

NUMERIUNO

IL MAGAZINE SCIENTIFICO SWEDEN&MARTINA

CASO CLINICO

**DOTT. G. CABANES GUMBAU,
DOTT. I. LOI**

Gestione del trattamento chirurgico
della perimplantite con protesi
B.O.P.T.

INTERVISTA DOPPIA

**DOTT. L. BISCARO,
ODT. M. SOATTIN**

L'Universo Digitale

APPROFONDIMENTO

EAO-SEPES Madrid 2017

Prama protagonista di
relazioni e premi



BE UNIQUE.
BE PRAMA.

INDICE DEI CONTENUTI



pag. 04

EDITORIALE

BeUnique.
BePrama.



pag. 05

CASE REPORT IMPLANTOLOGIA

Gestione del trattamento chirurgico
della perimplantite attraverso la
protesi B.O.P.T.
dott. G. Cabanes Gumbau,
dott. I. Loi



pag. 12

NOVITÀ DI MERCATO

PERI-SET
Linea protesica XA

pag. 14

APPROFONDIMENTO

EAO-SEPES Madrid 2017:
Prama protagonista
di relazioni e premi

pag. 16

INTERVISTA

L'Universo Digitale
dott. L. Biscaro,
odt. M. Soattin

pag. 18

CASE REPORT IMPLANTOLOGIA

Protesi sociale: come
due impianti possono cambiare la
qualità della vita
prof. G. Cannizzaro,
dott. M. Lazzarini,
odt. P. Viola

pag. 21

NOVITÀ DI MERCATO

SYRA: ampliamento di gamma
Ossix® Volumax
Easy & Straight
Iniker Fill

pag. 24

CASE REPORT CHIRURGIA

Trattamento post chirurgico con
Ozone DTA in paziente
trattato con anticoagulanti
dott. L.P. Sandri

pag. 26

INTERVISTA

Intrattenere educando
dott. S. Daina



pag. 27

RECENSIONI



pag. 28

EVENTI



pag. 30

**CALENDARIO
CORSI**

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 10, numero 27

Novembre 2017 / marzo 2018

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 Zangiacomi

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

Note legali: I testi degli articoli, anche se curati con scrupolosa attenzione, non possono comportare responsabilità specifiche per eventuali inesattezze o errori, né l'autore garantisce la loro completezza e precisione. Si ricorda inoltre che le informazioni sono fornite a titolo puramente indicativo: esse non sostituiscono una valutazione odontoiatrica del singolo caso. Tutti i contenuti di NumeriUno sono protetti dal diritto di autore. Sweden & Martina declina ogni responsabilità per qualunque tipo di utilizzo fatto da terzi del presente lavoro.


sweden & martina



BE UNIQUE.
BE PRAMA.



#BEPRAMA

GESTIONE DEL TRATTAMENTO CHIRURGICO DELLA PERIMPLANTITE ATTRAVERSO LA PROTESI B.O.P.T.



**DOTT. GUILLERMO
CABANES GUMBAU**

Laureato in Odontoiatria presso l'Università di Valencia. Specialista universitario in implantologia orale presso la U.I.B. Professore collaboratore del Master di Chirurgia Orale e Implantologia presso l'Università di Valencia. Esercita la libera professione a Vila-Real (Castellón).



**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 Protesica. Esercita la libera professione a Cagliari.

Nel presente articolo viene descritto dettagliatamente un protocollo completo per il trattamento integrale, chirurgico e protesico della perimplantite. Tale protocollo prevede una fase chirurgica iniziale dove si ricorre a chirurgia perimplantare tramite accesso con lembo a spessore totale, osteotomia, implantoplastica e decontaminazione dell'area implantare coinvolta per mezzo di gel al perossido di idrogeno al 6%.

Questa terapia chirurgica iniziale viene integrata con la successiva fase protesica, dopo la guarigione e maturazione dei tessuti duri e molli attraverso la realizzazione di una corona cementata con tecnica B.O.P.T. che ricopre il pilastro e anche la porzione coronale dell'impianto rimasta esposta a causa della retrazione post-chirurgica dei tessuti.

In tal modo, con questo tipo di protesi si ottiene, in modo relativamente semplice e predicibile, il recupero dell'estetica dell'area sottoposta a intervento e un adeguato comportamento biologico e meccanico del restauro.

INTRODUZIONE

Sono trascorsi ormai 50 anni dalla nascita, in modo regolamentato e predicibile, delle metodiche terapeutiche dell'implantologia nell'ambito dell'Odontoiatria, grazie al contributo di Branemark e Albrektsson. Numerosissimi trattamenti realizzati con questa disciplina confermano ormai il ruolo fondamentale svolto da questa scelta terapeutica nella riabilitazione orale.

Tuttavia, è altrettanto vero che, in seguito a questa moltitudine di trattamenti implantologici realizzati nel corso di molti anni, gli odontoiatri sono ormai costretti ad approfondire lo studio e l'analisi dei problemi e/o complicanze provocati a medio e lungo termine da questa metodica, come avviene nel caso di altre.

Nel corso di tutti questi anni si è potuto constatare che, in alcune occasioni, l'osteointegrazione può essere "degradata" progressivamente come conseguenza di un'inflammazione iniziale dei tessuti molli, sotto forma di mucosite perimplantare che può diventare cronica e avanzare, con una maggior frequenza rispetto a quanto desiderato, in direzione apicale, coinvolgendo l'osso di supporto e dando origine alla cosiddetta perimplantite, una delle complicanze implantologiche con una prevalenza variabile tra il 7% e il 12%, secondo alcuni studi.^(1,2)

L'eziologia multifattoriale legata alla perimplantite e ai suoi fattori di rischio (batteri periodontopatogeni, fattori biomeccanici, protesici, fumo, occlusione, igiene orale...) rende più complesso il suo trattamento e spiega la mancanza di protocolli terapeutici univoci e notevolmente efficaci.⁽³⁾

Tuttavia, è possibile affermare che vi è unanimità in merito all'obiettivo principale di questa terapia che si prefigge l'arresto della progressione della perdita ossea perimplantare attraverso la rimozione dei tessuti coinvolti e dei depositi batterici della superficie dell'impianto, il che nella maggior parte dei casi dovrà essere realizzato con un accesso chirurgico diretto per poter effettuare una pulizia meccanica esaustiva, a cui farà seguito una detossificazione della superficie di titanio colpita, cercando di rigenerare, in un secondo momento, l'area ossea distrutta.

Inoltre, è importante ricordare che, come conseguenza della procedura chirurgica effettuata, dopo aver trattato con successo la perimplantite, nella maggior parte dei casi comparirà una retrazione dei tessuti perimplantari, con una conseguente esposizione della porzione coronale del corpo dell'impianto, in modo che la protesi preesistente non potrà essere riutilizzata o rimarrà notevolmente compromessa a livello estetico.

Inoltre, risulta evidente che in questi casi, il semplice fatto di sostituire la vecchia protesi con una nuova, supportata da un impianto in modo convenzionale, non risolverà il problema estetico e funzionale derivato dalla summenzionata recessione dei tessuti ed esposizione dell'impianto al cavo orale.

Per cercare di risolvere queste frequenti conseguenze derivanti dal trattamento chirurgico della perimplantite, senza dover complicare né rendere più caro il trattamento con nuove terapie chirurgiche mucogengivali, avremo, nella maggior parte dei casi, la possibilità di adattare la filosofia della protesi B.O.P.T. a questi impianti trattati. In tale modo sarà possibile ottenere una soluzione estetica e funzionale più semplificata e probabilmente più riproducibile, prevedibile e duratura, se paragonata ad altre alternative terapeutiche.

Il concetto B.O.P.T. (Biologically Oriented Preparation Technique) sviluppato dal Dott. Ignazio Loi nel corso della sua lunga esperienza clinica e pubblicato nel 2008 rappresenta, senza dubbio, una realtà nella modellazione e conservazione dei tessuti molli peridantari.⁽⁴⁻⁶⁾

Più di recente si è cominciato ad applicare questa filosofia al mondo dell'implantologia attraverso la realizzazione di pilastri implantoprotesici senza margine.

La tecnica B.O.P.T. poggia su due principi essenziali, ovvero, sulla mancanza del margine del pilastro e sulla constatazione che la gengiva ha la capacità di posizionarsi e adattarsi alle forme protesiche sia nel caso di protesi su denti che su impianti.

Lavorare con pilastri tronco-conici senza spalla consente un adattamento più semplice e controllato tra la protesi e l'impianto. Questa peculiarità, insieme alla realizzazione della morfologia emergente della corona con un "sovraccontorno e festonatura gengivale fisiologica" consentirà alle fibre

collagene dell'ampiezza biologica perimplantare di mantenere la loro stabilità e spessore, incrementando la grandezza della barriera gengivale del sigillo perimplantare responsabile di salvaguardare nel corso del tempo la protezione dei tessuti ossei di supporto.^(7,8)

OBIETTIVI

Nel presente articolo ci si propone di mostrare una procedura per il trattamento integrale, chirurgico e protesico della perimplantite, in modo relativamente semplice e predicibile con l'applicazione iniziale di una procedura chirurgica di pulizia e implantoplastica, procedendo poi alla realizzazione di una corona B.O.P.T. cementata che, in modo semplice, migliorerà la situazione estetica (copertura della recessione), biologica (risposta dei tessuti mucosi) e biomeccanica (solidarizzazione pilastro-impianto) dell'impianto trattato.

MATERIALI E METODO

Qui di seguito verrà illustrata in modo dettagliato questa procedura chirurgico-protesica per il trattamento integrale della perimplantite attraverso la presentazione di due casi clinici su impianti dentali in commercio.

CASE REPORT 1: TRATTAMENTO DELLA PERIMPLANTITE NEL PRIMO PREMOLARE SUPERIORE SINISTRO

Paziente maschio, di 38 anni, senza precedenti medici di rilievo, con perimplantite nell'impianto 2.4 (con corona cementata), con scarsa sintomatologia clinica, perdita ossea orizzontale radiografica di approssimativamente il 50% della lunghezza totale dell'impianto e tasche perimplantari di 7-8 mm con secrezione sero-purulenta (Figura 1).

Qui di seguito vengono delineate schematicamente le fasi della terapia chirurgica-protesica:

1. Medicazione: Amoxicillina - acido clavulanico 875/125 mg (ogni 8 ore per 7 giorni), da assumere fin dal giorno precedente l'intervento. Collutorio alla clorexidina 0,12% (3 volte al dì per 4 settimane).
2. Rimozione del cemento della corona e chirurgia di accesso con elevazione del lembo a tutto spessore e debridement meccanico del tessuto di granulazione perimplantare con strumenti chirurgici e rotativi (Figure 1-2).
3. Osteotomia di regolarizzazione dell'osso perimplantare per conformare un'architettura adeguata e omogenea nei tessuti duri sui quali si adatterà la mucosa senza generare nuove tasche perimplantari. Con manipolo e fresa sferica di tungsteno con irrigazione fisiologica sterile (Figura 3 a sinistra).

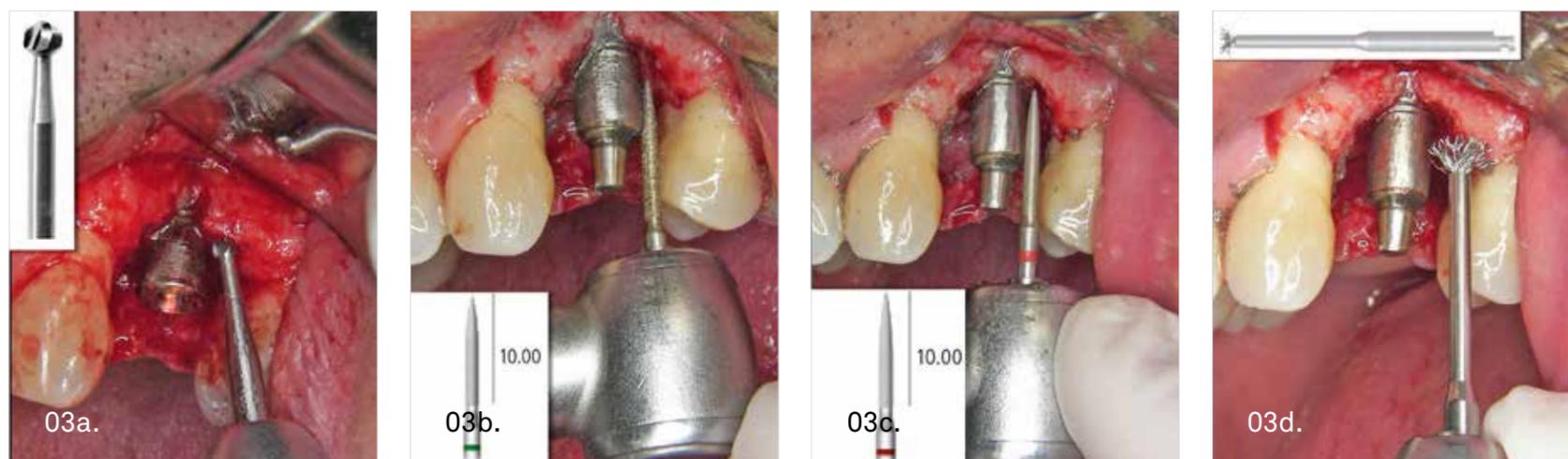


Perimplantite in 2.4. individuata per perdita ossea radiografica e tasca perimplantare di 8 mm.



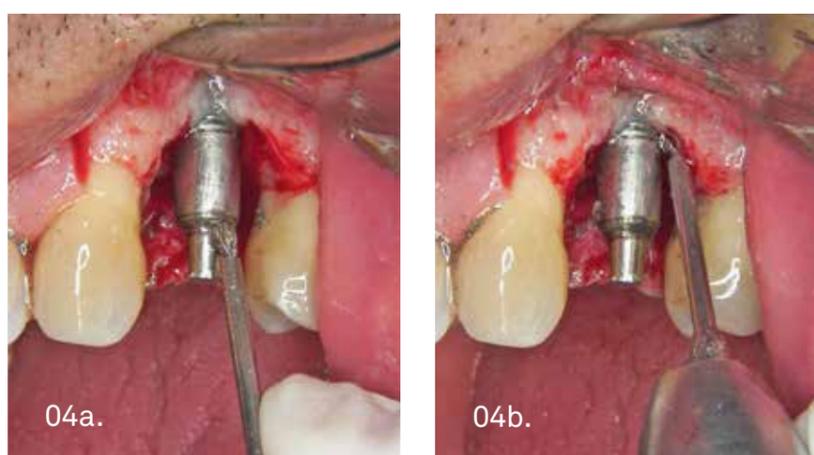
Dopo aver rimosso il cemento dalla corona e sollevato un lembo a spessore totale, si nota il difetto osseo perimplantare occupato da un abbondante tessuto di granulazione.

