caso clinico

La paziente si presenta alla nostra osservazione con la necessità di riabilitare il 3° quadrante in regione 35 e 36 a seguito dell'avulsione dell'elemento 36 gravemente compromesso. Su richiesta della paziente non si procede al posizionamento immediato post-estrattivo degli impianti ma si opta per il posizionamento differito.



A distanza quindi di 4 mesi dall'estrazione si posizionano, con tecnica flap-less, 2 impianti (Sweden & Martina) Shelta rispettivamente di 3,80 mm di diametro e lunghezza 11,5 in regione 35 e 4,25 mm di diametro e lunghezza 11,5 in regione 36. Su entrambi gli impianti si rilevava un torque di inserimento di 65 NCm.



Sugli impianti vengono posizionati 2 monconi conici a diametro ridotto definitivi predisposti per utilizzare il sistema protesico conometrico (Sweden & Martina).



Nella stessa fase chirurgica si procede al posizionamento delle cappette conometriche preformate (Sweden & Martina).



Le cappette vengono solidarizzate mediante saldatura endorale (Dent Weld, Sweden & Martina) utilizzando una barra in titanio del diametro di 1,5 mm. In tal modo si ottiene un manufatto protesico estremamente preciso, rimovibile, che ci permetterà di confezionare un provvisorio a carico immediato.



Le cappette saldate vengono rimosse per verificare la loro passività e la possibilità di essere inglobate nel provvisorio preconfezionato.



14

Una volta riposizionata la struttura elettrosaldata sui monconi si procede alla ribasatura diretta del provvisorio in modo da poter inglobare la struttura stessa ed ottenere quindi un manufatto rimovibile rinforzato che avrà anche il vantaggio di stabilizzare gli impianti.



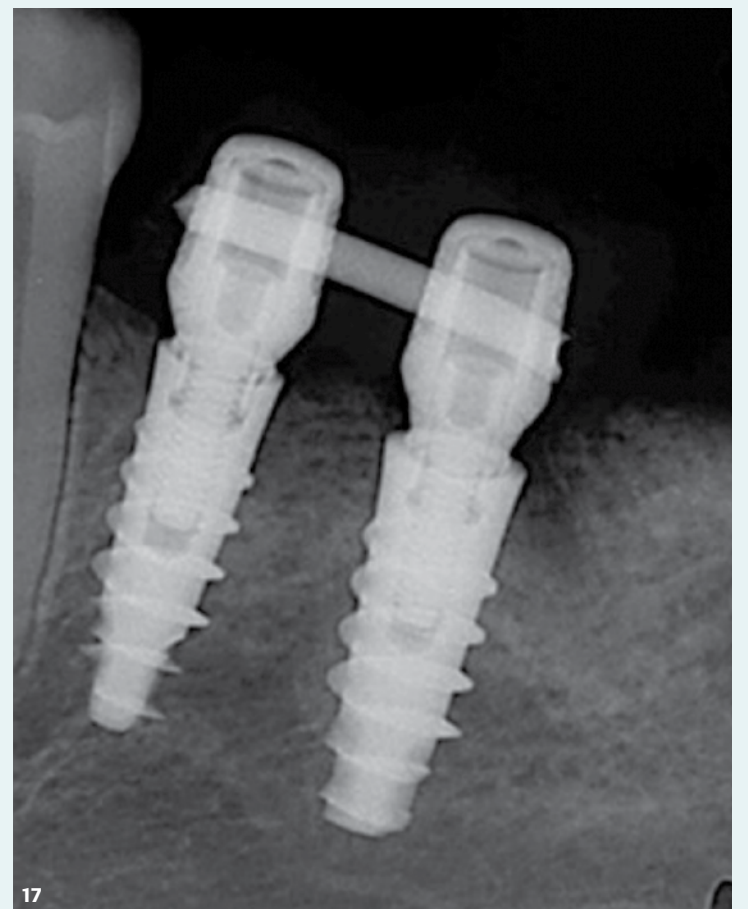
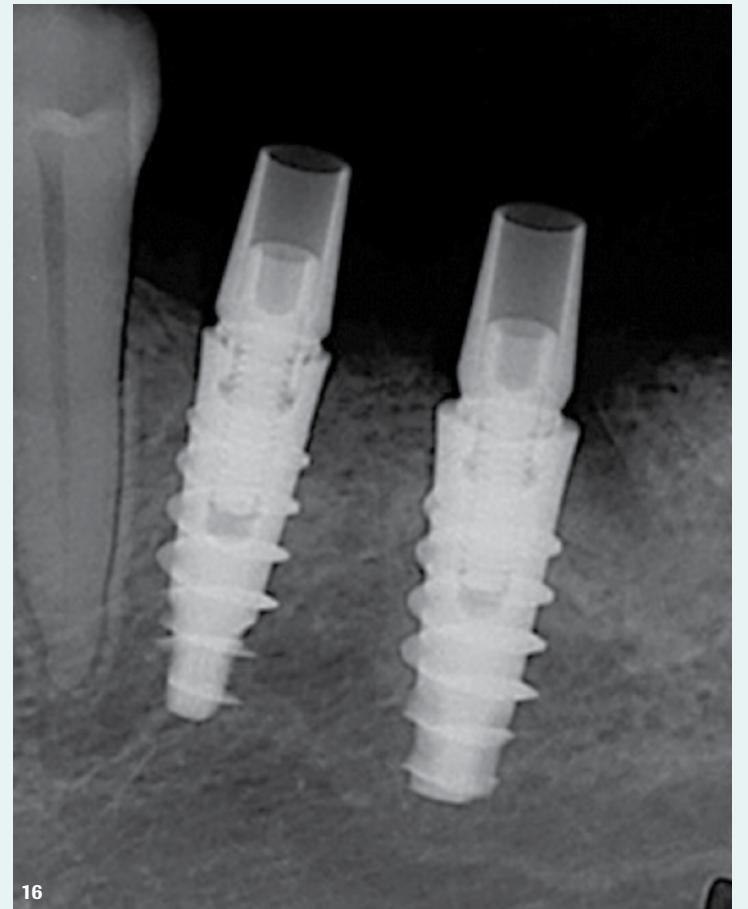
Rimozione del provvisorio ribasato che verrà poi rifinito e lucidato.



Applicazione del provvisorio "senza cemento" sfruttando le proprietà del cono morse.



RX endorali di controllo che evidenziano la precisione dei componenti e il platform switching ottenuto con questa tipologia di monconi (Sweden & Martina).



Conclusioni

Il caso presentato dimostra come si possa, con questa tecnica, realizzare in modo semplice e veloce un'implantoprotesi a carico immediato che rispetti i concetti di platform switching posizionando già in fase chirurgica il moncone definitivo che non verrà più rimosso, grazie alla disponibilità di monconi con varie altezze transmucose. L'utilizzo di cappette conometriche precostruite permette di ottenere un'altissima precisione e la solidarizzazione mediante elettrosaldatura consente di stabilizzare gli impianti posizionati e di confezionare alla poltrona un provvisorio che, oltre ad essere estremamente resistente, consente al clinico di poterlo rimuovere agevolmente in qualsiasi momento.

La standardizzazione della metodica e la sua adattabilità ai vari sistemi implantari Sweden & Martina determina la sua facilità di utilizzo e la conseguente economicità.

L'eccellenza si nutre di ricerca, integrazione ed entusiasmo

Prof. Dott. Roberto Lodovico Weinstein

Nasce a Varese nel 1948. Laurea in Medicina e Chirurgia, specializzazione in Odontoiatria nel 1974 a Milano.

Allievo di Federico Singer, di Oscar Hoffer e soprattutto di Giorgio Vogel.

Con il Professor Vogel svolge tutta la vita accademica, partecipando alla grande avventura della sua Scuola.

Ricercatore a Milano nel 1981, poi professore associato a Modena, torna a Milano nel 1990 come

professore ordinario alla Cattedra di Parodontologia.

Dirige la scuola di specializzazione in Odontostomatologia, il Corso di Laurea in Igiene dentale, il corso di

laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria.

Membro del senato accademico, fonda e dirige due Centri di Ricerca e tre Dottorati di Ricerca.

Attualmente è Direttore della Clinica Odontoiatrica presso l'IRCCS Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano e

Coordinatore del nuovo Dottorato di Ricerca in Scienze Odontostomatologiche.

È stato Presidente della SIOH e della Società Italiana di Parodontologia.



Da quando è nato il reparto di Odontostomatologia dell'Istituto Galeazzi, Lei è stato chiamato a dirigerlo ed è stato attore fondamentale della crescita e dello sviluppo di questa importante struttura del territorio Nazionale. Ci racconterebbe, con le Sue parole, l'esperienza che Lei ha vissuto e l'evoluzione negli anni del Galeazzi? Ci descriverebbe anche come si articola oggi l'attività dell'Istituto?