4. Implantoplastica con turbina e frese diamantate di grana grossa (anello verde) e fine (anello rosso), a cui farà seguito una pulizia rotativa delle spire residue della superficie dell'impianto e dei resti di tessuto di granulazione di difficile accesso, con spazzolino rotatorio con punta di titanio montato su contrangolo con irrigazione sterile (kit di frese PERI-SET e B.O.P.T. DRILLS della Sweden & Martina - Figure 3-4).
5. Decontaminazione della superficie di titanio attraverso l'applicazione di GEL AL PEROSSIDO DI IDROGENO AL 6% (gel impiegato nello sbiancamento dentale) sulla superficie dell'impianto (Figura 5 a sinistra). L'applicazione del gel con una siringa con la punta di plastica sottile, assieme alla sua elevata viscosità, agevolano notevolmente la collocazione precisa del prodotto. Il gel verrà lasciato 1,5-2 minuti e in seguito si provvederà a realizzare un'abbondante irrigazione con soluzione fisiologica sterile per la rimozione totale del perossido.⁽⁹⁾



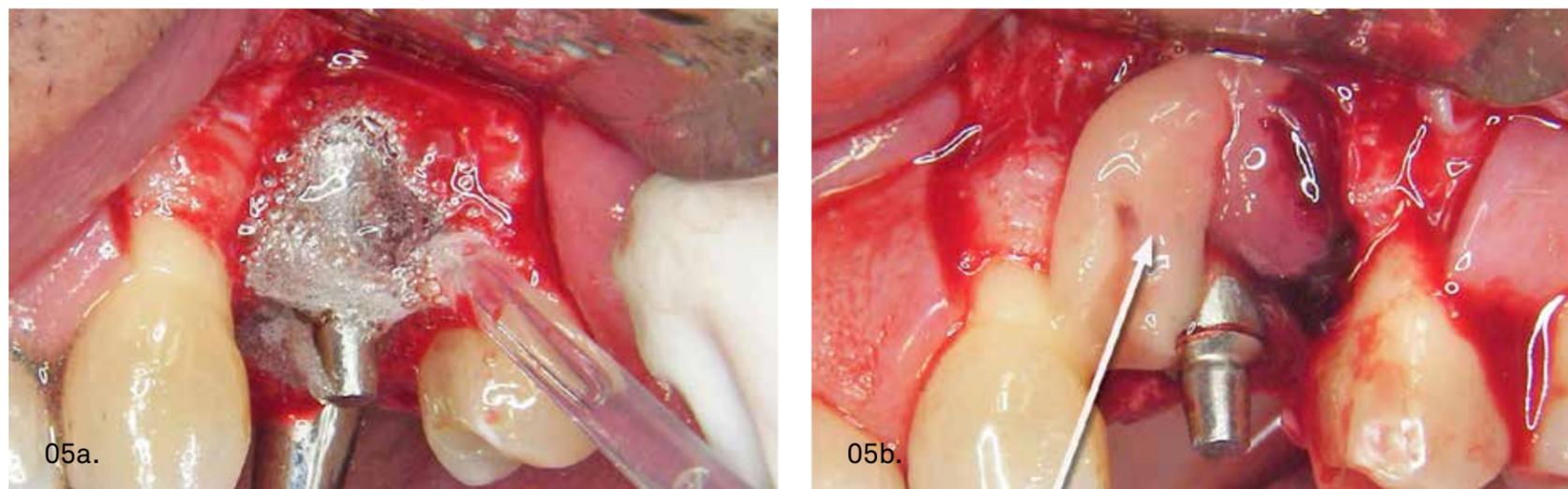
Sequenza di frese (Sweden-Martina) impiegate rispettivamente per l'osteotomia, il debridement e l'implantoplastica (kit di frese PERI-SET e B.O.P.T. ideati rispettivamente dai Dott. Corrente e Abundo e dal Dott. Loi).

6. Copertura della superficie implantare trattata con una membrana di A-PRF (Fibrina ricca di piastrine e leucociti) per cercare di migliorare e stimolare la guarigione e la rigenerazione dell'area trattata chirurgicamente (Figura 5 a destra).⁽¹⁰⁻¹²⁾
7. Sutura del lembo con un riposizionamento leggermente apicale del tessuto. La sutura incrociata attorno al corpo dell'impianto stabilizzerà il lembo in modo adeguato. Lasciamo esposto il pilastro e la porzione coronale dell'impianto che è stata tagliata con implantoplastica generando un'emergenza convergente, tronco-conica e senza margine. In questo modo sarà possibile realizzare una corona tipo B.O.P.T dopo la guarigione e la maturazione dei tessuti perimplantari (Figura 6).
8. Rimozione della sutura dopo 2 settimane a cui seguiranno controlli clinico-radiografici periodici.
9. A distanza di 2 mesi, con i tessuti molli già recuperati e ben adattati all'impianto, si provvederà alla presa delle impronte con silicone e filo di retrazione in modo simile alla tecnica impiegata in una protesi convenzionale supportata da denti (Figura 7).

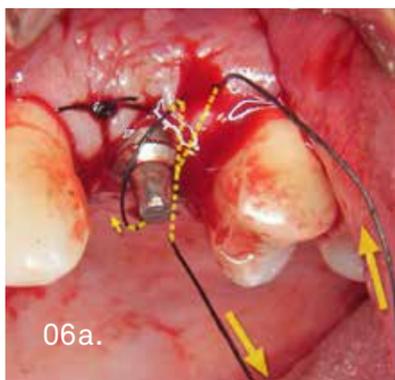


La fresa con spazzolino e punta di titanio risulta utile per la pulizia della superficie dell'impianto e anche per la rimozione del tessuto di granulazione in zone difficilmente accessibili per gli strumenti manuali. Nonostante venga utilizzata con irrigazione, dopo il suo impiego è consigliabile lavare ancora una volta e in modo abbondante la zona per rimuovere tutti i residui che si sono staccati dal titanio assieme a possibili filamenti metallici staccati dalla punta dello spazzolino rotativo.

10. Sul modello di gesso conformiamo (attraverso usura manuale dello stesso) una morfologia di emergenza coronaria adeguata e realizziamo direttamente una corona definitiva (senza dover ricorrere a una corona provvisoria) ben adattata all'emergenza tipo B.O.P.T. creata sul modello e che avrà un sovracontorno fisiologico, senza margine e con una compressione gengivale adeguata per favorire un corretto sigillo mucoso pericoronario (Figure 7-8).⁽¹³⁻¹⁴⁾



Dopo la pulizia meccanica viene realizzata la decontaminazione della zona trattata con gel al perossido di idrogeno al 6% durante 1,5-2 minuti. Dopo aver rimosso il gel al perossido con una abbondante irrigazione con soluzione fisiologica sterile, si ricopre l'area trattata con una membrana di A-PRF prima di realizzare la sutura.



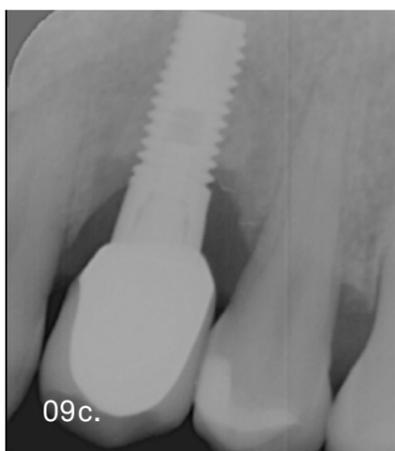
La sutura incrociata sull'impianto stabilizza i tessuti in modo adeguato. Mediante implantoplastica puliamo la porzione dell'impianto contaminato e conferiamo inoltre una morfologia convergente verso la parte coronale per consentire l'adattamento, dopo la guarigione, di una corona B.O.P.T.



A distanza di 2 mesi, si realizza la presa di impronta con filo di retrazione e silicone. Sul modello di gesso viene conformata l'emergenza adeguata per la corona B.O.P.T. che dobbiamo realizzare.



La corona B.O.P.T. che ricopre la porzione del pilastro + impianto esposto dopo l'intervento. Si può utilizzare il filo di retrazione per prevenire il possibile ingresso di cemento nel solco perimplantare che potrebbe essere difficile da rimuovere.



Con questo protocollo di trattamento chirurgico si raggiunge un adeguato esito estetico, funzionale e di salute gengivale perimplantare.

In virtù delle caratteristiche precedentemente descritte, la corona tipo B.O.P.T cementata permetterà di ottenere, in modo semplice, una copertura estetica della porzione esposta dell'impianto e un aumento dello spazio biologico orizzontale con un miglioramento progressivo della qualità e dello spessore dei tessuti mucosi di sigillo perimplantare (Figura 9).

CASE REPORT 2: TRATTAMENTO DI PERIMPLANTITE NEL PRIMO MOLARE INFERIORE SINISTRO

Paziente maschio, di 40 anni, senza precedenti anamnestici particolari, con perimplantite nell'impianto 3.6 (con corona cementata), con scarsa sintomatologia clinica, riassorbimento osseo orizzontale radiografica "a scodella" di approssimativamente il 40% della lunghezza totale dell'impianto e tasche perimplantari di 7-8 mm con secrezione sero-purulenta (Figura 10).

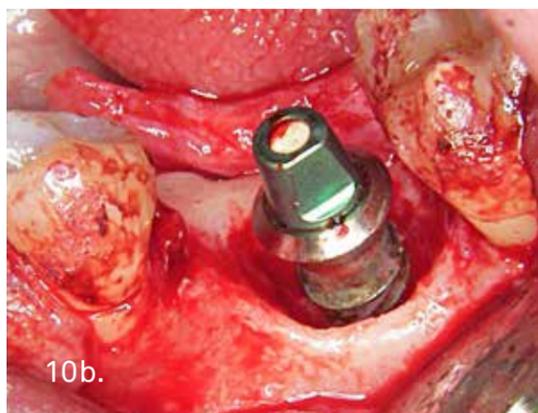
La sequenza del trattamento chirurgico è simile a quella del caso descritto precedentemente.

Nella Figura 10, dopo aver elevato il lembo muco-periosteo, si apprezza il difetto osseo perimplantare con abbondante contaminazione nel terzo medio e coronale dell'impianto.

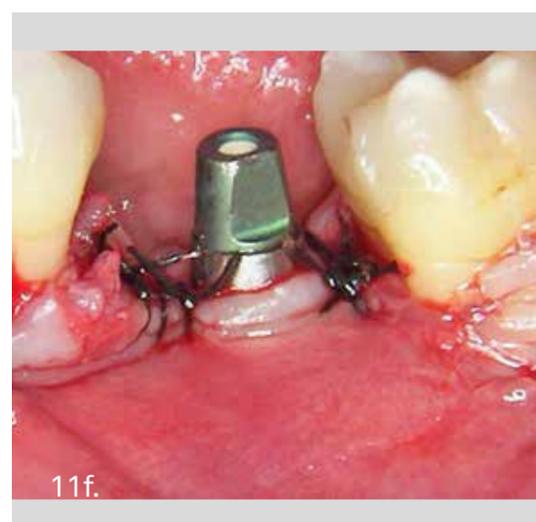
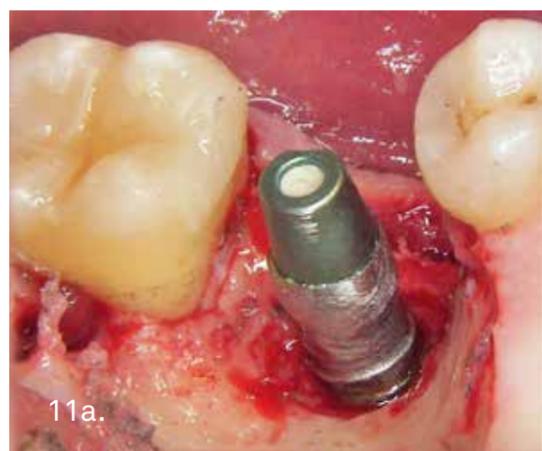
In questo caso, nonostante ci fosse un difetto osseo circonfenziale perimplantare, capace di contenere un biomateriale, si è scelto di trattarlo esclusivamente con terapia resettiva per poter verificare le potenzialità riparatrici fornite dalla metodica presentata in questa sede.

Dopo aver realizzato l'osteotomia iniziale con fresa sferica per regolarizzare la cresta ossea, nell'immagine è possibile apprezzare che, trattandosi di un impianto con un'ampia piattaforma divergente, in questo caso, inizieremo l'implantoplastica con una fresa di tungsteno per taglio di metallo con l'obiettivo di eliminare tutta la piattaforma oclusale allargata dell'impianto.

In seguito alterneremo le frese diamantate e gli spazzolini con punta di titanio, a cui seguirà la decontaminazione della superficie con gel al perossido di idrogeno al 6% in modo simile alla procedura descritta nel caso precedente (Figure 10-11).



Perimplantite in 3.6. Dopo aver elevato il lembo si apprezza un difetto osseo circonfenziale che verrà trattato con chirurgia resettiva, impiegando la sequenza di frese precedentemente descritta.



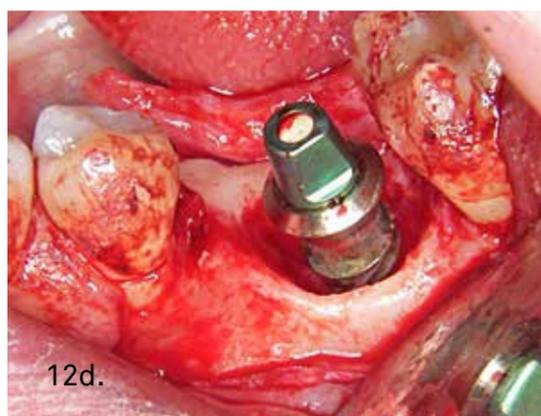
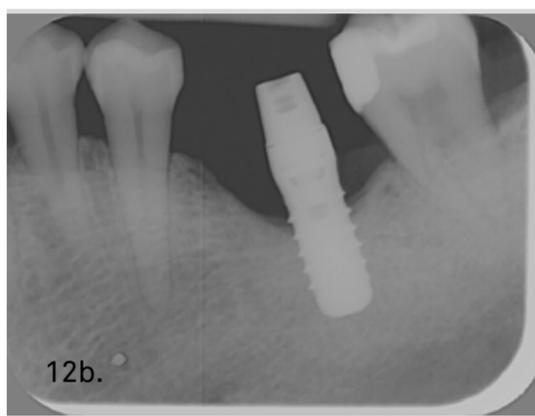
Implantoplastica, decontaminazione dell'impianto con gel al perossido di idrogeno al 6% e sutura.

A distanza di 4 mesi dalla prima fase chirurgica, che ricordiamo è stata esclusivamente di tipo resettivo (senza biomateriale), possiamo apprezzare un'ottima evoluzione e una stabilizzazione sia dell'osso perimplantare che dei tessuti molli di sigillo mucoso (Figura 12) in modo che possiamo provvedere alla presa dell'impronta con filo di retrazione e silicone in modo convenzionale, come facciamo solitamente nelle protesi supportate da denti.

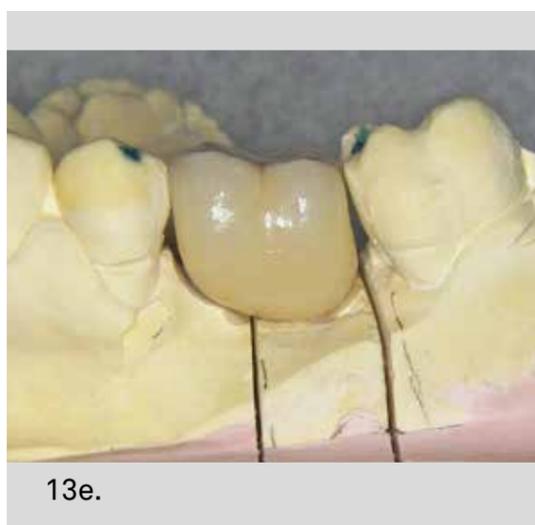
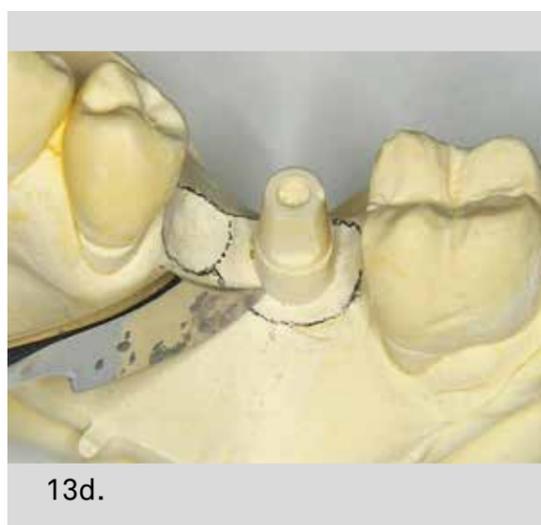
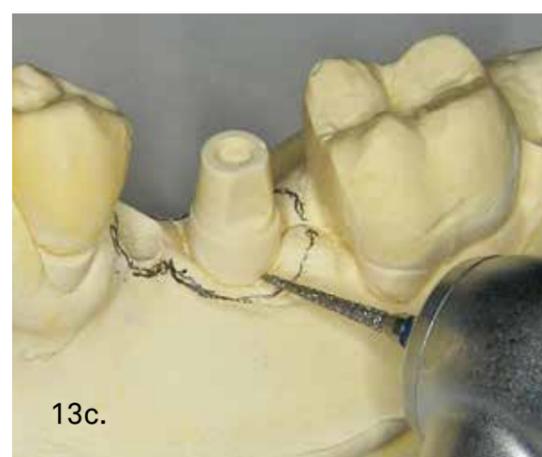
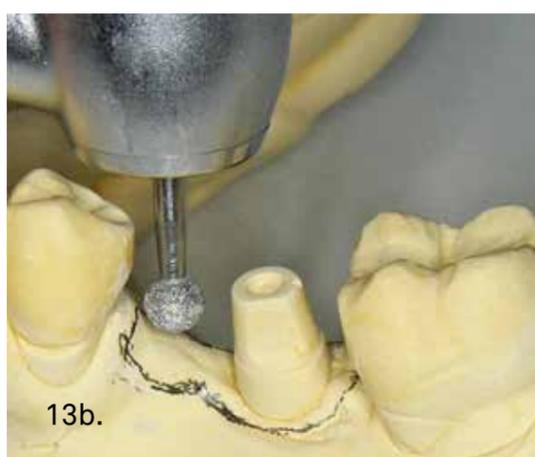
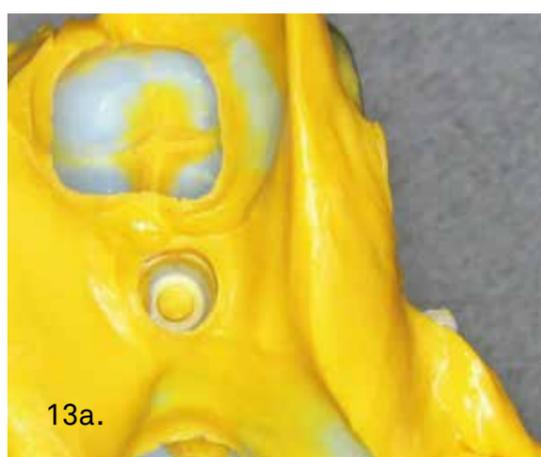
Poi prepariamo, sul modello di gesso, un'emergenza coronaria adeguata alla realizzazione di una corona B.O.P.T. senza margine con sovracontorno fisiologico e leggera compressione della mucosa perimplantare per favorire un corretto sigillo mucoso nei tessuti molli che circondano il collo dell'impianto (Figura 13).

Infine, nella parte centrale superiore della figura 14 è possibile apprezzare la situazione iniziale, radiografica e clinica, con la corona appena cementata al 4 mese dalla chirurgia.

A distanza di 9 mesi dall'intervento (5 mesi dopo la cementazione della corona), nelle immagini della parte inferiore si constatano un adeguato mantenimento dell'osso perimplantare e l'aspetto salutare della gengiva, con un incremento dello spessore della mucosa di sigillo pericoronario attorno all'impianto trattato con questa metodologia.



A distanza di 4 mesi dal trattamento chirurgico, l'osso e i tessuti molli perimplantari presentano un'evoluzione totalmente soddisfacente. Si procede alla presa dell'impronta con filo di retrazione e silicone.



Sul modello viene conformata, con usura del gesso, un'emergenza gengivale adeguata per il confezionamento della corona B.O.P.T. ben adattata all'emergenza summenzionata.



Con la corona B.O.P.T. cementata sul pilastro e la porzione coronale dell'impianto, l'osso perimplantare rimane stabile e i tessuti molli migliorano progressivamente.

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

L'idea basilare di questo articolo è che quando viene applicata la filosofia B.O.P.T. nella realizzazione della protesi, nei casi trattati di perimplantite con questa metodologia, si ricorre all'implantoplastica (oltre per la pulizia dell'impianto) per creare una porzione tronco-conica che includa il pilastro e anche la porzione coronale dell'impianto, creando un solo moncone protesico lungo (pilastro + porzione dell'impianto) che fungerà da ritenzione per la corona cementata e nel cui interno verranno incluse la porzione esposta dell'impianto e anche il gap di unione pilastro-impianto (Figura 7,8). L'implantoplastica è un trattamento che implica rischi, per cui è subordinata all'esperienza del medico.

D'altro canto, secondo il concetto B.O.P.T., effettuando il taglio della porzione coronale dell'impianto senza la necessità di creare nessun margine o smusso, si agevola l'adattamento della protesi, si riducono in minor misura le pareti dell'impianto e la nuova corona può adattarsi al livello gengivale ottenuto in seguito alla guarigione e maturazione dei tessuti.

Oltre a risolvere in modo semplice il problema estetico post-chirurgico del titanio esposto, si elimina il problema del microadattamento nel gap pilastro-impianto che rimarrà nascosto e "protetto" all'interno della corona cementata. Di conseguenza, si minimizza il problema della ritenzione batterica nel gap summenzionato e diminuisce lo stress ciclico della vite di ritenzione e, quindi, diminuisce la problematica derivante dal suo possibile allentamento.⁽¹⁵⁻²¹⁾

Tutto ciò è reso possibile dall'applicazione di una metodica relativamente semplice e che addirittura ci permette di riutilizzare, praticamente sempre, lo stesso pilastro protesico e la stessa vite dell'impianto trattato (dopo averli sottoposti a decontaminazione), senza la necessità di localizzare e acquistare nuovi prodotti per risolvere il caso che, in determinate occasioni, può essere complesso a causa della molteplicità di marche di impianti dentali presenti sul mercato.

In quanto alla decontaminazione della superficie dell'impianto con gel al perossido di idrogeno al 6%, a oggi non è stato possibile dimostrare qual è la sostanza chimica ideale per raggiungere questo obiettivo.⁽²²⁻²⁴⁾

Ci si propone di impiegare composti che siano capaci di decontaminare con rapidità e specificità e che siano facili da applicare. Per questo motivo, una sostanza chimica ideale per questa applicazione dovrà appartenere alle specie anaerobiche Gram negative (flora patogena predominante nella perimplantite)⁽¹⁾, potrà applicarsi in modo semplice e con una concentrazione sufficiente per svolgere la sua azione rapidamente (uno o due minuti) e agire in modo localizzato senza colpire i tessuti vivi attorno all'impianto.

Una delle sostanze impiegate tradizionalmente per questa azione è il perossido di idrogeno al 3-5% applicato sotto forma di liquido, localmente, con una garza sterile e il cui meccanismo di azione consiste nel liberare ioni di ossigeno che diventano battericidi per la flora perimplantopatogena e senza alterare le proprietà metalliche del titanio.⁽²⁵⁻²⁶⁾ Tuttavia, l'inconveniente principale di questo prodotto è la sua posologia, in quanto si tratta di un prodotto liquido difficile da applicare e da contenere nell'area di azione desiderata. In questo articolo viene presentata, dunque, un'alternativa innovativa e pratica per l'impiego del perossido di idrogeno nell'ambito della chirurgia perimplantare che consente un'applicazione comoda e localizzata, utilizzando inoltre una formulazione accessibile e familiare agli odontoiatri, vale a dire, il perossido di idrogeno al

6% sotto forma di gel impiegato nei trattamenti di sbiancamento dentale. Il gel al perossido di idrogeno al 6% può soddisfare adeguatamente le esigenze richieste ai prodotti chimici disinfettanti della superficie dell'impianto, per quanto riguarda la specificità della flora batterica, la sua facilità e precisione di applicazione e la mancanza di effetti nocivi sul titanio e sui tessuti vivi perimplantari. In effetti, viene impiegato per un breve periodo (1,5-2 minuti) ed è ben localizzato grazie alla sua consistenza di gel spesso e sarà eliminato completamente mediante un'abbondante irrigazione con soluzione fisiologica sterile.⁽⁹⁾

Va aggiunta un'ultima considerazione: può risultare interessante chiarire che, quando nella metodologia del presente articolo, si propone di preparare l'emergenza coronaria sul modello, mediante usura selettiva del gesso, e la realizzazione diretta della corona B.O.P.T. di ceramica e metallo DEFINITIVA, non si cerca di eliminare in modo sistematico l'impiego di corone provvisorie per la conformazione dei tessuti per il mero fatto di "risparmiare" passaggi del protocollo clinico. Al contrario, gli autori considerano che, nonostante si possano utilizzare sempre corone provvisorie, ove ritenuto opportuno; nel caso specifico delle protesi B.O.P.T. su impianti trattati, con frequenza, l'odontoiatra esperto potrà prevedere sin dall'inizio l'emergenza coronaria adeguata sul primo modello di lavoro del laboratorio, conformando, mediante usura manuale selettiva, la morfologia del gesso circostante l'analogo per simulare l'emergenza finale desiderata e che l'odontotecnico dovrà trasferire alla corona, realizzandola in modo adeguato su quel profilo di emergenza abbozzato dall'odontoiatra.⁽¹³⁻¹⁴⁾

CORRISPONDENZA

Guillermo Cabanes Gumbau.
C/ Mestre Joaquin Vidal, nº 6 - Bajo. 12540 Vila-real (Castellón)
Tel. +34 964537028
e-mail. guillermo@doctorcabanes.com



YouTube Canal
"BOPT SOBRE IMPLANTES"

BIBLIOGRAFIA

1. Lindhe J., Meyle J., *Periimplant diseases: Consensus Report of the Sixth European Workshop on Periodontology*, J Clin Periodontol. 2008; 35 (Suppl. 8) 282-5.
2. Zitzmann N.U., Berglundh T., *Definition and prevalence of periimplant diseases*, J Clin Periodontol. 2008 Sep; 35 (8 Suppl): 286-91.
3. Segura G., Gil R., Vicente F., Ferreira A., Faus J., Agustín R., *Periimplantitis y mucositis periimplantaria. Factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento*, Avances en Periodoncia. Volumen 27-Nº 1- Abril 2015: 2536. 1.
4. Loi I., Scutellà F., Galli F., *Tecnica di preparazione orientata biologicamente (B.O.P.T.). Un nuovo approccio nella preparazione protesica in odontostomatologia*, Quintessenza Internazionale 2008; 5: 69-75.
5. Loi I., *Protesi su denti naturali nei settori di rilevanza estetica con tecnica BOPT: Case series report*, Dental Cadmos 2008; 76: 51-59.
6. Loi I., Galli F., Scutellà F., Felice A., *Il contorno coronale protesico con tecnica di preparazione B.O.P.T. (Biologically Oriented Preparation Technique): considerazioni tecniche*, Quintessenza Internazionale 2009; 25: 4-19
7. Loi I., Felice A., *Biologically oriented preparation technique (B.O.P.T.): a new approach for prosthetic restoration of periodontally healthy teeth*, The European Journal of Esthetic Dentistry 2013; 8-1: 10-23
8. Canullo L., Tallarico M., Pradies G., Marinotti F., Loi I., Cocchetto R., *Soft and hard tissue response to an implant with a convergent collar in the esthetic area: preliminary report at 18 months*, Int J Esthet Dent. 2017;12(3):306-323.

9. Rodríguez X., Vela X., Segalà M., *Cutting-Edge implant rehabilitation design and management: a tapered abutment approach*, Compend Contin Educ Dent. 2017 Jul;38(7):482-491.
10. Cabanes G., Amengual J., Padulles E., Gil Mur J., *Descontaminación química en periimplantitis mediante gel de peróxido de hidrógeno*, Gaceta Dental – Especial Implantes. 282/Julio 2016: 180-192.
11. Choukroun J., Diss A., Simonpieri A., Girard M.O., Schoeffler C., Dohand S.L., Dohane A.J.J., Mouhyi J., Dohan D.M., *Platelet-rich fibrin (PRF): a second-generation platelet concentrate. Part IV: Clinical effects on tissue healing, Oral and Maxillofacial Surgery*, Volume 101, Issue 3, Pages e56-e60, (March 2006).
12. Dohan Ehrenfest D.M., Doglioli P., de Peppo G.M., Del Corso M., *Choukroun's platelet-rich fibrin (PRF) stimulates in vitro proliferation and differentiation of human oral bone mesenchymal stem cell in a dose-dependent way*, Charrier JB. Arch Oral Biol, 2010 Mar.
13. Dohan Ehrenfest D.M., Del Corso M., Diss A., Mouhyi J., Charrier J.B., *Three-dimensional architecture and cell composition of a Choukroun's platelet-rich fibrin clot and membrane*, J Periodontol, 2010 Apr.
14. Cabanes G., *Experiencia en clínica de la técnica B.O.P.T. sobre implantes: preparación vertical de pilares y conformación de la emergencia coronaria*. En: Agustín R., Chust C., *Protocolo clínico-protésico de la técnica B.O.P.T.*, Ediciones Especializadas Europeas. 2016; 205-13.
15. Cabanes G., *Perfil de emergencia y sellado mucoso en coronas BOPT sobre implantes PRAMA*, Labor Dental Clínica, Vol. 17, Nº 3, 7-9/2016; 104-116.
16. Binon P., Sutter F., Beaty K., Brunsky J., Gulbransen H., Weiner R., *The role of screws in implant systems*, Int Jnl Oral Maxillofac implants, 1994; 9: suppl. 48-63.
17. Binon P.P., *Evaluation of machining accuracy and consistency of selected implants, standard abutments, and laboratory analogs*, Int J Prosthodont. 1995 Mar-Apr;8(2):162-78.
18. Binon P.P., *The effect of implant/abutment hexagonal misfit on screw joint stability*, Int J Prosthodont. 1996b; 9: 149-60.
19. Jemt T., Book K., *Prosthesis misfit and marginal bone loss in edentulous implant patients*, Int J Oral Maxillofac Implants. 1996; 11(5): 620-5.
20. Isa Z.M., Hobkirk J.A., *The effects of superstructures fit and loading on individual implant units: Part I. The effects of tightening the gold screws and placement of a superstructure with varying degrees of fit*. Eur J Prosthodont Restor Dent. 1995;3(6): 247-53.
21. Jemt T., Rubenstein J.E., Carlsson L., Lang B.R., *Measuring fit at the implant prosthodontic interface*, J Prosthet Dent. 1996; 75(3): 314-25.
22. Kan J.Y.K., Rungcharassaeng K., Bohsali K., Goodacre C.J., Lang B.R.I., *Clinical methods for evaluating implant frameworks fit*, J Prosthet Dent. 1999; 81(1): 7-13.
23. Dennison D.K., Huerzeler M.B., Quinones C., Caffesse R.G., *Contaminated implant surfaces: an in vitro comparison of implant surface coating and treatment modalities for decontamination*, J Periodontol. 1994; 65 (10): 942-8.
24. Zablotsky N.H., Diedrich D.L., Meffert R.M., Wittrig E., *The ability of various chemotherapeutic agents to detoxify the endotoxin infected HAcoated implant surface*, Int J Oral Implant. 1991; 8: 45-51.
25. Padulles E., *Patología Periimplantaria. Infección Periimplantaria. Etiología, Diagnóstico, Tratamiento*, Ed. Quintessence.
26. Gosau M., Hahnel S., Schwarz F., Gerlach T., Reichert T.E., Bürgers R., *Effect of six different peri-implantitis disinfection methods on in vivo human oral biofilm*, Int J Oral Maxillofac Implants. 2010 Jul-Aug; 25 (4): 831-3.
27. Ungvári K., Pelsöczy I.K., Kormos B., Oszkó A., Rakonczay Z., Kemény L., Radnai M., Nagy K., Fazekas A., Turzó K., *Effects on titanium implant surfaces of chemical agents used for the treatment of peri-implantitis*, J Clin Periodontol. 2010 Jun; 37 (6): 563-73.