Siamo arrivati al Galeazzi nel 2001, eravamo in 50, solo io ero un docente universitario.

Oggi i Docenti sono sei e i collaboratori sono sempre tantissimi. Tutti insieme abbiamo costruito una Clinica che non esisteva, grazie al costante supporto della Amministrazione, cercando di proporre un modello di assistenza basato sull'eccellenza clinica e sul trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica clinica. Ancora oggi questo è il nostro modello di riferimento, che ci ha consentito di scrivere quasi 400 articoli pubblicati sulla letteratura scientifica internazionale e di curare migliaia di Pazienti.

L'idea di avere un reparto dedicato solo alla ricerca di base, diretto da Massimo Del Fabbro, è stata l'idea vincente: attorno a questo reparto abbiamo costruito il nostro successo.

Siamo inoltre riusciti a fare tutto questo per lo straordinario entusiasmo e lo straordinario impegno che ci hanno messo tutti coloro che si sono dedicati a questa Clinica.

Alle loro idee, alle discussioni e alla passione di Luca Francetti, di Tiziano Testori, di Sivio Taschieri, di Jason Motta, di Giovanna Perrotti, di Matteo Basso e di Chiara Tassera devo una gratitudine ed una ammirazione difficilmente descrivibili.

Storicamente l'assistenza odontoiatrica in Italia trova i suoi fondamenti nell'attività privata. Fra le non tantissime strutture pubbliche in grado di erogare servizi di qualità il Galeazzi, punto di incontro fra università, ricerca e servizi ai pazienti, ha sempre rappresentato un riferimento qualificato e importante nel panorama nazionale. Tolta questa realtà, come considera lo stato attuale dei servizi pubblici di assistenza dentale? Vede un futuro diverso da oggi nel rapporto studi privati/strutture odontoiatriche pubbliche?

La risposta a questa domanda la rimandiamo...

Strutture ospedaliere, strutture universitarie e strutture di ricerca: quale è l'interazione fra queste realtà? Esiste e funziona o è auspicabile una maggiore

integrazione? In qualità di Past President della SIdP, quale ritiene possa essere il ruolo delle varie Società odontoiatriche nella diffusione delle conoscenze e quale la loro interazione con i poli di ricerca universitari o privati?

Integrazione in Italia è un concetto che trova poche adesioni. Ciascuno cerca di fare da sé senza relazionarsi con gli altri. I giovani stanno modificando questa attitudine e, poiché le istituzioni sono fatte da uomini e donne, forse in futuro le cose saranno diverse.

Per quanto concerne le Società scientifiche penso che stiano facendo in Italia un lavoro splendido.

A volte con l'Università ci sono state incomprensioni dovute ad una non completa adesione ai propri compiti istituzionali e a delle più o meno consapevoli invasioni di campo che hanno provocato attriti e dissidi, per lo più dovuti alle diverse personalità coinvolte.

Certo, se le società scientifiche cercano surrettiziamente di sostituirsi all'Università, questo produce effetti negativi.

L'Università si occupa della formazione che conduce alla laurea, alla specializzazione e agli altri diplomi previsti dalla legge. L'Università è l'unica istituzione a questo preposta.

Se si parte da questo presupposto, si avranno solo degli ottimi rapporti e delle utili sinergie.

Per quanto concerne la ricerca, valgono le medesime considerazioni.

Possono svolgere attività di ricerca clinica solo le istituzioni autorizzate dalla legge: sembra una ovvietà, ma in Italia questo concetto non è ancora così ovvio.

Sappiamo che Lei è un grande amante dell'entroterra toscano e della cultura italiana.

Unire l'utile al dilettevole: invitare dentisti stranieri a incontri tematici sui maggiori argomenti di interesse odontoiatrico e affabularli con le bellezze del nostro Bel Paese, sappiamo essere un progetto che Le starebbe molto a cuore. Possiamo aspettarci delle iniziative concrete a tal riguardo?

Qualche tempo fa sono stato in visita alla New York University dove ho assistito al paradosso di ascoltare relatori italiani insegnare in inglese a studenti italiani.

Mi sono detto: "Perché non organizzare le stesse cose in un Paradiso terrestre come la Toscana, insegnare in italiano agli Italiani e insegnare in inglese a tutti gli stranieri che apprezzano i nostri docenti e il nostro territorio?"

Un sogno? Forse.

Ma anche una clinica come quella che ora c'è al Galeazzi, una volta era per me un sogno!

La precisione nel Cr.Co. laser sinterizzato rivestito in ceramica - Seconda Parte -

Odt. Ettore Morandini



Classe 1946.

Diplomato al Cesare Correnti di MILANO nel 1967.

Titolare di Laboratorio dal 1970 a Pavia.

Nel 1980 crea per Detray gli smalti SM per la K+B Plus.

Nel 1990 brevetta la piastra a umidità superficiale permanente.

Nel 1995 trasferisce il suo laboratorio a Salice Terme dove risiede.

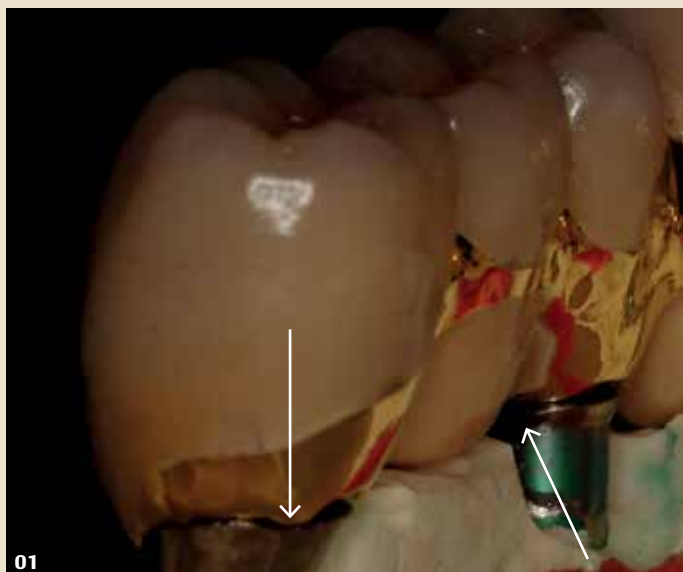
Da sempre interessato alla gnatologia ne segue assiduamente l'evoluzione fin dai primordi.

Autore del libro "Concetti per una creatura tridimensionale" ediz. Quintessenza.



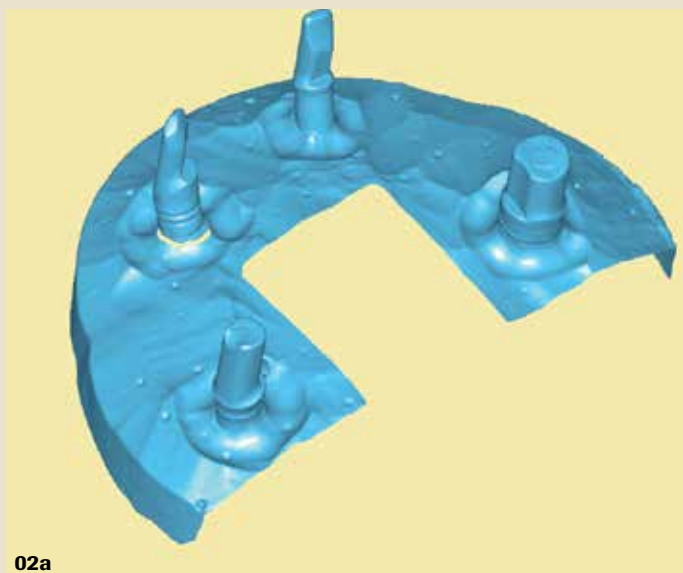
Per leggere la prima parte dell'articolo, pubblicata da pagina 9 del numero precedente.

I risultati ottenuti nei protocolli illustrati nel numero precedente ci hanno portato a impegnarci in lavori di più ampio respiro con risultati inizialmente incoraggianti, ma che nel proseguo hanno evidenziato delle torsioni inaspettate. In alcuni lavori estesi, durante le ripetute cotture si doveva riadattare l'arcata in quanto si manifestavano imprecisioni dovute a scarico di tensioni interne. Cotture di stabilizzazione ante ceramica mitigavano in alcuni casi il problema. Nei lavori su monconi fresati una non perfetta chiusura poteva al limite essere accettata ma su denti naturali la cosa risultava intollerabile. Era necessario accertarsi di come, quando e quanto queste problematiche si verificavano e come porvi rimedio, o capirne i limiti.