PERI-SET

IL TRATTAMENTO CHIRURGICO DEI DIFETTI CAUSATI DALLA PERIIMPLANTITE

PERI-SET nasce grazie alla collaborazione con il dott. Giuseppe Corrente e il dott. Roberto Abundo, che negli anni hanno messo a punto delle sequenze efficaci e ripetibili per recuperare situazioni gravemente compromesse a causa della periimplantite. La loro esperienza ha suggerito la presenza nel kit PERI-SET di tipologie di strumenti diversi, da utilizzarsi a seconda delle caratteristiche anatomiche del difetto periimplantare da trattare.

Nodo cruciale del trattamento della periimplantite è la difficoltà di rimuovere completamente gli agenti patogeni e i tessuti danneggiati dalla superficie dell'impianto e, al contempo, riportare la stessa superficie nuovamente affine ai tessuti duri e molli nella sua macro e micro-geometria. Il presente kit è stato sviluppato al fine di rendere riproducibile da parte degli odontoiatri un protocollo di decontaminazione della micro-geometria superficiale dell'impianto e la modificazione della macro-geometria dello stesso in vista di un'ottimale guarigione dei tessuti.

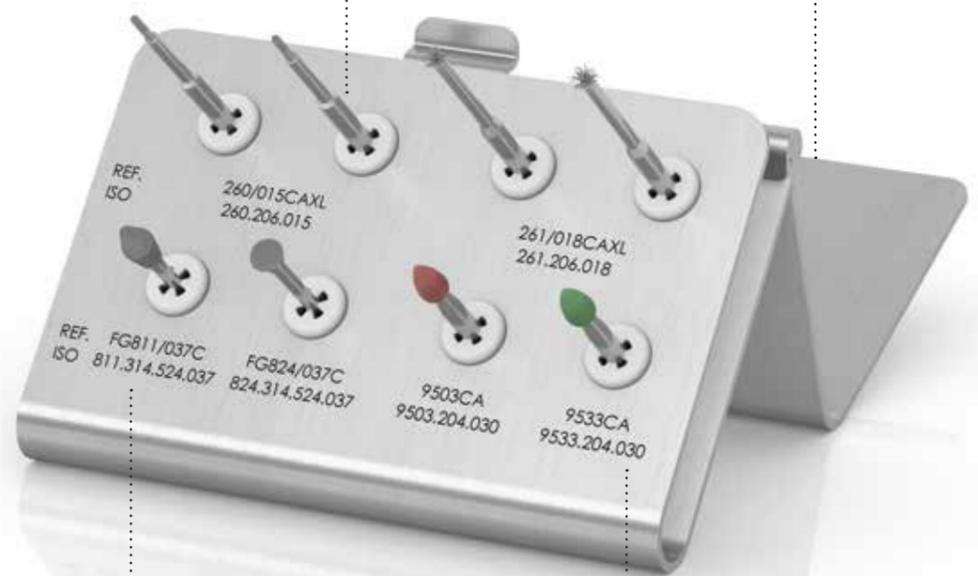


Dott. Giuseppe Corrente
Adjunct Professor-Department of Periodontics,
University of Pennsylvania, U.S.A.
Libero Professionista-SICOR-Torino

Dott. Roberto Abundo
Adjunct Professor-Department of Periodontics,
University of Pennsylvania, U.S.A.
Libero Professionista-SICOR-Torino

La morfologia degli strumenti diamantati permette di abraderare la superficie dell'impianto senza dover rimuovere la protesi.

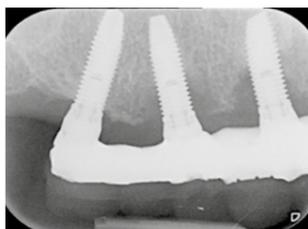
I gommini a fiammetta sono riconoscibili grazie ai due diversi colori (rosso e verde).



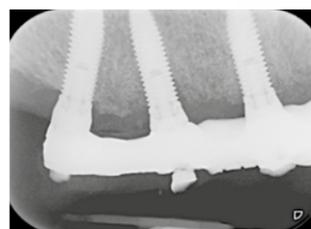
La morfologia degli strumenti diamantati permette di abraderare la superficie dell'impianto senza dover rimuovere la protesi.

I gommini a fiammetta sono riconoscibili grazie ai due diversi colori (rosso e verde).

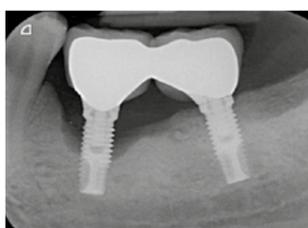
FOLLOW-UP RADIOGRAFICI



Caso iniziale



Follow-up ad un anno



Caso iniziale



Follow-up a 3 anni

NOVITÀ DI MERCATO

LINEA PROTESICA XA

DISPONIBILE ANCHE PER IMPIANTI SYRA E OUTLINK²

dott. Xavier Vela



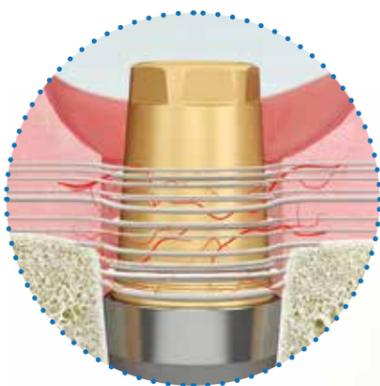
dott. Xavier Rodríguez

Sviluppata in collaborazione con **Xavier Vela** e **Xavier Rodríguez** del centro BORG (Barcelona Osseointegration Research Group), la linea protesica XA, prima disponibile solo per gli impianti Premium, Kohno e Shelta, è ora disponibile anche per gli impianti ad esagono esterno Syra e Outlink².

Ispirati dalla tecnica B.O.P.T. di preparazione del dente naturale, Vela e Rodríguez hanno realizzato una linea protesica con una morfologia che mira a replicare quella del moncone naturale preparato secondo tale tecnica aggiungendo alla morfologia senza margine di finitura del pilastro delle micro-rigature alla base, capaci di guidare la crescita dei fibroblasti e la produzione di fibre collagene.

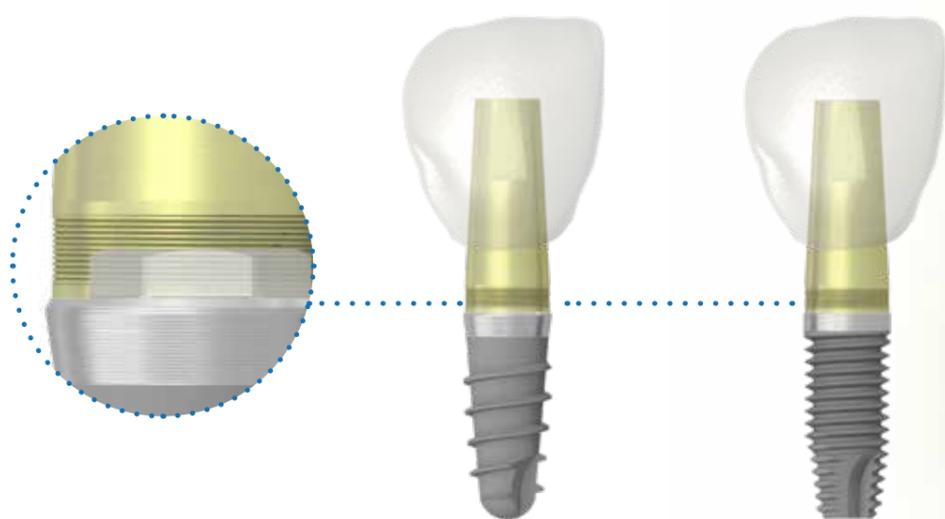
SWITCHING PLATFORM

Possibilità di realizzare questo protocollo protesico con impianti Syra e Outlink², mantenendo l'osso più lontano dalla piattaforma di connessione, che, occupata dal tessuto connettivo, stabilizza le fibre e ottimizza la rigenerazione ossea.



MICRO-RIGATURE

Presenti alla base del pilastro, guidano le fibre e stimolano la produzione di collagene. La conicità di questo tratto promuove la migrazione dei tessuti.

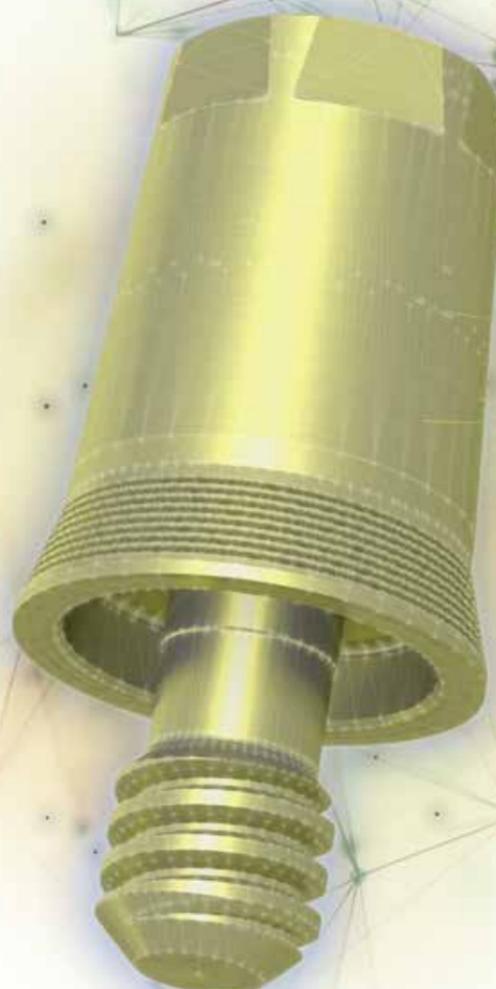


DUE VERSIONI...

I pilastri sono disponibili in due versioni, che permettono la realizzazione di **protesi avvitate** (pilastri con avvitamento diretto) e con **tecnica cementata** (pilastro con vite di serraggio), anche seguendo il protocollo One-Abutment-One-Time.

... PER MOLTE SOLUZIONI

Le due versioni non presentano la linea di finitura, seguendo i principi della tecnica B.O.P.T.



EAO-SEPES Madrid 2017: Prima protagonista di relazioni e premi



Dopo 3 anni di esperienza clinica un palcoscenico internazionale come l'EAO consacra i diversi utilizzi dell'impianto Prama.

📍 **Giovedì 5 ottobre**
Dott. Ignazio Loi

“B.O.P.T.: innovative techniques on natural teeth and implants”

500 implantologi catturati dalla genesi dell'impianto PRAMA e dall'esperienza clinica che sottostà al disegno del suo caratteristico collo convergente. Il pubblico, che ha riempito la sala per tutte le 2 ore di relazione del dott. Loi, ha apprezzato molto anche il focus sui vantaggi dell'impianto Prama e i casi a dimostrazione della gestione facile di situazioni cliniche che con altre tipologie di impianti avrebbero richiesto rigenerazioni ossee e/o tissutali.



📍 **Prof.ssa Berta García Mira**

“The clinical and radiographic outcome of PRAMA implants and B.O.P.T. crowns placed with guided surgery and immediate non-functional loading”

Primo premio EAO-SEPES per il miglior lavoro clinico alla prof.ssa Berta García Mira per uno studio sugli impianti Prama inseriti con chirurgia guidata e caricati con corone B.O.P.T. immediate non funzionalizzate. La prof.ssa García Mira ha spiegato in maniera dettagliata ed esaustiva i benefici del Prama inserito con protocollo computer-assistito, illustrando i risultati a 12 mesi di diversi casi, comprese corone singole in zona estetica.



EAO
EUROPEAN ASSOCIATION FOR OSSEOINTEGRATION
CONGRESS



SEPESES
Sociedad Española de Prótesis
Estomatológica y Estética

26TH ANNUAL SCIENTIFIC MEETING
OF THE EUROPEAN
ASSOCIATION
FOR OSTEOINTEGRATION

47 CONGRESO ANUAL
DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE PRÓTESIS
ESTOMATOLÓGICA Y ESTÉTICA



Venerdì 6 ottobre
Dott. Xavier Vela Nebot

“How to choose the proper connection and abutment”

Il dott. Xavier Vela ha condiviso il palco con il prof. João Caramês per un interessante dibattito sui criteri di scelta della connessione implantare più appropriata e sulla possibilità di utilizzare o meno l'abutment protesico. La sua relazione ha evidenziato i vantaggi dell'uso di impianti con connessione Collex in abbinata ai pilastri XA, caratterizzati dalla microrigatura alla base, che associata al protocollo **One-Abutment-One-Time**, consente di ottenere una migrazione coronale dei tessuti molli e un conseguente sostegno ai tessuti duri che ne garantirà la stabilità nel tempo. Il dott. Vela ha entusiasmato e convinto pubblico e chairman della sessione, il prof. Bjarni Pjetursson, che si sono dimostrati affascinati dalle potenzialità di questa linea protesica.



Venerdì 6 ottobre
Dott. Matteo Lazzarini

“Immediate loading of two flapless placed mandibular implants supporting cross-arch fixed prostheses - a 5-year follow-up prospective single cohort study”

La possibilità di riabilitare alcune categorie di pazienti **utilizzando solo 2 impianti Prama a supporto di una protesi full-arch** è stato l'oggetto dell'interessante Oral Communication del dott. Lazzarini, che ha dimostrato come l'innovativo protocollo **Fixed-on-Two** rappresenti un'opzione terapeutica affidabile e minimamente invasiva che in determinate situazioni cliniche e sociali può fare realmente la differenza nel risultato finale e nel grado di soddisfazione del paziente. Ed è proprio la soddisfazione del paziente e delle sue esigenze cliniche e soprattutto umane il punto chiave della tecnica **Fixed-on-Two**. Un applauso univoco alla fine della relazione ha dimostrato come la platea e i chairman della sessione abbiano compreso perfettamente le potenzialità del protocollo ideato dal prof. Gioacchino Cannizzaro e dal suo team, di cui fa parte lo stesso dott. Lazzarini.





**DOTT. LEONELLO
BISCARO**

Il digitale: è la vera semplificazione del workflow di lavoro?

Bisogna attribuire il corretto significato del termine digitale: la mia impressione è che il significato che ad esso si dà sia, troppo spesso, riduttivo, perché limitato alla protesi. In realtà il digitale è una rivoluzione che interessa la diagnostica, l'ortodonzia, la chirurgia implantare e la protesi. Quando se ne comprenderà a pieno la portata, indubbiamente verrà rivoluzionato non solo il work-flow, ma l'odontoiatria in generale.

Qual è il valore aggiunto e quali sono le nuove opportunità che si aprono con l'odontoiatria/odontotecnica digitale?

Già ora vi sono possibilità garantite dal digitale: andiamo oltre la chirurgia guidata, di cui si parla secondo me troppo in relazione agli effettivi benefici. Si pensi all'immediatezza nella comunicazione con il paziente sin dalla prima visita, ai nuovi strumenti di comunicazione con il paziente una volta elaborati i dati, all'immediatezza nei rapporti fra dentista e odontotecnico per giudicare in diretta se una preparazione o un'impronta sono adeguate prima della messa in produzione del manufatto, alla possibilità di usare nuovi materiali, alle nuove modalità di pianificazione dei trattamenti ortodontici riuscendo a previsualizzare gli spostamenti dentali anche in relazione al supporto parodontale, integrando le scansioni con le immagini radiografiche. Ma si svilupperanno anche nuove figure professionali, totalmente dedicate al digitale: è già così per i laboratori più avanzati, sarà così anche per gli studi più moderni.

Andrei invece più cauto nella possibilità di usare il digitale per influenzare positivamente il paziente dandogli l'impressione di essere all'avanguardia: mi fa sorridere quando un dentista che non cambia la sala d'attesa da 30 anni, con carta, penna e gomma per fissare e spostare gli appuntamenti possa pensare di dare l'impressione di essere up to date mettendo un fresatore in sala d'aspetto!

Il dott. Leonello Biscaro si è laureato con lode all'Università di Bologna nel 1985. Da sempre si è occupato di chirurgia parodontale, implantare e protesi fissa diventando nel 1998 Socio Attivo dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica e nel 2000 Socio Attivo della Società Italiana di Parodontologia. Ha frequentato nel biennio 1998-2000 il Center for Functional Occlusion di San Francisco, diretto dal dott. Roth e dal dott. Williams, conseguendo il diploma nel 2000.

Nel 2003 è entrato a far parte del Consiglio Direttivo dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica. È stato eletto Presidente dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica per il biennio 2013-2014.

Esercita la libera professione in Adria (RO) nello studio associato Biscaro-Poggio, dedicandosi esclusivamente alla chirurgia ed alla protesi fissa: sull'argomento tiene Corsi e Conferenze in Italia e all'estero.

L'UNIVERSO

SECONDO IL CLINICO

Qual è l'impatto delle tecnologie digitali nella gestione dei costi? In quanto tempo e con che modalità generalmente l'investimento iniziale si trasforma in risparmio e inizia a generare un beneficio economico?

In generale, il beneficio della transizione al digitale va messo in relazione alla dimensione dello studio e al volume di lavoro in grado di generare. Studi importanti potranno trarre benefici economici dal digitale e raggiungere più velocemente il break-even dell'investimento perché in grado di assorbire più facilmente il notevole costo iniziale grazie ai volumi di lavoro generati. D'altro canto, in studi importanti con protocolli operativi consolidati diventa più difficile far diventare routinaria una tecnologia come quella digitale che ha un impatto così importante sui protocolli stessi: questo è più facile in

realità piccole che hanno però più difficoltà ad ammortizzare i costi iniziali per i ridotti volumi di lavoro in grado di generare.

“ Il digitale è una rivoluzione che interessa la diagnostica, l'ortodonzia, la chirurgia implantare e la protesi ”

Il flusso digitale è per tutti? E se non lo è ora in quanto tempo possiamo aspettarci che lo sia, almeno per parte dei

processi di studio/laboratorio?

Intendiamoci: qui non si tratta di chiarire se il digitale sarà il futuro o per chi lo sarà: il digitale sarà il futuro, è solo questione di tempo. Anche se le nuove generazioni hanno più facilità a utilizzare tecnologie digitali, tutti noi saremo costretti ad approcciarci al digitale: chi lo fa ora avrà un vantaggio competitivo indubbio e notevole rispetto a chi sarà costretto a farlo domani.

Ed è tutto fattibile o ci sono ancora procedure manuali non sostituibili?

Non è tutto fattibile: è ormai routine nei piccoli lavori, su denti, ma soprattutto su impianti. Molto più complicato nei lavori più estesi. In ortodonzia nella nostra clinica le impronte sono state quasi del tutto abolite con riduzione dei tempi ed enormi vantaggi anche nella precisione delle apparecchiature più complicate come quelle che prevedono un ancoraggio scheletrico. La figura dell'odontotecnico sarà sempre insostituibile: ma la sua competenza, come quella dell'odontoiatra, si dovrà declinare in modo necessariamente diverso rispetto all'attuale alla luce dei progressi tecnologici con i quali, volenti o nolenti, tutti si dovranno confrontare.

Nato a Monza nel 1967, si è diplomato in odontotecnica presso l'“Istituto E. Fermi” di Este (PD) nel 1986. Titolare del laboratorio 4M di Soattin Massimo, si occupa prevalentemente di protesi fissa su denti e su impianti, sia in metallo-ceramica che zirconia-ceramica.

Ha frequentato vari corsi tra cui il corso di protesi fissa tenuto dal odt. Roberto Bonfiglioli (Bologna) dal 1998 al 1999, il corso di estetica presso il laboratorio del sig. Willy Geller a Zurigo negli anni 2000 e 2007, il corso di ceramica tenuto da Michel Magne nel 2008.

Nell'anno 2000 vincitore del premio “ROBERTO POLCAN” AIOP-A.N.T.L.O.

Dal 2000 relatore di numerosi corsi e conferenze presso le più importanti manifestazioni italiane. Autore di alcune pubblicazioni inerenti le protesi su impianti.

Socio A.N.T.L.O e AIOP, dal 2002 diventa socio “ATTIVO” AIOP (Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica), di cui è attualmente membro del Consiglio Direttivo con la carica di Dirigente Eletto e nel 2013-2014 ricopre la carica di Dirigente della sezione Odontotecnici.

DIGITALE

SECONDO L'ODONTOTECNICO



**ODT. MASSIMO
SOATTIN**

Il digitale: è la vera semplificazione del workflow di lavoro?

Al di là che la parola semplificazione risulta riduttiva per spiegare la rivoluzione che il digitale ha portato nel mondo odontotecnico, bisogna fare anche una classificazione per quanto riguarda i suoi utilizzi nei vari processi di lavoro. Parlerei più che altro di nuove opportunità attraverso nuovi processi di lavorazione alternativi a quelli tradizionali che ci permettono di snellire alcune fasi di lavoro delegando alle macchine ciò che prima veniva prodotto manualmente.

Qual è il valore aggiunto e quali sono le nuove opportunità che si aprono con l'odontoiatria/odontotecnica digitale?

Il grande valore aggiunto è la possibilità di lavorare nuovi materiali, più performanti, con caratteristiche migliori dal punto di vista fisico e meccanico, con metodiche più standardizzabili.

Qual è l'impatto delle tecnologie digitali nella gestione dei costi? In quanto tempo e con che modalità generalmente l'investimento iniziale si trasforma in risparmio e inizia a generare un beneficio economico?

Non ho ancora dati sufficienti per poter rispondere a questa domanda, in quanto si tratta di una valutazione da fare nel lungo periodo, vista la continua evoluzione in atto. La cosa certa è che non è una metodica che consente di abbassare i prezzi fintanto che non ci sarà l'adeguata formazione e conoscenza dei processi e per l'elevato costo dei materiali e dei macchinari. Di certo però il processo di digitalizzazione consente di avere un maggior controllo dei costi di produzione.

Il flusso digitale è per tutti? E se non lo è ora in quanto tempo possiamo aspettarci che lo sia, almeno per parte dei processi di studio/laboratorio?

Il flusso digitale è potenzialmente per tutti visto che ci si può avvicinare nelle prime fasi con costi abbastanza accessibili. Di certo le nuove generazioni hanno un approccio al digitale più immediato rispetto alla mia, dove la formazione assorbe parecchio tempo e risulta un po' più difficoltosa.

Ed è tutto fattibile o ci sono ancora procedure manuali non sostituibili?

È tutto ancora in evoluzione e anche se il digitale ieri era il futuro e oggi è il nostro presente, ci sono ancora delle procedure

che devono passare attraverso dei passaggi manuali indispensabili per conferire ai nostri dispositivi quella unicità necessaria per soddisfare i requisiti di qualità e durata nel tempo.

“ La parola semplificazione risulta riduttiva per spiegare la rivoluzione che il digitale ha portato nel mondo odontotecnico ”



PROTESI SOCIALE: COME DUE IMPIANTI POSSONO CAMBIARE LA QUALITÀ DELLA VITA



PROF. GIOACCHINO CANNIZZARO

Laureato in medicina e chirurgia presso l'Università di Pavia. Specialista in odontostomatologia presso l'Università di Pavia. Specialista in oculistica Università di Pavia. Prof. a.c. in Implantologia Università Vita-Salute San

Raffaele Milano. Prof. a.c. reparto di Implantologia e Parodontologia, Alma Mater Studiorum Università degli studi di Bologna (2012). Docente e responsabile scientifico del corso di Perfezionamento in Implantologia dell'Università di Modena e Reggio-Emilia dal 2000 al 2008. Docente al Master in Implantologia presso il Dipartimento di Chirurgia maxillo-facciale dell'Università di Manchester (U.K., 2010-2011). Docente a numerosi Master universitari in Implantologia. Diplomato International Congress of Oral Implantology (ICOI) (USA). Post-Graduate in Oral Implantology New York University (USA). Fa parte dell'Editorial Board dell'European Journal of Oral Implantology. Relatore in numerosi congressi in Italia e all'estero e autore di numerose pubblicazioni in Italia e all'estero. Ha eseguito circa 60.000 impianti e si occupa di implantologia e protesi su impianti a Pavia e Milano.



DOTT. MATTEO LAZZARINI

Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria. Graduate in "Implantology and Oral Rehabilitation" New York University College of Dentistry Linhart Continuing Dental Education. Tutor nel programma "NYU Tutor Project in Italy", invited lecturer

New York University College of Dentistry. Allievo e collaboratore del prof. G. Cannizzaro presso il Centro Odontostomatologico di Pavia, coautore di pubblicazioni su riviste internazionali, si occupa prevalentemente di Implantologia e Protesi, svolge libera professione in Forlì.



ODT. PAOLO VIOLA

Diplomato a Piacenza nel 1984, dal 1988 è titolare dell' "Officina Odontotecnica Viola" a Bressana Bottarone (Pavia). Dal 1997 collabora con il dott. G. Cannizzaro nelle riabilitazioni complesse su impianti. Ha frequentato presso

l'Università di Zurigo il laboratorio del sig. Pietrobon e il MAP Implant Institute del dott. M. Pikos (Florida, USA). Dal 2001 al 2008 docente del corso di perfezionamento implantoprotesico presso l'Università di Modena. Coautore di articoli dedicati all'implantologia a carico immediato. Relatore in congressi e corsi teorico-pratici di protesi implantare.

Le riabilitazioni su un numero limitato di impianti sono ormai state sdoganate dalla letteratura impattata nonché da congressi internazionali come l'EAO.

Nella pratica clinica quotidiana possono essere l'alternativa adatta a numerosi casi in cui le condizioni del paziente richiedano un approccio minimamente invasivo, abbinando il numero ridotto di impianti ad un inserimento flapless e al carico immediato.

Si presenta a seguire uno dei casi oggetto della pubblicazione *Cannizzaro G., Gastaldi G., Gherlone E., Vinci R., Loi I., Trullenque-Eriksson A., Esposito M.*

Two or three machined vs roughened surface dental implants loaded immediately supporting total fixed prostheses: 1-year results from a randomised controlled trial.

Eur J Oral Implantol. 2017;10(3):279-291.

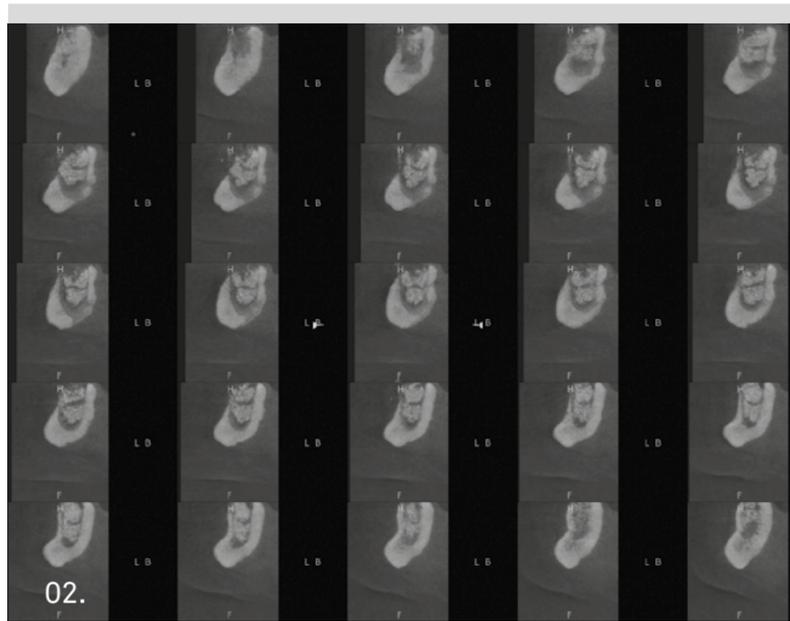
CASE REPORT

La paziente, di anni 80, si presenta all'osservazione clinica con l'arcata inferiore completamente edentula e con la complicità di una grossa cisti in corrispondenza della sinfisi mentoniera, rimossa in ambiente ospedaliero nel 2012, che ha lasciato solo due picchi di osso residui dove poter inserire gli impianti.