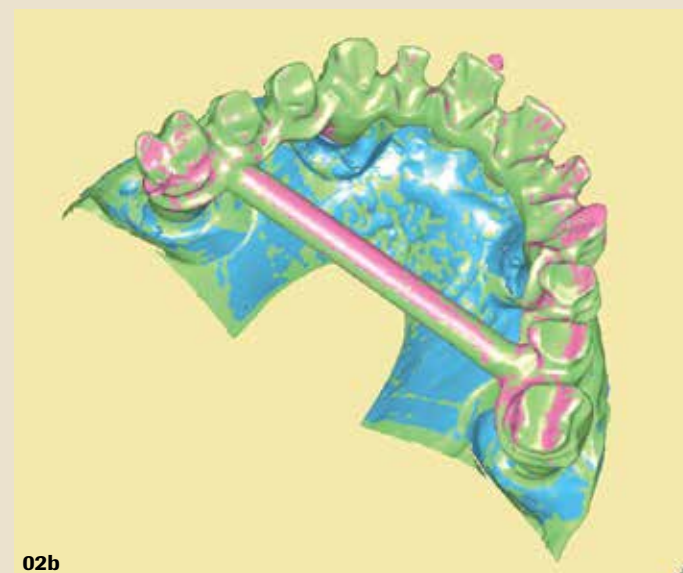


Un esempio di imprecisione da torsione

In accordo con Sweden & Martina abbiamo messo a punto una piccola ricerca per chiarire questa situazione. Abbiamo costruito un modello con quattro monconi fresati e su questo abbiamo eseguito tre diversi tipi di arcata in modo da constatare quale dei tre fosse la più controllabile.



Le scansioni dei modelli per la ricerca





Tipologia A: Modellazione per "sgonfiamento" da modellazione piena



Tipologia B: Modellazione scavata con robusta ghirlanda realizzata per doppia scansione



Tipologia C: come la modellazione B con l'aggiunta della barra stabilizzatrice

Le tre ferule sono state adattate a freddo per valutarne la precisione sia sui singoli monconi che nel loro insieme, quindi sono state ricotte in forno da ceramica eseguendo una serie di cotture come se dovessero essere ceramicizzate, controllate a ogni uscita dal forno e riadattate in caso di necessità. La tabella sottostante ne riassume i comportamenti: i numeri si riferiscono alla difficoltà di riadattamento dopo cottura, più è alto il numero e più è stata indagiosa l'operazione.

Ferule in CrCo Laser - Sinterizzate	A	B	C
Adattamento a freddo	1	1	2
1° Cott. 990° x 10 min.	2	2	5
2° Cott. 980° x 1 min.	2	2	-
3° Cott. 980° x 1 min.	2	1	-
4° Cott. 980° x 1 min.	2	0	-
5° Cott. 935° x 1 min.	1	0	-
6° Cott. 930° x 1 min.	0	0	-
7° Cott. 925° x 1 min.	0	0	-

In dettaglio la ferula A ha presentato un normale adattamento a freddo, richiedendo poi dopo le cotture sempre dei riadattamenti, stabilizzandosi verso la sesta cottura. La precisione al termine delle cotture risultava molto buona su un lato e mediocre sull'altro.



Tipologia A: Modellazione per "sgonfiamento" da modellazione piena

18

La ferula B è stata quella che ha ottenuto il miglior risultato: precisa a “freddo” si stabilizzava dopo quattro cotture e presentava alla fine una buona precisione.



07a



07b

Tipologia B: Modellazione scavata con robusta ghirlanda realizzata per doppia scansione

La ferula C è stata la più deludente, la barra stabilizzatrice che nelle nostre previsioni avrebbe dovuto “stabilizzare” in realtà ha provocato una serie di torsioni tali da rendere inutilizzabile il pezzo dopo appena due cotture. Già l’adattamento a freddo è stato più impegnativo e quello dopo la prima cottura molto indaginoso.



08a

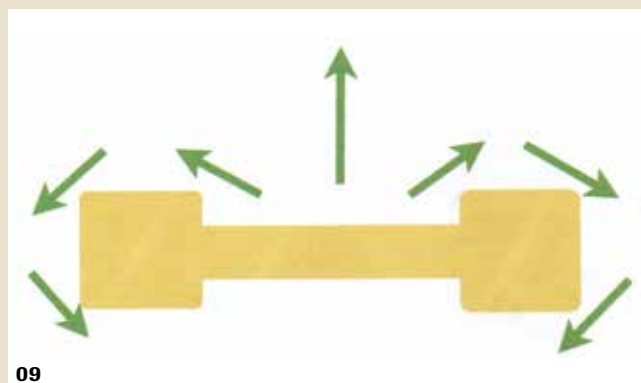


08b

Concludendo:

- è evidente che una struttura fabbricata attraverso una serie di brasature contenga delle tensioni che tendono a rilasciarsi durante le ricotture;
- si è notato che un determinato disegno della struttura mitiga questa controindicazione (una robusta ghirlanda linguo-palatina);
- si è constatato che queste distorsioni si evidenziano solo su strutture molto estese;
- l’esperienza ci dice che fino a 2/3 di ferula completa le distorsioni sono controllabili scegliendo un disegno adeguato.

La precisione a freddo del Cr-Co laser-sinterizzato è di qualità superiore e soprattutto predicibile, solo su ferule estese si presentano distorsioni in ricottura con caratteristiche peculiari: tutte le ferule tendono a curvarsi verso l’interno a livello degli elementi più distali.



09

Schema del tipo di distorsione (considerare i quadrati esterni come gli elementi più distali)

Probabilmente l’adozione di una cottura di stabilizzazione molto lunga (es. 15/20 min a 980°/1000° C) potrebbe ulteriormente mitigare questa controindicazione. Per verificare se era ottenibile una stabilità assoluta nei lavori così estesi si è voluto provare una serie di ricotture su due arcate in Cr-Co fresate dal pieno. Si sono preparate, usufruendo delle precedenti scannerizzazioni, due strutture: una con barra stabilizzatrice e una senza.



12a



12b

Le due strutture fresate

Le due strutture sono poi state sottoposte allo stesso trattamento delle precedenti laser-sinterizzate con risultati estremamente positivi: non si è trovata differenza di precisione fra l'arcata con o senza barra stabilizzatrice e solo l'adattamento a freddo ha richiesto un poco di lavoro, come si evince dallo schema seguente.

Ferule in CrCo Fresato	
Adattamento a freddo	2
1° Cott. 990° x 10 min.	0
2° Cott. 980° x 1 min.	0
3° Cott. 980° x 1 min.	0
4° Cott. 980° x 1 min.	0
5° Cott. 935° x 1 min.	0
6° Cott. 930° x 1 min.	0
7° Cott. 925° x 1 min.	0



4a La precisione dei bordi rifiniti dei pezzi fresati



Possiamo concludere con queste considerazioni: per la normale routine di lavoro il Cr-Co laser-sinterizzato è in grado di soddisfare ottimamente tutte le esigenze di precisione nelle strutture a ponte fino a che non si entri abbondantemente "in curva": il consiglio è di non oltrepassare i 2/3 di arcata. Un manufatto fresato ci darà ampie garanzie in tutti quei lavori che richiederanno una ferulizzazione completa. Considerando che queste tecniche sono, per quanto riguarda l'odontotecnica, molto giovani e che quindi ci saranno notevoli progressi dovuti alle molteplici esperienze dei colleghi, ritengo che a breve termine anche con il Cr-Co laser-sinterizzato si potrà avere una stabilità dimensionale costante.

Le cotture di stabilizzazione

Prima della consegna del pezzo in ditta viene eseguito un ciclo di cotture detto "ricottura di distensione" in atmosfera di Argon che consiste in:

- Prima cottura da 0 a 450° in 60 minuti con mantenimento per 45 minuti. Salita a 750° in 45 min. con mantenimento per 60 minuti.
- Spegnimento del forno e discesa a 600° quindi apertura del forno.
- Discesa a 300°, spegnimento del flusso di Argon, estrazione dei pezzi.

Questa cottura sicuramente ottimizza le proprietà del metallo ma risulta, da un punto di vista dimensionale, del tutto insufficiente.