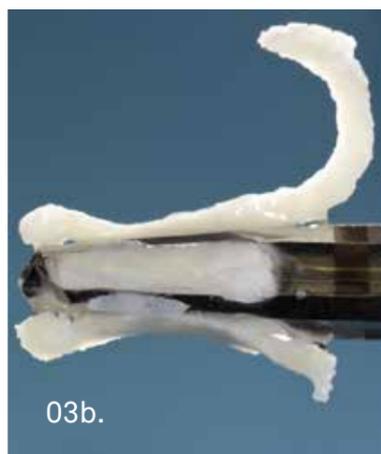
Il quadro sistemico della paziente è complicato da un ictus, avvenuto a seguito della morte del marito, 4 mesi prima della visita, che l'ha lasciata senza l'uso completo della mano destra e con disabilità parziale della sinistra, rendendo molto difficoltose le manovre quotidiane di inserimento e rimozione di una protesi mobile: questa condizione clinica renderebbe poco gestibile l'igiene orale quotidiana in caso di una riabilitazione con All-on-Four convenzionale, in cui gli abutment angolati degli impianti tiltati in posizione distale richiedono particolare attenzione per un buon mantenimento nel tempo, per cui si decide di escludere quest'ultima opzione riabilitativa. La paziente è inoltre sottoposta a TAO (terapia con anticoagulanti per via orale). Partendo da questa anamnesi e in accordo con il cardiologo e l'anestesista di riferimento, si opta per una riabilitazione fissa avvitata su due impianti, eseguita con approccio flapless e protesizzata con un carico immediato.



01.
Visione preoperatoria



02. TAC dell'area della sinfisi mentoniera, dove si evidenzia un'ampia area interessata da una cisti, rimossa chirurgicamente nel 2012



03a. 03b. Creazione del sito implantare mediante procedura flapless: le frese a quattro taglianti raccolgono abbondanti frustoli ossei, che risultano molto mineralizzati



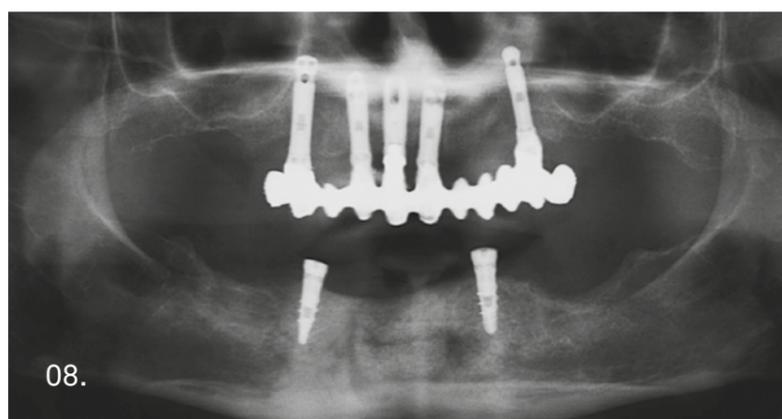
04. Visione occlusale dei siti implantari preparati: si noti lo scarso sanguinamento che, in un paziente sotto TAO, consente di ridurre i rischi e le complicanze postoperatorie



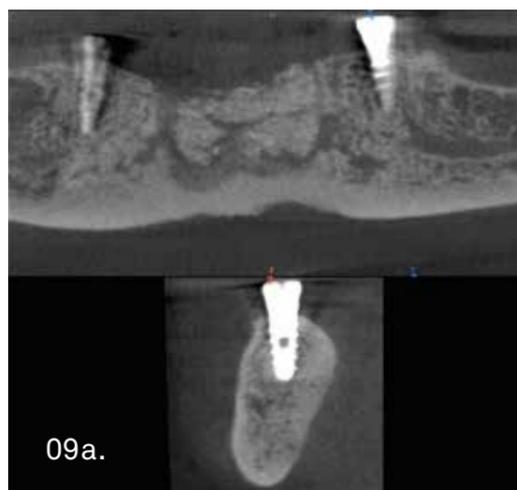
05. Inserimento degli impianti Syra nei due picchi ossei esistenti



06a. 06b. Particolare dell'impianto Syra al momento dell'inserimento: si noti la caratteristica macchinatura UTM (Ultrathin Treated Microsurface) che costituisce un ottimo substrato per l'osteointegrazione ma al contempo limita l'eventuale attacco di placca batterica, possibile conseguenza delle difficoltà di mantenimento dell'igiene orale da parte della paziente



08. OPT postoperatoria con transmucose di guarigione *in situ*



09a. 09b. TAC postoperatoria

FASI DI LABORATORIO

Dopo il montaggio dei denti che guida la costruzione della struttura, vengono montate su modello le apposite cannule in titanio, che sono state ridotte congruemente con la dimensione verticale e poi parallelizzate.

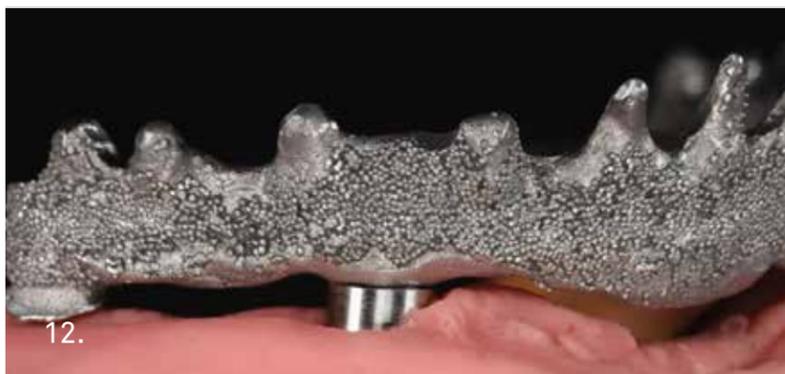
Durante quest'ultima operazione viene aumentata anche la spalla orizzontale che servirà come appoggio della saldatura: quest'area viene mantenuta lontana dalla connessione per mantenerla integra, evitando la minima deformazione conseguente alle alterazioni termiche. Questa "cucitura", leggermente diversa dalla saldatura in quanto non viene apportato altro metallo ma vengono sincristallizzati insieme i due bordi della cannula e della struttura fusa, viene eseguita in maniera circolare, limitando così le tensioni e aumentando la passività di tutta la riabilitazione. Inoltre, la cucitura viene effettuata dove lo spessore delle cannule è più consistente e in una posizione che, rispetto alle saldature da banco tradizionali, riduce il braccio di leva a cui quell'area può essere soggetta.



10. Visione frontale delle cannule in titanio su modello, opportunamente ridotte e parallelizzate



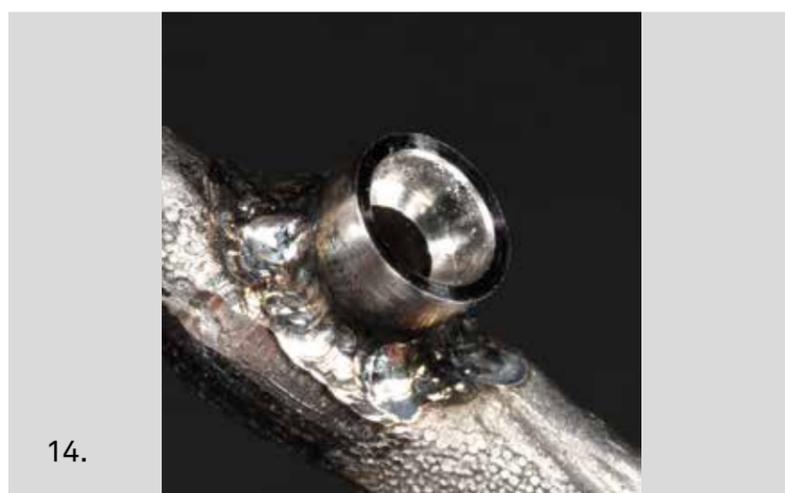
11. Dettaglio della struttura e del suo accoppiamento con i denti in premontaggio



12. Visione laterale delle cannule inserite nella struttura fusa



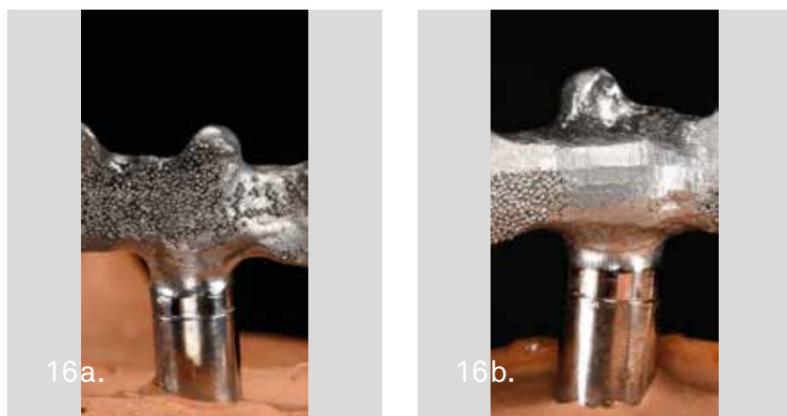
13a. 13b. Visione occlusale delle cannule inserite nella struttura fusa



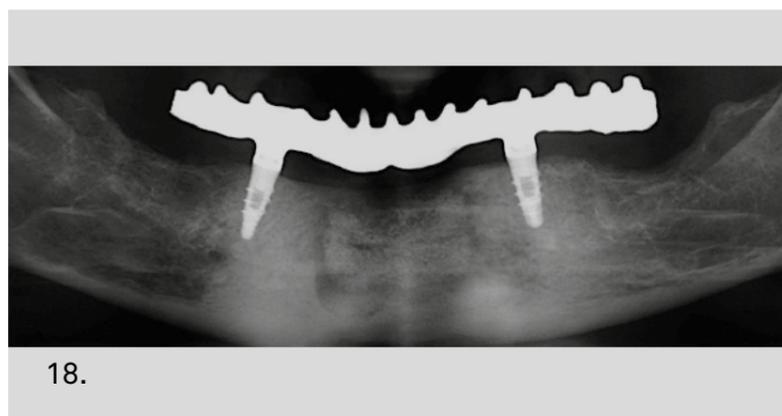
14. Struttura e cannule dopo la "cucitura" circolare



15. Dettaglio della "cucitura" tra cannula e framework protesico: si noti come la connessione non abbia subito alcuna deformazione grazie alla distanza a cui si è operata la fusione dei metalli tra loro



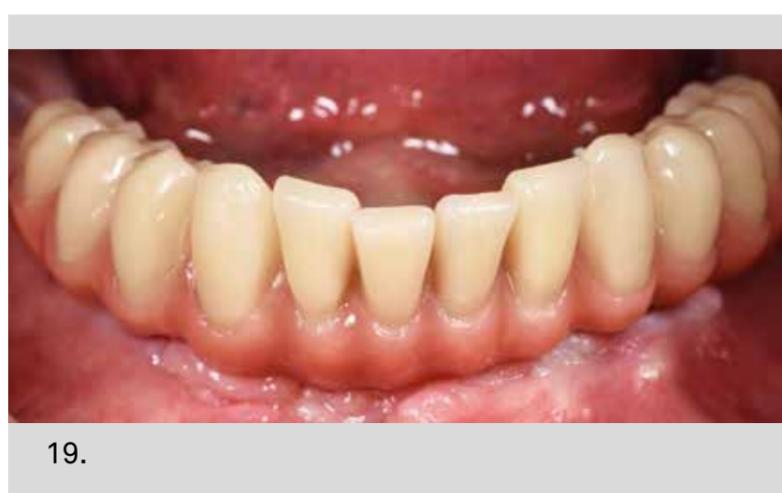
16a. 16b.
Struttura adagiata sugli analoghi dopo la ripresa delle aree "cucite": si noti l'ottimo adattamento, senza tensioni, e la passivazione ottenuta mediante l'andamento circolare della cucitura



18.
OPT finale al momento della consegna della protesi



17.
Protesi finalizzata: il framework metallico è stato completamente rivestito in resina



19.
Visione frontale al momento della consegna della protesi

Condividi anche tu esperienze, casi e osservazioni sul protocollo Fixed-on-Two iscrivendoti alla pagina Facebook "FIXED ON 2 (FO2/FO3) & SHORT IMPLANT" Study Club by Gioacchino Cannizzaro

SYRA: AMPLIAMENTO DI GAMMA

Syra SL, disponibile in diametro \varnothing 3.80 in versione spira larga con la **nuova altezza 18.00 mm**, risponde all'esigenza di ottenere un'ottima stabilità primaria in caso di riabilitazioni full arch.

Quando vi è un osso di scarsa qualità o caratterizzato da una ridotta dimensione orizzontale la lunghezza 18.00 mm permette di trovare stabilità angolando l'asse d'inserimento per evitare il nervo alveolare in mandibola o il seno mascellare e le cavità nasali in mascella.



NOVITÀ DI MERCATO

OSSIX VOLUMAX®

UN NUOVO APPROCCIO ALLA RIGENERAZIONE OSSEA



Novità assoluta nel mercato della GBR, progettato per risolvere molte problematiche nelle procedure di chirurgia rigenerativa ed implantare

- OSSIX® VOLUMAX è uno **scaffold** multistrato di collagene cross-linkato, spesso 2 mm, che si espande quando bagnato
- Si adatta ed aderisce all'osso, spesso non necessita di fissaggio
- È completamente biocompatibile
- Prodotto con Tecnologia Glymatrix®: un processo di cross-linkaggio coperto da brevetto esclusivo internazionale, che rende il prodotto biocompatibile, resistente alla degradazione anche se esposto

OSSIX® VOLUMAX RICREA IL VOLUME

OSSIX® VOLUMAX recupera la perdita di volume in una molteplicità di casi in GBR e GTR. Può anche essere ripiegato per ottenere un volume maggiore.

OSSIFICAZIONE

Gli studi hanno dimostrato una rapida ossificazione*. Inoltre:

- Facilita la crescita di nuovo tessuto osseo
- Resiste alla degradazione
- Aiuta la guarigione dei tessuti



UN UNICO PRODOTTO MULTIFUNZIONALE

Perdita ossea vestibolare, incremento laterale e verticale, difetti di deiscenza, aumento dei tessuti molli, scaffold, volume in zone estetiche, preservazione dell'alveolo

* Zubery, Yuval, Goldlust A., Bayer T., Woods S., Jackson N., Soskolne W.A.; Alveolar ridge augmentation and ossification of thick vs. thin sugar cross-linked collagen membranes in a canine L-shape Defect Model

EASY & STRAIGHT

PROGETTO PER UN'ORTODONZIA DI ECCELLENZA
Scuola di Specializzazione in Ortognatodonzia "Federico II" di Napoli



È dalla trentennale esperienza clinica della Scuola di Napoli "Federico II", punto di riferimento nel panorama ortodontico italiano e internazionale, che nasce la tecnica Easy & Straight. Un progetto il cui obiettivo è l'ideazione di una tecnica semplice che permetta di rispondere anche ai problemi ortodontici più complessi; come principale punto di forza, avere alle spalle una prestigiosa Università, un IRCCS ed un gruppo attivo nella ricerca e nella formazione capitanato dai professori Roberto Martina, Ambra Michelotti e Vincenzo D'Antò.