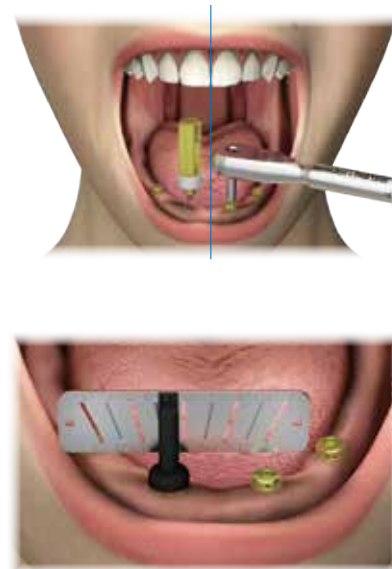
Diverse esperienze e alcuni test ci hanno portato a considerare vantaggiosa una cottura più incisiva: 1000°C per 10 minuti sottovuoto. Questa cottura scarica quasi completamente tutte le tensioni stabilizzando il pezzo al 95%. Piccole correzioni saranno necessarie nel proseguo del lavoro, risultando però estremamente contenute, molto simili a quelle riscontrabili nei metalli preziosi fusi.

20

Nuovo manuale protesico Overdenture

Sweden & Martina offre ampie possibilità per l'ancoraggio di protesi mobile su impianti, illustrate con dovizia di dettaglio nel nuovo manuale protesico Overdenture, al momento disponibile per impianti Premium, Kohno e Shelta: un manuale chiaro ed esauriente, che illustra tutte le operazioni dalla presa d'impronta nel paziente edentulo con cucchiaio chiuso e aperto, alla costruzione della riabilitazione protesica sia con tecnica diretta che indiretta. Il manuale protesico Overdenture esamina tutta la componentistica Locator, gli attacchi sferici con i rispettivi ancoraggi e le innumerevoli possibilità per realizzare barre su abutment e pilastri, corredati da chiare immagini per guidare il clinico, passo a passo, nel corretto utilizzo delle componenti.

Il manuale protesico Overdenture può essere richiesto a info@sweden-martina.com o attraverso gli agenti Sweden & Martina.



- **Presa d'impronta su paziente edentulo:**

- con transfer a strappo
- con trasfer pick-up
- con transfer Pull-up

- **Locator**

- **Attacchi sferici:**

- con cappetta in titanio
- con cappetta in lega aurea
- con cappetta in poliammide
- con o-ring

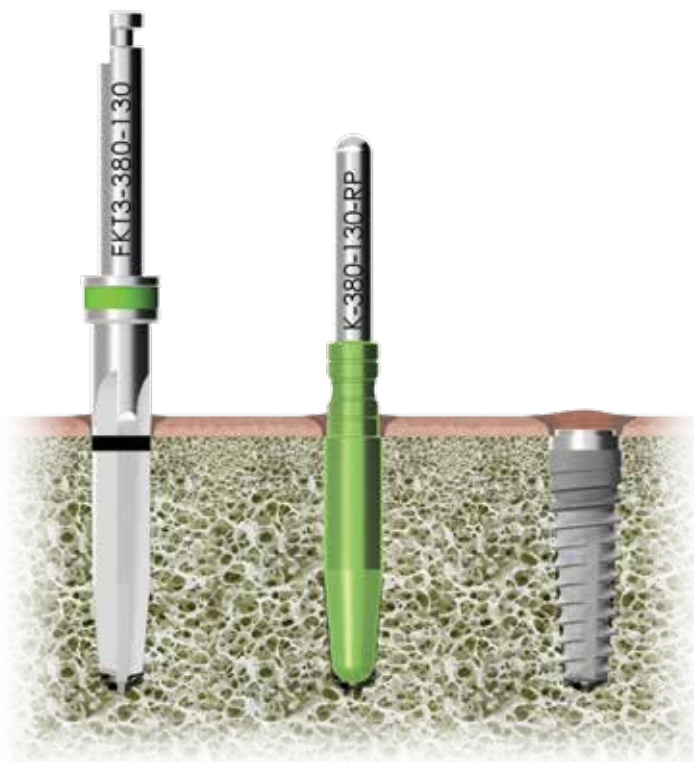
- **Barre:**

- su P.A.D.
- su abutment standard
- su abutment Plain
- su pilastri calcinabili con base metallica (lega aurea, titanio, cromo cobalto)
- su pilastri interamente calcinabili

Reply: repliche degli impianti conici

La morfologia degli impianti conici richiede una preparazione molto accurata, soprattutto in presenza di osso denso.

Per verificare la congruenza del sito chirurgico prima dell'inserimento implantare sono disponibili le repliche REPLY in titanio grado 5: l'estremità anodizzata valuta lo spazio disponibile per il core dell'impianto al netto delle spire, mentre l'estremità più sottile, non colorata, funge da pin di parallelismo per la valutazione degli assi di inserimento.



L'anodizzazione segue la codifica delle piattaforme implantari di riferimento, riportate anche sul tray del cofanetto per una pratica gestione da parte del personale ausiliario di studio.

Le repliche REPLY sono disponibili per tutti gli impianti conici Sweden & Martina. È possibile organizzare i pezzi per diametro ed altezza in un pratico cofanetto autoclavabile, che ne rende intuitivo l'utilizzo.



Novità del mercato



Tecnica B.O.P.T. su denti e impianti per la riabilitazione di un'arcata completa

Dott. Ignazio Loi



Laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Odontostomatologia e Protesi Dentaria presso l'Università di Cagliari. Socio Attivo all'Accademia Italiana di Odontoiatria Protetica. Esercita la libera professione a Cagliari. Co-autore del libro "Rimodellamento Osseo Perimplantare: Background Scientifico e Implicazioni Cliniche".

Negli ultimi anni la tecnica B.O.P.T., basata sulla preparazione verticale dei monconi per consentire l'adattamento delle mucose ai profili di emergenza determinati dalle corone, si è dimostrata efficace per riabilitazioni protesiche sia su denti naturali che su impianti. Nel caso clinico illustrato è evidente quanto l'andamento dei tessuti molli sia determinato dall'approccio protesico, a prescindere dalla tipologia di supporto sottostante. Anzi, è stato possibile creare una riabilitazione armonica mista su monconi naturali e su impianti che resterà stabile nel tempo.

Caso Clinico

Il paziente maschio di 47, non fumatore, si presenta in studio con gravi lesioni cariose destruenti a carico dell'arcata mascellare. Il gruppo frontale, precedentemente restaurato con corone in oro resina e ancora in discreto stato di salute, presenta disallineamento delle paraboliche.

Dopo un attento studio del caso, effettuato valutando e registrando le profondità di sondaggio e il grado di compromissione di ogni elemento, si opta per una riabilitazione da 1.6 a 2.6 divisa in tre ponti al fine di preservare il gruppo frontale.

Si inseriscono dunque degli impianti ad esagono esterno da 1.6 a 1.3 e da 2.6 a 2.3 e si preparano a finire i monconi naturali da 1.2 a 2.2.

Sugli impianti vengono avvitati dei monconi fresabili in titanio, parallelizzati con il parallelometro e preparati a finire. Mentre i tessuti molli vengono condizionati dai provvisori in resina, in laboratorio si finalizza una riabilitazione in oro-ceramica. I profili di emergenza vengono studiati appositamente per delineare paraboliche armoniche e definire papille molto naturali.

Una volta inserite definitivamente in bocca le protesi, si attende che le mucose si conformino sulle forme: già a quattro settimane si nota che le papille stanno andando ad occupare gli spazi interstiziali.



01
Caso iniziale



02
*Preparazione B.O.P.T. su denti frontali.
Preparazione B.O.P.T. su abutment B.O.P.T.
emiarcata dx e emiarcata sx (in bocca)*



03
Stessa situazione su modello



04
Restauro su abutment e denti naturali (su modello)



05
Particolare su modello

22



06
A 4 settimane (caso in bocca)



07
Particolare a 4 settimane

Il caso, seguito per i regolari follow up di routine, continua a presentarsi in ottimo stato di salute: a un anno le papille mostrano di aver completato il loro processo di maturazione e di aver completamente riallineato le paraboliche degli incisivi centrali.



08
Sorriso del paziente



09
Inserimento delle corone (particolare)



10
Corone inserite a 1 anno



11
Particolare a 1 anno



12
Particolare a 1 anno



13
Particolare a 1 anno

Monconi per tecnica B.O.P.T. del Dott. Ignazio Loi



Per semplificare l'esecuzione della tecnica B.O.P.T. su impianti, Sweden & Martina ha sviluppato assieme al Dott. Loi una linea protesica completa, che include i pilastri fresabili dalla particolare conformazione, le relative cappette per la presa d'impronta, le transmucose di guarigione a profilo convesso, i pilastri provvisori e le transmucose estetiche, entrambi in resina REEF. La linea protesica B.O.P.T. è disponibile per tutte le piattaforme degli impianti Premium e Kohno, sia in versione straight che in versione SP, e degli impianti Shelta, Outlink² e Global.