L'Ortodonzia secondo la metodica Easy&Straight

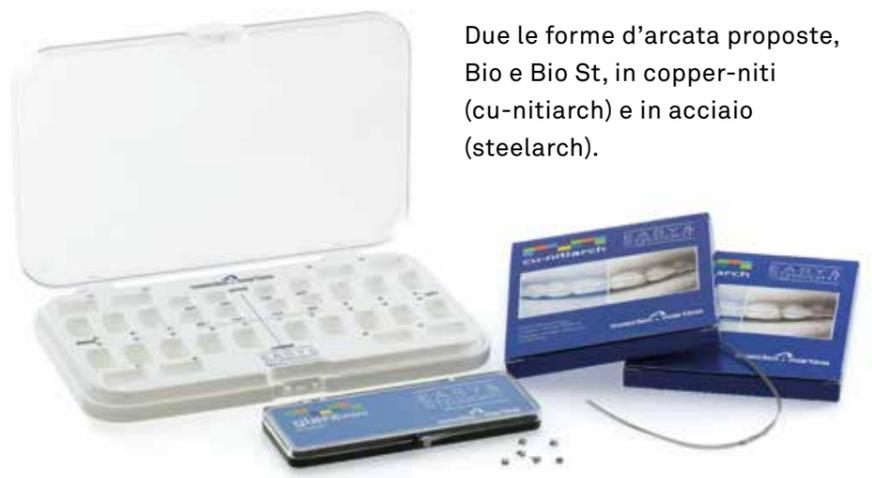
Easy & Straight è una filosofia di trattamento che permette di trattare le malocclusioni con un approccio efficace, ma al tempo stesso semplice ed efficiente, nell'ottica di porre il paziente al centro del processo diagnostico e terapeutico.

Il bracket Easy & Straight e le due diverse prescrizioni

I bracket Easy & Straight sono degli attacchi Mini (Glare Mini), sviluppati in due diverse prescrizioni: High Torque e Low Torque.

La scelta della forma di arcata

Due le forme d'arcata proposte, Bio e Bio St, in copper-niti (cu-nitiarch) e in acciaio (steelarch).



INIKER FILL

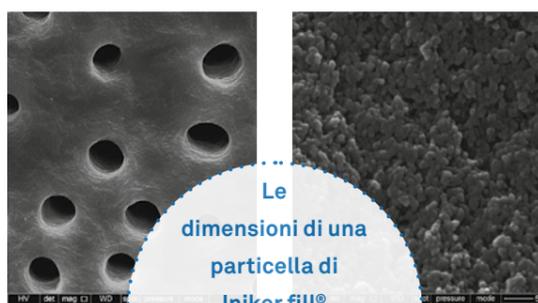
SOLUZIONE PROFESSIONALE PER IL TRATTAMENTO DELL'IPERSENSIBILITÀ DENTINALE COMPOSTA DA UN GEL INORGANICO DI NANOIDROSSIPATITE, PRONTO ALL'USO



Cosa differenzia INIKER FILL dalla miriade di prodotti per desensibilizzazione presenti sul mercato?

INIKER FILL FUNZIONA!

Grazie alle dimensioni nanometriche (le dimensioni delle sue particelle sono 100 volte più piccole di quelle dei tubuli dentinali), Iniker fill® riesce a penetrare in modo completo e stabile nei tubuli dentinali e ad alleviare così l'ipersensibilità dentinale.



Le dimensioni di una particella di Iniker fill® sono 100 volte più piccole di quelle dei tubuli dentinali

- Pronto all'uso
- Agisce immediatamente contro il dolore
- Efficace: ottura più del 95% dei tubuli dentinali esposti.
- Biocompatibile al 100%
- Resistente all'attacco acido
- Remineralizzante
- Attività antimicrobica: previene la placca batterica e ne riduce la ricomparsa
- Effetto duraturo
- Facile da applicare: bastano pochi minuti con uno spazzolino da profilassi



60-98%

Pazienti con malattia parodontale che soffrono di ipersensibilità dentinale

90%

Casi in cui la radice cervicale del dente è la zona più interessata

55%

Pazienti che soffrono di ipersensibilità dentinale dopo una pulizia professionale

Completamento domiciliare

Il trattamento domiciliare nelle 24-48 ore successive migliora l'efficacia e amplifica il risultato.





TRATTAMENTO POST CHIRURGICO CON OZONE DTA IN PAZIENTE TRATTATO CON ANTICOAGULANTI



DOTT. LUIGI PAOLO SANDRI

Diplomato in odontotecnica nel '84. Laurea in odontoiatria presso l'Università di Padova nel 1990. Frequenza O.C. Vicenza reparto maxillo-facciale dal '88 al '93 diretto dal prof. Curioni. Frequenza studio prof. Ferronato fino al 1995. Corso di perfezionamento in implantologia orale e maxillo-facciale presso l'Università di Padova nel '97. Frequenza di numerosi stage presso l'università di Philadelphia (Penn University). Frequenza ai corsi di Chirurgia implantare e implantoprotesi tenuti dal dott. Giovanni B. Bruschi e dott. Agostino Scipioni. Organizza e frequenta numerosi corsi chirurgia parodontale e mucogengivale in collaborazione con il prof. Zucchelli. Dal 2013 Tutor al corso di dissezione anatomica e chirurgia implantare su cadavere presso Università di Buffalo (NY) e università di San Pablo Ceu Madrid. Consigliere provinciale e relatore dell'Associazione Nazionale Dentisti Italiani. Socio attivo società italiana di chirurgia orale ed implantologia (SICOI). Pratica l'implantologia dal 1992. Svolge attività di consulente in Chirurgia Orale presso Studi Odontoiatrici occupandosi di chirurgia Implantare e Parodontale. Libero professionista ad Alte di Montecchio Maggiore (VI).

- 1) Negli ultimi anni il profilo clinico dei pazienti che il medico giudica idonei per la terapia implantologica è cambiato sostanzialmente: quadri di ipertensione, diabete, infarto, assieme a condizioni sistemiche che fino a poco tempo fa costituivano un impedimento o un fattore di rischio alla sopravvivenza degli impianti.
- 2) Da parte dei pazienti stessi aumenta la richiesta di limitare il discomfort post-operatorio per recuperare prima possibile una qualità della vita normale.

Alla luce di queste premesse il valore aggiunto che Ozono DTA rappresenta nella pratica quotidiana di noi clinici è indiscusso. Questa apparecchiatura in grado di produrre ozono in un'area focalizzata favorisce la guarigione della ferita nel post-operatorio e riduce l'edema velocemente, permettendo quindi al paziente un maggior comfort e un più rapido ritorno alle sue attività quotidiane. Nei nostri piani di trattamento chirurgici e parodontali inseriamo routinariamente alcune applicazioni di ozono al fine di migliorare la guarigione dei tessuti molli e ridurre i processi infiammatori.

Presentiamo il caso di un paziente di 77 anni, in terapia anticoagulante con Coumadin da molti anni, che si presenta alla nostra attenzione con gli elementi 13 e 15 irrecuperabili, che necessitano quindi di estrazione e conseguente riabilitazione implantoprotesica dell'intero settore. Considerato lo stato di salute del paziente si opta per un inserimento immediato post-estrattivo di due impianti Premium (Sweden & Martina) e, contestualmente, si esegue un protocollo di rigenerazione tissutale con un innesto di collagene per compensare la depressione che si sarebbe creata a livello dell'elemento 14.

TRATTAMENTO CON OZONE-DTA

Lo stesso giorno della chirurgia si esegue il primo trattamento con ozono, che da subito esercita un'azione curativa e cicatrizzante sui tessuti molli: è sorprendente vedere come anche in caso di un paziente anziano e con patologie legate alla coagulazione del sangue l'ozono risulti un valido alleato nella guarigione dei tessuti post-intervento. Dopo 4 giorni si esegue la seconda applicazione di ozono e distanza di una settimana dalla chirurgia si procede con la terza applicazione di ozono. Il quarto ed ultimo trattamento viene eseguito a distanza di 12 giorni dall'intervento:

dal punto di vista dell'osservazione clinica si possono apprezzare i tessuti oramai guariti, ma il risultato più importante è la completa soddisfazione del paziente che non riporta segni di discomfort o di dolore, ma anzi si dice contento del risultato e dell'assenza di problemi legati all'intervento.



Immagine clinica iniziale



RX endorale pre-operatoria



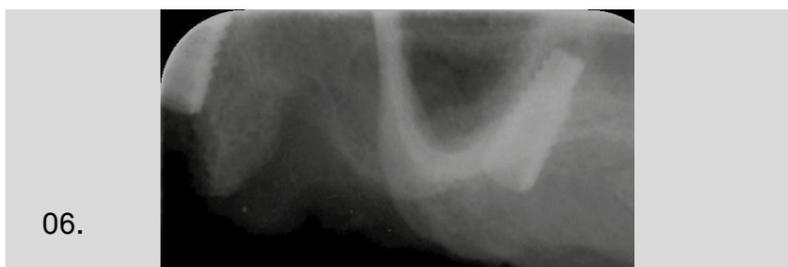
Immagine radiografica pre-operatoria: si noti la compromissione degli elementi 13 e 15



Estrazione degli elementi compromessi



05. Rigenerazione con collagene a livello dell'elemento 14 e suture dopo l'inserimento immediato di due impianti Premium



06. RX endorale post-operatoria



07. Prima applicazione di ozono nell'immediato post-chirurgico



08. Dopo 4 giorni dall'intervento si esegue la seconda applicazione di ozono



09. Immagine clinica dopo 7 giorni dall'intervento, al momento della rimozione delle suture



10. Situazione a 7 giorni dall'intervento dopo la terza applicazione di ozono: considerando la situazione clinica del paziente, i tessuti appaiono in via di guarigione e l'estetica risulta gradevole e suggerisce una corretta cicatrizzazione post-operatoria. Permane una leggera scoperta della membrana di collagene, che andrà integrandosi con il resto dei tessuti



11. Guarigione ad un mese con 4 applicazioni di ozono nei primi 12 giorni



12. Rx a 3 mesi dall'intervento



13. Particolare del tragitto mucoso alla rimozione della protesi: si noti l'eccellente guarigione dei tessuti perimplantari



14. Visione intraorale della protesi *in situ*: si noti la lieve ischemia iniziale dei tessuti immediatamente dopo il posizionamento della protesi con protocollo B.O.P.T.

INTERVISTA

INTRATTENERE
EDUCANDO

Il magico mondo di Joe Brush, primo parco tematico d'Europa sulla prevenzione dentale

Laureato in Odontoiatria e Protesi dentaria presso l'Università degli studi di Brescia nel 2004. Specialista in chirurgia odontostomatologica.

Dott. Daina, che cos'è il magico Mondo di Joe Brush?

Una magia dedicata ai bambini, pensando ai genitori. La finalità è educare creando emozione: il percorso nel magico mondo di Joe Brush prevede una visita gratuita di aree tematiche sotto la guida di odontoiatri pediatrici e attori teatrali professionisti per condurre i bambini, attraverso un percorso educativo, nel mondo della prevenzione dentale. Si tratta di un nuovo approccio, che ambisce a far conoscere il dentista non più come una figura temuta ma come un amico. Ad esempio la poltrona del dentista è un'astronave dove il bambino viene visitato dagli altri bambini, protagonisti. Al termine del percorso il bambino, più consapevole, è tra l'altro preparato alla prima visita odontoiatrica e gli risulterà quindi più semplice svolgere il ruolo di paziente.

Come è nato il progetto?

L'idea è stata concepita da me, mia sorella e Maurizio Duca, il tecnico che si occupa dello sviluppo tecnologico del Centro Daina. La carie è una delle malattie croniche più diffuse e i casi clinici affrontati quotidianamente, soprattutto nei pazienti più piccoli, sono ancora testimonianza di quanto l'informazione sulla prevenzione dentale non sia sufficiente. Io sono un odontoiatra specialista in chirurgia orale: vedo numerosi pazienti adulti che non hanno conosciuto prevenzione! Quindi osservando ciò che manca, individuando cosa offrire e studiando come farlo siamo arrivati a questo progetto:

“ un percorso completo di magia, nel quale fosse usata la conoscenza e trasferita l'emozione per fare prevenzione instaurando un'amicizia tra il bambino e la mascotte ”

in modo che il bambino ne esca emotivamente coinvolto e che, anche tornando, non ritenga questa magia ripetitiva.

Alla mascotte, Joe Brush, è affidato l'incarico di istruire i bambini attraverso brevi cartoni animati 3D. Sei i temi: la prima volta dal dentista, la prevenzione dentale, le cattive abitudini, come spazzolare i denti, cosa sono gli apparecchi ortodontici, come pulire gli apparecchi ortodontici. La tana di Joe Brush riproduce fedelmente l'ambientazione e la scenografia dei cartoni animati, ed accoglie trenta bambini alla volta, che suddivisi in gruppi di sei eseguono in contemporanea il percorso educativo, per una durata complessiva di 55 minuti circa.



**DOTT. STEFANO
DAINA**

Dopo 10 mesi di attività siete in grado di valutare i primi riscontri?

L'interazione che osserviamo è notevole e molto gratificante: i bambini sono coinvolti (fanno a gara per giocare a fare il dentista, vogliono sconfiggere Mr Carie), hanno un approccio positivo verso il dentista, i genitori ci ringraziano. Questo ci dà entusiasmo per continuare.

Da gennaio 2017, quando la struttura è stata inaugurata, con le scolaresche abbiamo registrato il tutto esaurito: mediamente 50-60 bambini ogni mercoledì, che si aggiungono alle 10-15 famiglie presenti ogni sabato. Altri colleghi sono ora interessati a visitarci.

Ciò ci spinge a diffondere il progetto.

Una mente così fervida avrà certamente nel cassetto nuovi progetti e nuove idee... ce ne vuole parlare?

Assolutamente sì: espandere il modello ad un pacchetto di buone abitudini di vita. Insegnare stili di vita corretti fin da piccoli, a partire dai denti, per passare ad una sana alimentazione e a tutte le note buone abitudini: attività sportiva all'aperto, socialità, ...

Desideriamo accompagnare i bambini nelle varie fasi della crescita, in modo che resti, attraverso Joe Brush, un'impronta forte, capace di indirizzare correttamente anche i più grandicelli, ad esempio attraverso degli educational nella tana di Joe Brush.

Il vostro desiderio è di esportare questo modello? Come?

La volontà è diffondere il progetto a livello europeo, non abbiamo ancora esplorato la modalità e siamo aperti alle idee di chiunque sia interessato. Ribadiamo che questo progetto nasce da una famiglia per le famiglie: non è un modello di business ma un modello di salute, un approccio innovativo all'odontoiatria pediatrica.



Joe Brush è un itinerario didattico per la promozione e l'insegnamento della prevenzione dentale per bambini dai 3 ai 10 anni. Un ambiente magico e creativo per far comprendere l'importanza della prevenzione.

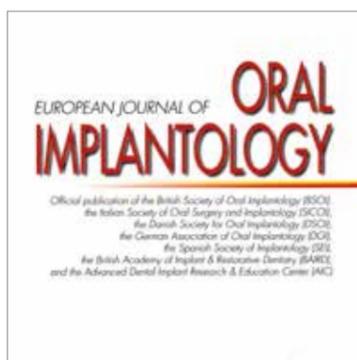


SOFT TISSUE ENHANCEMENT COMBINED WITH BIOLOGICALLY ORIENTED PREPARATION TECHNIQUE (BOPT) TO CORRECT VOLUMETRIC BONE DEFECTS: A CLINICAL CASE REPORT

Rancitelli D., Poli P., Cicciù M., Lini F., Roncucci R., Cervino G., Maiorana C.
J Oral Implantol. 2017 Aug;43(4):307-313. doi: 10.1563/aid-joi-D-17-00067

L'obiettivo della pubblicazione era illustrare come sia possibile gestire difetti ossei moderati con tecniche alternative alle tradizionali procedure di rigenerazione ossea attraverso la combinazione di un'adeguata gestione dei tessuti molli perimplantari e un approccio protesico innovativo, la tecnica B.O.P.T. (Biologically Oriented Prosthetic Technique).