La connessione permette di avere due pilastri fresabili per tutti i diametri di piattaforma di una stessa linea implantare, ad eccezione delle linee Global e Shelta che hanno lo stesso pilastro per tutte le piattaforme, e una sola cappetta per la presa d'impronta, comune a tutte le sistematiche.



Transnazionalità e competitività: due elementi vincenti per la ricerca e la tecnologia

Prof. Enrico Gherlone

Enrico Gherlone (Genova, 20 Gennaio 1956) è un medico-chirurgo italiano, specialista in Odontostomatologia. Professore Ordinario di Malattie Odontostomatologiche (SSD MED/28), presso l'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano ricopre il ruolo di Presidente del Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentaria, Presidente del Corso di Laurea in Igiene Dentale e Vicepresidente della Facoltà di Medicina e Chirurgia. Primario dell'Unità Operativa Complessa di Odontoiatria dell'Ospedale San Raffaele di Milano già Membro della Commissione di programmazione nazionale presso il Ministero della Salute dal 2008 al 2011 e Membro effettivo del Consiglio Superiore di Sanità dal 2010 al 2013 dove ha rappresentato l'area odontoiatrica fino all'agosto 2013. Dal 2012 è membro del "Gruppo Tecnico sull'Odontoiatria" del Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione, Ministero della Salute, costituito con DD del 24 maggio 2012 e rinnovato con DD del 23 gennaio 2014. Presidente Eletto del Collegio di Docenti di Odontoiatria

Prof. Gherlone, come è cambiata l'Università negli ultimi anni e quali altri cambiamenti dobbiamo aspettarci nell'avvenire? Quali sono le conseguenze sui corsi di Laurea in Odontoiatria?

Negli ultimi anni non è cambiata solo l'Università ma è l'intero comparto odontoiatrico che è mutato, assieme agli obiettivi ed al modo di vivere la professione.

Dal punto di vista accademico l'Università si è riscoperta in un nuovo modo di "pensare" direi più moderno e vicino agli standard scientifici internazionali; ne sono la prova le recenti abilitazioni nazionali per professori di prima e seconda fascia, per le quali è stato svolto un ottimo lavoro dalle commissioni, partorendo un elenco di abilitati di sicuro e riconosciuto valore. A monte di tutto ciò va anche considerato che i commissari giudicanti sono stati sorteggiati dal Ministero all'interno di un elenco al quale ha avuto diritto di partecipare solo il trenta per cento circa dei professori di ruolo, in funzione del curriculum: ciò la dice lunga sulla strada che si è iniziato ad intraprendere. In avvenire questo processo sarà sempre più evidente e stiamo preparando i nostri allievi alla realtà. Certamente si guarda al futuro senza dimenticare ciò che di buono ci ha riservato il passato, perché oltre al lavoro scientifico un moderno professore universitario deve sapere svolgere egregiamente anche attività clinica e didattica; non dimentichiamo poi, soprattutto per la fascia più alta di professori, il ruolo politico dirigenziale. Quando si ricoprono certi ruoli il rischio di determinare danni enormi è palese, se non si è maturi sotto tutti questi punti di vista.

Come paragona i corsi universitari di Odontoiatria in Italia e all'estero?

La situazione secondo il sottoscritto va considerata a macchia di leopardo, sia in Italia che all'estero.

Vi sono corsi di laurea più validi ed altri meno validi, non sempre per colpa dei colleghi accademici: si sa che muoversi nelle istituzioni non sempre è agevole.

In generale l'odontoiatria Italiana e anche quella accademica ha un grosso riconoscimento a livello internazionale e va detto chiaramente che i nostri allievi sono fortunati in molti casi ad avere professori chiamati ad insegnare a livello post-graduate in tutto il mondo.

Certamente anche all'estero vi sono ottime realtà: uno studente può scegliere questa opzione per diversi obiettivi, se andare a formarsi per specifiche o ultraspecifiche competenze o per dribblare il numero chiuso, ma il tempo è galantuomo e sono sicuro che in un prossimo futuro i nodi verranno al pettine.

L'implantologia è ora stata introdotta come materia di studio dell'ordinamento Universitario: questa decisione come cambierà le prospettive formative delle nuove generazioni odontoiatriche?

Era giusto che questa specialità avesse una dimensione autonoma ed un riconoscimento istituzionale visti i risultati e le richieste che ha prodotto negli ultimi anni.

Gli impianti hanno modificato significativamente la qualità della vita ai nostri pazienti e questo non è poco. Una volta licenziati sul mercato i giovani laureati si dovranno per forza di cose confrontare con questa tematica, che avrà un ruolo rilevante nella loro attività: era quindi logico e nell'ordine delle cose

che ciò avvenisse. Non credo che cambierà le loro prospettive formative, usciranno solo più preparati e speriamo dovranno fare meno corsi per portarsi ad un livello di eccellenza clinica senza il quale ad oggi non si sta sul mercato.

L'implantologia italiana, l'implantologia europea, l'implantologia mondiale. Quali le affinità e quali le diversità?

A mio avviso non vi possono essere sostanziali differenze nelle moderne operatività implantologiche in Italia, in Europa e nel mondo. La possibilità di interscambio culturale e la condivisione dei protocolli accreditati dalle evidenze scientifiche ha determinato negli utilizzatori la condivisione dei piani di trattamento. Inoltre anche in quanto a materiali oramai alcune realtà italiane sono al passo con le multinazionali più accreditate; d'altronde, come dice sempre un mio caro amico e collega, in un Paese dove si costruisce la Ferrari non possono non costruirsi impianti dentali di assoluta eccellenza qualitativa.

Come vede il ruolo reciproco delle aziende e delle Università?

Questo è un punto direi fondamentale perché molto può e deve dare l'Università alla ricerca e per fare questo vi è assoluta necessità della sinergia con l'industria, come peraltro già avviene all'estero!

Dal canto suo l'industria ha bisogno dell'accademia per nuovi progetti e per la possibilità che si porti avanti la ricerca traslazionale, che ritengo fondamentale per la messa a punto di nuovi materiali e protocolli. Inoltre, supportando in questo l'Università, le aziende hanno la possibilità di entrare in contatto con studenti under-graduate e post-graduate che saranno anche i futuri utilizzatori dei loro prodotti, ma tutto questo in termini scientifici e propositivi, e non meramente a fini commerciali. Certo è necessario che su questo accademia e industria siano illuminate, ma vedo notevoli passi avanti e sempre meno questo rapporto viene inteso come uno "sfruttamento reciproco", cosa naturalmente da evitare.

Qual è la Sua opinione sulla collaborazione tra il mondo della ricerca, la produzione e l'Industria Italiana in odontoiatria? Le sembra che si stia sfruttando la competenza dei nostri ricercatori per produrre dispositivi sempre più utili ai clinici? Vede possibilità per un'interazione più stretta?

Praticamente a questa domanda ho già risposto! Qui non deve esserci un'opinione... è il futuro, e sono proprio le competenze dei nostri ricercatori e la lucida visione del mondo dell'industria che lo permetteranno. Pensate ai passi avanti fatti dalla ricerca ad esempio implantoprotesica negli ultimi dieci anni, se questa sinergia e le rispettive competenze non avessero funzionato non si sarebbe arrivati a nulla, va detto per giustizia che la libera professione ha avuto pure un ruolo fondamentale in questo processo sia con ottimi ricercatori e opinion leader che come utilizzatori finali. Certo sta a noi accademici rendere lucido questo stato di cose ai futuri professionisti ed incoraggiare i giovani laureati a seguire percorsi ad essi confacenti, seguendo le loro caratteristiche individuali.

24

Serata di presentazione del sistema implantologico SHELTA

Dott. G. Corrente, Dott. R. Abundo, Torino, 22 novembre 2013



Nella perfetta cornice dell'Unione industriali di Torino si è svolta lo scorso 22 novembre la presentazione del nuovo sistema implantologico SHELTA, con interessanti e concrete relazioni dei dottori G. Corrente e R. Abundo rivolte ad un attento pubblico di circa 150 odontoiatri.



Bologna, 22-24 novembre 2013

Il congresso AIOP di Bologna conferma di essere uno degli appuntamenti in cui è possibile acquisire nozioni e novità importanti in un contesto amichevole e conviviale, che si rinnova con nuovi iscritti ad ogni edizione.



Expo D'Autunno

Milano, 22-23 novembre 2013



Si è svolta a Milano presso l'Ata Hotel Quark il 22 e 23 Novembre 2013 la Settima Edizione dell'Expo d'Autunno. La manifestazione, organizzata dall'Università del Nord in collaborazione con il Collegio dei Docenti di Odontoiatria e presieduta dai Professori Enrico Gherlone, Giampietro Farronato e Franco Santoro, ha avuto un lusinghiero successo di addetti ai lavori, in rappresentanza di tutte le componenti del team odontoiatrico. Oggetto dell'evento "La comunicazione in Odontoiatria".



B.O.P.T. Un nuovo approccio in protesi fissa

**Dott. I. Loi,
Lecce, 14 febbraio 2014**

Accoglienza e affluenza degne di un congresso internazionale per il corso del dott. Ignazio Loi, tenutosi a Lecce il 14 febbraio scorso.

Una platea interessatissima ha applaudito il dott. Loi e ha posto numerose domande al termine della giornata, in un clima amichevole e di aperto dialogo.



Incontro annuale **ANDI** Piemonte

Torino, 31 gennaio - 1 febbraio 2014



Implantoprotesi: un approccio biomimetico. Questo l'apprezzatissimo argomento affrontato dal dott. Gaetano Calesini a Torino, in occasione dell'incontro annuale dell'ANDI Piemonte, dove si sono riuniti 150 odontoiatri.

Nella foto in alto, il dott. G. Calesini, il dott. Bobba (prossimo presidente e attuale segretario Andi Piemonte) e Manuel Scali



**Dott. Romeo Cecchetti,
Osaka, 28-29 ottobre 2013 e Seoul, 31 ottobre - 1 novembre 2013**

Premium Sales Force Training



Continua l'attività preparatoria al lancio degli impianti Sweden & Martina nei mercati asiatici, in attesa dell'ottenimento delle registrazioni sui prodotti, previste per la primavera del 2014. Lo scorso novembre si sono svolti training specifici per impianti Premium Khono alle struttura commerciale dei distributori in Giappone e Corea, con esercitazioni pratiche estremamente gradite.

Bucarest, 21-24 novembre 2013

DENTA Exhibition

Sweden & Martina rafforza le proprie attività nel mercato rumeno inaugurando un nuovo centro corsi pratici presso la clinica Regina Maria di Bucarest e partecipando alla fiera Denta di Bucarest, in collaborazione con il distributore nazionale Sabettimed.



**Dott. Marco Csonka,
Antalya, 29 novembre 2013
Istanbul, 30 novembre 2013**

Corso sul Magnetic Mallet

Grande partecipazione ad entrambe le relazioni del dott. Marco Csonka, alle quali ha fatto seguito il lancio del rivoluzionario apparecchio Magnetic Mallet nel promettente mercato turco, dove Sweden & Martina distribuisce i propri impianti dal 2006 tramite il partner Implantech.



**Dott. Roberto Crespi,
Seoul, 18-19 gennaio 2014**

Corso sulle applicazioni del Magnetic Mallet

Ha riscosso un grande successo e suscitato moltissimo interesse il seminario del Dott. Crespi sulle tecniche di utilizzo del Magnetic Mallet ad un gruppo di importanti Opinion Leader giapponesi e Koreani tenutosi a Seoul presso l'hotel Hyatt.



Madrid, 31 Gennaio - 01 Febbraio 2014

Simposio Valores Sepes e Università Complutense



Il 31 gennaio e 1 febbraio scorsi si è svolto nell'hotel Melia Castilla di Madrid il "Simposio Valores 2014 Sepes". Il programma, che comprendeva relatori giovani ma con un curriculum notevole e di alto livello scientifico, si è concluso il sabato con la relazione del **Dott. Ignazio Loi** sulla sua tecnica **B.O.P.T.** (Biologically Oriented Preparation Technique). L'intervento di quattro ore, davanti ad una platea di quasi seicento persone, ha tenuto tutti incollati alle sedie fino alle ultime ore del pomeriggio, con numerose domande e richieste di approfondimenti. Lo stesso giorno, alla mattina, la Facoltà di Odontoiatria dell'**Università Complutense di Madrid** ha avuto il piacere di ospitare il Dott. Loi per una sessione coordinata e moderata dal Prof. Guillermo Pradiés, Direttore del Dipartimento di Protesi della stessa Facoltà. Durante la suddetta sessione un gruppo di Professori e studenti del master ha avuto la possibilità di assistere ad una "Master Class" di 3 ore con il Dott. Loi, che ha mostrato loro gli eccezionali risultati estetici e funzionali sul lungo termine ottenuti con la sua tecnica di preparazione del dente naturale e di pilastri su impianti. Il Dott. Loi si è dimostrato per tutta la durata dell'incontro il professionista appassionato ed instancabile che è, prestandosi senza alcun problema a rispondere alle insistenti richieste di approfondimento di un pubblico fortemente interessato. Il Prof. Pradiés ha più volte ribadito il suo sentito ringraziamento a Sweden & Martina per l'importante ruolo di mecenate sia per l'attività didattica che di ricerca svolto negli ultimi anni. Il Dott. Loi sarà presente anche al **44° Congreso Anual de Sepes 2014**, che avrà luogo in ottobre a Malaga, al quale è stato invitato personalmente dal Presidente, il Dott. Nacho Rodriguez.

Dott. Romeo Cecchetti, Due Carrare, 24-25 febbraio 2014

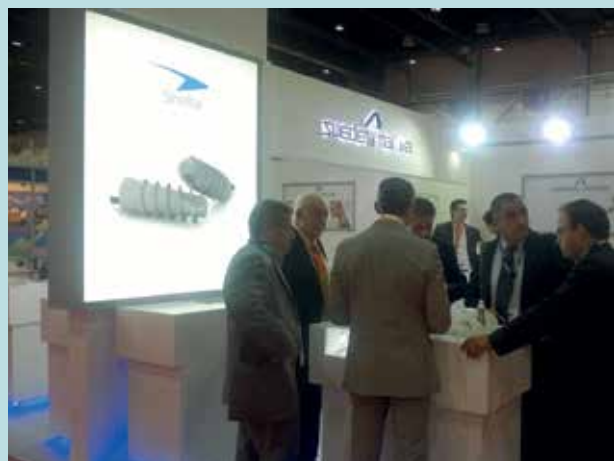
Implatech Sales Force Training

Un nuovo incontro per approfondire le tecniche di utilizzo dello straordinario dispositivo Magnetic Mallet, che anche nei mercati internazionali sta conseguendo risultati sorprendenti, è stato organizzato nella sede di Due Carrare di Sweden & Martina per tutti i collaboratori del distributore turco Implatech. Il dott. Cecchetti ha poi dedicato la seconda giornata ai vantaggi competitivi del sistema implantologico Premium, già molto apprezzato nel mercato turco.

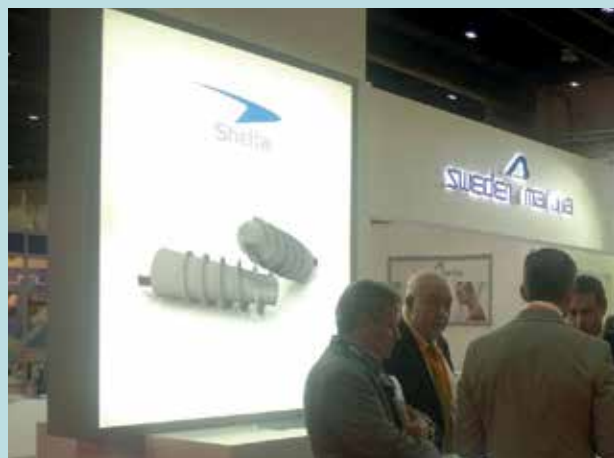


Dubai, 4-6 febbraio 2014

AEECD Dubai



Sweden & Martina si è presentata per la prima volta alla fiera di Dubai, punto di riferimento per i mercati del Medio Oriente e del sub-continente indiano. L'elevata affluenza allo stand ha testimoniato l'interesse anche in questi mercati per il concept dell'azienda. Nel corso del 2014 sono previsti numerosi eventi nell'area del Golfo Persico a conferma della volontà e dello slancio verso l'internazionalizzazione dell'azienda.



Dott. Marco Csonka, Due Carrare, 24-25 febbraio 2014

Split crest e implantologia in zone estetiche

Ottimizzazione del risultato estetico in implantologia, ricostruzione, trattamento chirurgico delle creste sottili, utilizzo del Magnetic Mallet: questi i vastissimi argomenti affrontati dal dott. Marco Csonka di fronte ad una platea internazionale di 43 medici bosniaci, croati, serbi e sloveni, in visita presso la sede di Due Carrare. Il corso si è articolato in due giornate, lasciando ampio spazio alle esercitazioni pratiche su teste di coniglio.



Dott. Andrea Gandolfi



Medicina seria e consapevole nel rispetto della persona



Quando mi è stato chiesto di scrivere sullo stato dell'arte in odontoiatria mi sono domandato cosa in effetti volesse significare.

I più vedono in queste parole solo il senso di evoluzione intesa come "modernizzazione" dell'odontoiatria. In tal modo si rischia di perdere di vista il significato principale della nostra professione: curare delle PERSONE.

Noi siamo principalmente medici e lo stato dell'arte non può prescindere dal capire che il centro della nostra professione è ancora il paziente.

Da questo punto di vista sono tre gli argomenti di cui parlare:

- 1) Capacità diagnostica
- 2) Possibilità di scegliere diversi piani di trattamento
- 3) Capacità di creare un piano di lavoro adeguato

Declinati questi concetti è molto più semplice definire lo stato dell'arte.

1. Oggi grazie alle nuove tecnologie siamo in grado di fare diagnosi accurate e precise. La tecnologia cone beam, nata inizialmente per la chirurgia, è diventata essenziale in quasi tutte le branche della nostra professione. In endodonzia, ad esempio, è ormai lo stato dell'arte per i ritrattamenti e spesso nel definire la prognosi del singolo elemento. Vorrei citare per questo punto un libro fondamentale scritto da un italiano famoso in Italia e non solo: "3d Radiology in Dentistry" Elsevier Edizioni, del dott. Emanuele Ambu.

Posso concludere che lo stato dell'arte oggi è la comprensione delle capacità diagnostiche delle nuove tecnologie, siano essi i 3d radiologici o le telecamere intraorali tipo Diagnocam della Kavo.

2. Rispetto anche solo a 10 anni fa i materiali, i disegni degli impianti, le connessioni protesiche e i sistemi cad cam hanno incrementato le nostre possibilità operative. Ciò che nel 2004 facevamo con uno, massimo due materiali oggi lo possiamo produrre con almeno 6 diverse opzioni. Cosa significhi in termini di longevità ancora non ci è dato di sapere con certezza e questa è l'incognita maggiore del nostro lavoro oggi.

I sistemi cad cam sono stati per il piano di trattamento quel che la radiologia 3d è stata per la diagnosi: una vera rivoluzione.

A mio modo di intendere lo stato dell'arte è oggi la conoscenza dei materiali a disposizione per la protesi su denti e impianti. Conoscere significa in questo senso saper cambiare il piano di trattamento a seconda delle esigenze reali del paziente. È per me oggi più che mai fondamentale lo scambio di informazioni con il laboratorio e per questo devo ringraziare il sig. Roberto Bonfiglioli e tutto il suo gruppo C-Oralia.

3. In ultimo il piano di lavoro e dunque il timing degli interventi è fondamentale per la finalizzazione dei casi. In questo senso gli insegnamenti di due grandi persone, ancorché due grandi professionisti, quali sono stati per me il dott. Gaetano Calesini e il dott. Agostino Scipioni, sono ancora lo stato dell'arte attuale. Conoscere la chimica e la fisica dei materiali, integrarla con la biologia e la microbiologia è stato fondamentale per la comprensione dei passaggi clinici.

Tutto ciò non è nuovo per la medicina generale e vorrei concludere dunque affermando che lo stato dell'arte nel 2014 non è il low cost, ma è il ritorno ad una **medicina consapevole e seria nel rispetto della persona.**

Lo richiedono i tempi ed i nostri pazienti.

Dott. Raffaele Vinci



Considerazioni sull'edentulismo nel terzo millennio

Analizzando i dati forniti dalla Organizzazione Mondiale della Sanità è possibile osservare come, sia su scala nazionale che internazionale, la quota di popolazione con età superiore ai 65 anni sia assolutamente rilevante ed in forte crescita nei prossimi decenni. Parimenti resta ancora molto elevata, con l'aumentare dell'età, la percentuale di soggetti edentuli o parzialmente edentuli con dentizione terminale almeno in un'arcata; è verosimile che ancora per i prossimi 40/50 anni resterà viva la necessità di trattamenti riabilitativi per intere arcate edentule e conseguentemente di una corretta educazione per il loro mantenimento. Parimenti all'aspettativa di vita media si sono accresciute le attese per migliorarne la qualità. Ciò si è verificato anche in ambito odontoiatrico e quotidianamente dobbiamo confrontarci con pazienti alla ricerca di riabilitazioni sempre più confortevoli e con importanti desideri non solo in ambito funzionale ma anche estetico.

Oggi giorno è possibile trattare in modo predicibile anche casi clinici molto complessi conseguenti alla perdita degli elementi dentari sia utilizzando tecniche che prevedono la ricostruzione preimplantare delle basi ossee

atrofiche, sia impiegando procedure che utilizzano un numero ridotto di impianti anche in presenza di volumetrie ossee decisamente esigue a tutto vantaggio dell'invasività e della spesa che il paziente deve sostenere. A tal proposito occorre ricordare come all'edentulismo sia ascrivibile un enorme peso sanitario globale, che viene spesso trascurato sia nei Paesi in via di sviluppo che in quelli ormai evoluti dove, complice la recessione perdurante, si è stati costretti a restringere gli ambiti di intervento. Nostro compito dovrebbe essere quello di migliorare o quantomeno conservare la qualità di vita dei nostri pazienti, cercando di soddisfare le esigenze riabilitative con il minor costo biologico possibile e restando in sintonia con le differenti aspettative e possibilità. Rispettando questi principi ed equilibrando le chances terapeutiche alle esigenze ed alle necessità dei nostri pazienti avremo buone probabilità di contrastare il deterioramento dei tratti somatici, del linguaggio, delle abitudini alimentari e comportamentali in genere, che progressivamente ed inesorabilmente portano a trasformare una persona con alterata masticazione in "anziano".

Prof. Fernando Zarone



Estetica e funzione?

"L'odontoiatra medio ha la tendenza a pensare esclusivamente in termini di articolazione e funzione, preoccupandosi solo in minima parte dell'estetica". Delirio? No, solo la citazione di una frase del Dott. Charles Pincus, da un articolo del 1937 (più di 70 anni fa) presentato alla California Dental Association, quando, in piena ventata gnatologica, le ricostruzioni full-mouth venivano eseguite secondo principi occlusali spesso fondati su opinioni e "filosofie" di scuola, rappresentando il trattamento di elezione di quella che veniva definita "sindrome algico-disfunzionale"; in quel tempo, il materiale preferito per le riabilitazioni funzionali era l'oro fuso ed estetica e funzione rappresentavano i poli antitetici ed inconciliabili di una contraddizione in termini.

Rispetto ad allora, il profilo dell'Odontoiatria Protetica è profondamente mutato.

Da un lato, autoreferenzialità, aneddoticità, sovradiagnosi e sovratrattamenti hanno ceduto il posto ad una più oggettiva valutazione critica dei dati scientifici (nonostante l'ambito traguardo dell'evidence-based dentistry a 360° sia a tutt'oggi un'utopia odontoiatrica), generandosi, per gemmazione diretta, il categorico requisito della minima invasività, che è una presenza imprescindibile nell'attuale nomenclatura scientifica e, tra l'altro, ben si integra nello scenario odierno di criticità socio-economiche.

Dall'altro, il dilagante culto dell'immagine e dell'estetica dagli anni '90 ha giustamente polarizzato gli interessi del mondo dentale verso materiali e tipologie di protesi sempre più esteticamente performanti, il cui utilizzo viene, però, troppo spesso condizionato da fattori estrinseci quali: pressioni delle aziende, degli odontotecnici o dei pazienti ("autoprescrizione da navigazione in Rete"), tendenze modaiole e, perchè no, concorrenza del supertecnologico collega dello studio adiacente; nel contempo, i nostri pazienti elaborano aspettative estetiche sempre più esigenti, non di rado alimentate da previsualizzazioni/simulazioni al computer che, se (mal) utilizzate in senso miracolistico, possono divenire veri e propri boomerang motivazionali.

Che l'estetica orale sia di per sé una funzione è un fatto innegabile e nella filiera del dentale siamo tutti fortemente coinvolti e impegnati nel suo rispetto ed ottenimento. È però preoccupante, a mio avviso, che in ambito scientifico (e non solo) si senta parlare sempre più di bianco, di labbra, zigomi, filler, botulino (... minima invasività?) e sempre meno di denti, dal punto di vista di funzione occlusale, articolazione e biomeccanica del SSG. Ed è ancor più preoccupante se consideriamo l'alta incidenza dei problemi meccanici in Protesi, che a questi aspetti sono fortemente correlati. Credo che un correttivo sia davvero auspicabile, affinché l'Odontoiatria ripolarizzi al più presto la propria attenzione su questi argomenti, tuttora aperti, ed, al tempo stesso, li integri nella preziosa, insostituibile ventata delle nuove tecnologie.

Ed allora, parafrasando il Dott. Pincus: *"L'odontoiatra medio oggi ha la tendenza a pensare esclusivamente in termini di estetica, preoccupandosi solo in minima parte di articolazione e funzione"*. Chissà che tra 70 anni non venga citata questa mia frase. In quel caso sono convinto, anzi spero, che venga definita... delirante.

Impact of platform switching on marginal peri-implant bone level changes. A systematic review and meta-analysis

Strietzel F.P., Neumann K., Hertel M.

Clin. Oral Impl. Res. 00, 2014, 1-16, doi: 10.1111/clr.12339

Una nuova revisione della letteratura, condotta dal centro universitario Charité di Berlino, ha analizzato 22 studi, scremati da un gruppo iniziale di 807, al fine di esaminare il ruolo del platform switching nel mantenimento dell'osso marginale perimplantare. Degli 807 studi presi in considerazione solo 22 rispondevano ai criteri di inclusione fissati dagli autori, 4 dei quali su impianti Sweden & Martina. La maggioranza delle pubblicazioni analizzate ha evidenziato che la perdita di osso marginale era significativamente inferiore attorno a impianti protesizzati con tecnica

switching platform (perdita media evidenziata con la meta analisi 0.49 mm) rispetto a quelli con protocollo standard (perdita media evidenziata con la meta-analisi 1.01 mm).

Questa revisione della letteratura conferma quindi ulteriormente che la tecnica switching platform contribuisce a mantenere l'osso perimplantare. Gli autori sottolineano che alcuni fattori, quali la superficie e la morfologia degli impianti inseriti, il disegno della connessione, il tipo di riabilitazione protesica e i criteri di recruiting dei pazienti, possono avere un peso determinante nei risultati.

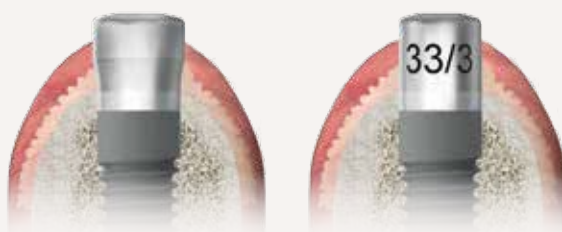


Leggi l'abstract originale

Hard and soft tissue changes around implants installed in regular-sized and reduced alveolar bony ridges. An experimental study in dogs

Baffone G., Lang N.P., Pantani F., Favero G., Ferri M., Botticelli D.

Clin. Oral Impl. Res. 00, 2013, 1-6, doi: 10.1111/clr.12306



Leggi l'abstract originale

Questo protocollo di studio si è proposto di valutare se vi siano differenze di riassorbimento osseo marginale in creste con pareti residue sottili; contemporaneamente si è voluta verificare la risposta dei tessuti molli attorno a transmucose di guarigione con profilo di emergenza dritto, congruenti con il diametro implantare, rispetto a transmucose di guarigione con disegno anatomico, che si allargano coronalmente.

A questo scopo su modello animale sono state preparate bilateralmente le selle edentule, una con cresta residua abbondante e l'altra con spessori residui di 3 mm linguale e 1 mm vestibolare, e sono stati inseriti in entrambi i lati due impianti Premium di diametro 3.30 mm. Per ogni emiarcata su uno degli impianti è stata avvitata una transmucosa dritta di diametro 3.3 mm e sull'altro

una transmucosa con profilo di emergenza anatomico che partendo ancora una volta da un diametro di 3.3 mm arriva coronalmente a 4.60 mm. L'analisi statistica dei valori dell'attacco epiteliale e dello spessore totale dei tessuti molli non ha mostrato variabili significative in nessuno dei quattro gruppi esaminati (cresta abbondante, cresta sottile, transmucose dritte e transmucose larghe). Tuttavia gli autori riportano una minor tendenza alla recessione dei tessuti molli quando la dimensione della transmucosa di guarigione è congruente con la dimensione della cresta ossea, suggerendo, nei limiti di questo protocollo sperimentale in vivo, che l'uso di abutment di diametro ridotto in creste severamente riassorbite possa portare vantaggi clinici.

Impact of plasma of argon cleaning treatment on implant abutments in patients with a history of periodontal disease and thin biotype: radiographic results at 24-month follow-up of a RCT

Canullo L., Peñarrocha Oltra D., Clementini M., Iannello G., Micarelli C.

Clin. Oral Impl. Res. 00, 2013, 1-7, doi: 10.1111/clr.12290

Il reattore Plasma R, studiato per la decontaminazione e attivazione dei pilastri implantari e della protesi con plasma di Argon, ha dimostrato ampiamente, attraverso i numerosi studi impattati pubblicati sinora, la sua efficacia nell'ambito di applicazioni routinarie atte a contribuire al buon esito della terapia implanto-protesica. L'obiettivo di questo nuovo lavoro è valutare le applicazioni che il protocollo con plasma di Argon chairside può avere in pazienti con condizioni sfavorevoli alla terapia implantologica: in questo protocollo sono stati valutati il biotipo sottile e con un'anamnesi di patologie parodontali. In questo studio prospettico controllato randomizzato gli autori hanno valutato radiograficamente 30 pazienti con entrambe queste condizioni sfavorevoli riabilitati con impianti Premium SP da 3,80 mm nel mascellare: il gruppo controllo ha ricevuto un trattamento protesico standard, che prevedeva pulizia con metodi tradizionali del manufatto protesico prima dell'inserimento in bocca, mentre il gruppo test ha ricevuto protesi trattate con plasma di Argon immediatamente prima dell'inserimento in situ. È stato valutato lo stato di buona salute delle riabilitazioni misurando l'indice di placca, la profondità di sondaggio e l'indice di sanguinamento.

Sono poi state eseguite rilevazioni radiografiche digitali con centratore personalizzato che hanno consentito di standardizzare le misurazioni. È stata eseguita una prima rilevazione al T0 per controllare una corretta chiusura tra impianto e abutment e per determinare per ogni paziente il baseline; in seguito il livello osseo è stato rilevato a 6 e 24 mesi dal carico protesico. Tutti gli impianti si sono osteointegrati perfettamente e non hanno mostrato alcun segno di infezione. La perdita di osso marginale si è dimostrata minima per entrambi i gruppi sia a 6 che a 24 mesi, probabilmente grazie all'adozione per entrambi i gruppi di un protocollo Switching Platform insito nella morfologia cervicale degli impianti utilizzati. Tuttavia le misurazioni hanno mostrato un riassorbimento inferiore statisticamente significativo per il gruppo test trattato con Plasma R (0.07 mm a sei mesi e 0.11 mm a 24 mesi) rispetto al gruppo controllo (0.17 mm a sei mesi e 0.38 mm a 24 mesi). Questo studio si allinea con altri precedenti degli stessi autori, volti a dimostrare che un approccio terapeutico attento, che includa switching platform, one abutment-one time e trattamento con Plasma R può favorire un buon esito della terapia implantoprotesica in qualunque condizione clinica.



Leggi l'abstract originale

Ogni giorno,
una nuova scoperta.



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 7, numero 18
marzo/settembre 2014
Editore
Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto, 10
Due Carrare (PD)
Tel. +39 049 91.24.300
Fax +39 049 91.24.290
www.sweden-martina.com

Coordinamento editoriale
Marina Mirandola Minuzzi
mminuzzi@sweden-martina.com

Direttore scientifico
Glorianna Zangiacomì

Direttore responsabile
Valentina Visentin

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 91.24.300
Fax +39 049 91.24.290

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



Hanno collaborato a questo numero:
Domenico Baldi, Lorraine Bettin,
Martina Ceranto, Jacopo Colombo,
Silvia Cuccarolo, Claudio De Giglio,
Andrea Gandolfi, Loris Gaspari,
Enrico Gherlone, Uli Hauschild,
Ignazio Loi, Ettore Morandini,
Marina Minuzzi, Paolo Pera,
Raffaele Vinci, Roberto L. Weinstein,
Glorianna Zangiacomì, Fernando Zarone

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 _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____ @ _____

Cell. _____ P.IVA _____

Cod. Fisc. _____

Firma _____

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

È già cliente Sweden & Martina? SÌ 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 - **Implantologia Vol. 2**
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Implantologia Vol. 3**
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Strumenti Canalari Mtwo**
Seconda edizione, giugno 2012
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Cementazione Adesiva Bisco**