Il caso in esame riguardava un paziente maschio di 56 anni in buona salute che presentava in area distale della mascella un riassorbimento osseo sia verticale che orizzontale. In una prima fase chirurgica è stato effettuato un rialzo di seno con sollevamento dei lembi a spessore totale dal primo al secondo molare. Successivamente sono stati preparati i siti implantari ed è stato inserito dell'osso bovino deproteinizzato e mineralizzato. I due impianti (Global - Sweden & Martina) sono stati inseriti secondo un approccio protesicamente guidato in posizione 15 e 16, in seguito è stata inserita una membrana di collagene riassorbibile per coprire l'innesto. Dopo 15 giorni la guarigione era completa e le suture sono state rimosse. La seconda fase chirurgica è avvenuta 4 mesi dopo, quando il difetto orizzontale è stato corretto con un innesto di tessuto molle assieme al riposizionamento apicale del lembo, mentre la papilla interimplantare è stata ricostruita grazie ad un lembo peduncolato derivante dal lembo primario. Dopo tre settimane le transmuose di guarigione B.O.P.T. inserite nella seconda fase chirurgica sono state rimosse per l'inserimento dei pilastri B.O.P.T. congruenti con morfologia a finire. I pilastri non sono stati più svitati e sopra vi sono state inserite prima delle corone provvisorie e successivamente delle corone cementate in oro ceramica. I risultati hanno dimostrato, a tre mesi dall'innesto di tessuto, un aumento del volume della cresta alveolare, la maturazione del lembo inserito nello spazio inter-implantare e un aumento di tessuto nell'area della papilla. A 6 mesi il guadagno a livello volumetrico era stabile, dimostrando così che in casi di moderati difetti ossei la chirurgia mucogengivale può essere un'alternativa meno invasiva, rischiosa e costosa rispetto a procedure di rigenerazione ossea.

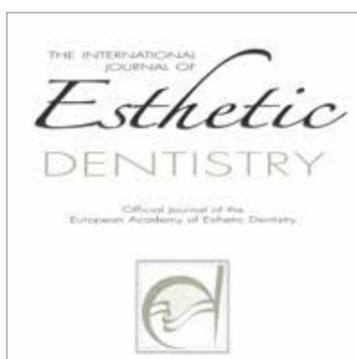


TWO OR THREE MACHINED VS ROUGHENED SURFACE DENTAL IMPLANTS LOADED IMMEDIATELY SUPPORTING TOTAL FIXED PROSTHESES: 1-YEAR RESULTS FROM A RANDOMISED CONTROLLED TRIAL

Cannizzaro G., Gastaldi G., Gherlone E., Vinci R., Loi I., Trullenque-Eriksson A., Esposito M.
Eur J Oral Implantol 2017;10(3):279-291

Lo studio guidato dal dott. Cannizzaro aveva come obiettivo la comparazione a un anno di riabilitazioni a carico immediato di un'arcata completa su impianti con superficie totalmente macchinata vs rugosa (Syra e Syra SL - Sweden & Martina) in mascella e in mandibola. Ai fini dello studio sono stati reclutati 40 pazienti che sono stati suddivisi in due gruppi omogenei,

entrambi composti da 20 pazienti, 10 con edentulia totale in mascella e 10 in mandibola. Al primo gruppo sono stati inseriti impianti con superficie macchinata mentre il secondo gruppo è stato trattato con superficie rugosa ZirTi, ossia sabbiata e acidata. Ai pazienti sono stati inseriti due impianti in mandibola (Fixed-on-2 o FO2) e tre impianti in mascella (Fixed-on-3 o FO3) con tecnica flapless e carico immediato. I parametri presi in considerazione a un anno dal carico protesico sono stati: fallimento implantare, fallimento protesico, complicanze e variazioni dei livelli ossei marginali perimplantari. Trascorso un anno dal carico protesico è stato registrato il fallimento di due impianti in mascella nel gruppo impianto macchinato, mentre due protesi sono state ricostruite, una FO3 in mascella nel gruppo impianto macchinato e una FO2 in mandibola nel gruppo impianto rugoso. Non sono state registrate differenze significative tra i due gruppi nelle variazioni dei livelli ossei marginali perimplantari (0.35 ± 0.23 mm nel gruppo impianto macchinato e 0.42 ± 0.27 mm nel gruppo impianto rugoso). I risultati hanno dimostrato che, indipendentemente dalla tipologia di superficie dell'impianto utilizzato, una protesi totale può essere supportata da soli due impianti in mandibola e tre impianti in mascella. Tali risultati saranno comprovati da follow-up successivi a un anno.



SOFT AND HARD TISSUE RESPONSE TO AN IMPLANT WITH A CONVERGENT COLLAR IN THE ESTHETIC AREA: PRELIMINARY REPORT AT 18 MONTHS

Canullo L., Tallarico M., Pradies G., Marinotti F., Loi I., Cocchetto R.
Int J Esthet Dent 2017;12(3):306-323.

Lo studio prospettico di coorte in oggetto aveva l'obiettivo di valutare la reazione dei tessuti molli e duri a 18 mesi dall'inserimento di un impianto con collo convergente in zona estetica in mascella.

Tra giugno 2013 e gennaio 2014 sono stati reclutati 14 pazienti (7 uomini e 7 donne) che necessitavano di una riabilitazione implanto-protesica in una zona estetica della mascella. Ai pazienti è stata effettuata l'estrazione del dente e la preservazione dell'alveolo post-estrattivo con idrossiapatite arricchita di magnesio e sei mesi dopo è stato inserito l'impianto con collo convergente (Prima - Sweden & Martina) di diametro ϕ 3.80 e lunghezza 13.00 mm. Due mesi dopo la chirurgia è stata presa l'impronta ed entro due settimane la corona definitiva è stata cementata in bocca al paziente. Parametri clinici (sanguinamento al sondaggio e profondità al sondaggio delle tasche parodontali) e analisi radiografiche sono stati rilevati in tre tempi: T0 (baseline, inserimento dell'impianto), T1 (follow-up a 6 mesi dall'inserimento) e T2 (follow-up a 18 mesi dall'inserimento). A 18 mesi gli impianti risultavano stabili, osseointegrati e non mostravano alcun segno d'infezione. A livello radiografico non sono stati riscontrati difetti ossei interprossimali intorno agli impianti al baseline; successivamente, a parte un'iniziale perdita ossea 0.09 ± 0.144 mm), le analisi hanno mostrato una condizione stabile di rimodellamento osseo (valore medio $0-09 \pm 0.08$). Nessun valore statisticamente significativo è stato osservato nella variazione orizzontale della cresta alveolare, mentre è stato rilevato un aumento a livello dei tessuti molli: la variazione media dell'altezza della papilla mesiale registrata è stata di 0.38 ± 0.22 , quella della papilla distale registrata è stata di 0.47 ± 0.31 , mentre il livello del margine gengivale labiale è stato di 1.01 ± 0.63 . Infine, a livello dei parametri parodontali non sono mai stati superati livelli fisiologici. Questo studio preliminare ha mostrato un'eccellente risposta dei tessuti all'impianto Prima in casi di alta valenza estetica con approccio chirurgico e protesico minimamente invasivo.

EVENTI



TECNICA STRAIGHT WIRE MIRABELLA

La filosofia di trattamento secondo McLaughlin, Bennet e Trevisi: 15 anni di esperienza clinica protocollata e sua evoluzione. Corso teorico-pratico di ortodonzia

Dott. M. Calabrò, dott. G. Garofalo, dott. R. Lione, dott. E. Pasciuti, Torino, giugno-ottobre 2017



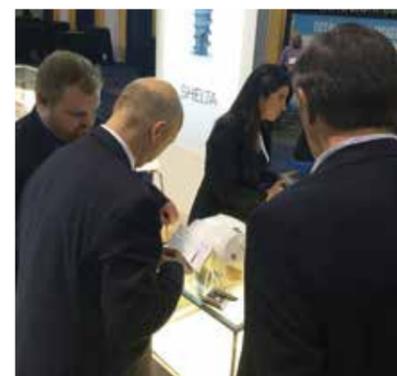
CAMPUS SEPES 2017

Dott. I. Loi, prof. N. Rodriguez, Due Carrare (PD), giugno-luglio 2017



US SALES MEETING

Cancun, Mexico, 4-7 luglio 2017



AAP AMERICAN ACADEMY OF PERIODONTOLOGY

Boston, USA, 9-12 settembre 2017



TECNICA B.O.P.T. E IMPIANTO PRAMA: corso di approfondimento per medici Giapponesi
Dott. I. Loi, Due Carrare (PD), settembre 2017



IAO
Milano, 19-21 ottobre 2017

MAGNETIC Mallet IN BONE REMODELLING
Dott. R. Crespi, Beverly Hills, Irvine, New York, 3-5 ottobre 2017



ITALIAN DENTAL SHOW
Brescia, 19-21 ottobre 2017

B.O.P.T. BIOLOGICALLY ORIENTED PREPARATION TECHNIQUE.
Predictable, long-term aesthetic excellence from natural teeth to implantology
Dott. Stefano Conti, Manchester UK, 8 novembre 2017



BDIA
Birmingham UK, 19-21 ottobre 2017

CALENDARIO CORSI

IMPLANTOLOGIA

24-25/11/2017 - F. QUINTI CORSO PROPEDEUTICO ALLA CHIRURGIA GUIDATA MEDIANTE LIVE SURGERY	BERGAMO	CA1763	-
25/11/17 - R. ABUNDO, BARONE NUOVI ORIENTAMENTI NELLA DIAGNOSI, PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELLE COMPLICANZE PERIIMPLANTARI	TERAMO	CA1711	-
30/11-1/12/2017 - V. FERRI, V. NALIN LE BASI PER UN IMPLANTOLOGIA CORRETTA	MODENA	CA1676BASIC	ECM
02/12/2017 - V. FANTON CORSO DI CHIRURGIA BASE E ADV	TORINO	CA1728	ECM
15-16/12/2017 - E. MARCHETTI HANDS-ON SULLA GESTIONE DEI TESSUTI MOLLI IN PARODONTOLOGIA, IMPLANTOLOGIA E CHIRURGIA RIGENERATIVA: DALLE BASI ALLE TECNICHE AVANZATE	AVELLINO	CA1771	ECM
11-13/01/2018 - M. CSONKA "RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE DELLE CRESTE ATROFICHE: GBR CON MESH IN TITANIO VS INNESTI A BLOCCO + LIVE SURGERY"	DUE CARRARE (PD)	CA1653ATROFLIVE	ECM
25-26/01/2018 - V. FERRI, G. CANNIZZARO LE TEMPISTICHE IMPLANTARI	MODENA	CA1676TEMP	ECM
2-3/02/2018 - G. PELLITTERI - S. CATTAZZO CORSO TEORICO PRATICO DI PROTESI FISSA SU DENTI NATURALI E IMPIANTI SECONDO LA TECNICA B.O.P.T. PER CLINICI E ODONTOTECNICI	DUE CARRARE (PD)	CA1775	-
22-23/02/2018 - V. FERRI, S. LOMBARDO, P. VIOLA, D. ALBERTELLA, F. ANTONELLINI LA PROTESI SU IMPIANTI	DUE CARRARE (PD)	CA1676PROTESI	ECM
22-24/02/2018 - M. CSONKA "RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE DELLE CRESTE ATROFICHE: GBR CON MESH IN TITANIO VS INNESTI A BLOCCO + LIVE SURGERY"	PRATO	CA1615ATROFLIVE	ECM
07-10/03/2018 - N. BARBIERI, M. PROVVISORATO CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE	BUCAREST	CA1734	-
08-09/03/2018 - V. FERRI, M. ESPOSITO TECNICHE AVANZATE IN IMPLANTOLOGIA (COME GESTIAMO LE ATROFIE)	MODENA	CA1676ADV	ECM
09-10/03/2018 - C. VIGNATO, G. VIGNATO, R. FINOTELLO CORSO TEORICO PRATICO DI CHIRURGIA IMPLANTARE, PROTESI DENTALE E ODONTOTECNICA DIGITALE UTILIZZANDO UN INNOVATIVO IMPIANTO A PIATTAFORMA CONICA. DAL DENTE SINGOLO ALLA RIABILITAZIONE COMPLESSA	BARI	CA1705	-
10/03/2018 - G. CARUSI LA TECNICA M.I.S.E. MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. ILSINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE	BERGAMO	CA1776	-
15/03/2018 - M. MONTEVECCHI OZONO: INDICAZIONI E NUOVE OPPORTUNITÀ	BERGAMO	CA1766G	-
15-17/03/2018 - M. CSONKA "FAST IMPLANTOLOGY: CARICO IMMEDIATO, POSTESTRATTIVI IMMEDIATI, TECNICHE FLAPLESS. CORSO CON LIVE SURGERY"	PRATO	CA1615FASTLIVE	ECM
23-24/03; 13-14/04; 11-12/05/2018 - S. GAROCCHIO, E. CAMAIONI PREDICIBILITÀ STEP BY STEP DELLA PROTESI FISSA A CARICO IMMEDIATO: PROCEDURE CLINICHE E DI LABORATORIO	TERAMO/PESCARA	CA1782	ECM
23-24/03/2018 - G. REGALDO - G. VIGNATO CORSO DI IPNOSI PER ODONTOIATRI	DUE CARRARE (PD)	CA1698	-

ORTODONZIA

02/12/2017 - G. IERARDO CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA ED INTERCETTIVA OCCLUS-O-GUIDE, NITE-GUIDE, HABIT-CORRECTOR	TORINO	CE487	-
01/12/2017 - P. ACETO TRICKS & TIPS CON LA TECNICA SWM	NAPOLI	CE566G	-
13/01/2018 - A. SCARPA SWM USER MEETING	DUE CARRARE	CE546G	-
19-20/01/2018 - G. GAROFALO /A. SCARPA LA TECNICA SWM:PROTOCOLLI CLINICI EFFICIENTI E RIPETIBILI DAL BONDING ALLA FINITURA	BARI	CE569	ECM
26-27/01/2018 - A. D. MIRABELLA LA RIFINITURA ORTODONTICA E LA GESTIONE DELL'EDENTULIA ANTERIORE	ROMA	CE493	-
15-17/02; 15-17/03; 13-14/04; 18-19/05; 22-23/06; 7-8/09/2018 - A. D. MIRABELLA CORSO DI TECNICA STRAIGHT WIRE	MILANO/DUE CARRARE (PD)	CE539 BASE	ECM
23-24/02/2018 - A. D. MIRABELLA LA TECNICA STRAIGHT-WIRE MIRABELLA: CARATTERISTICHE PECULIARI E SUA EVOLUZIONE	LAMEZIA TERME (CZ)	CE548	ECM
17/03/2018 - A. ARREGHINI F22: ISTRUZIONI PER L'USO	GENOVA	CE576	-
11-12/05; 8-9/06; 19-20/10; 09-10/11; 30/11-01/12/2018 - A. D. MIRABELLA CORSO AVANZATO DI TECNICA STRAIGHT WIRE	MILANO/DUE CARRARE (PD)	CE539ADV	ECM

ENDODONZIA	25/11/2017 - P.A. MARCOLI CORSO TEORICO DI ENDODONZIA MODERNA: DALL'APERTURA DELLA CAMERA AL RESTAURO. STRUMENTI PICCOLI E MINIMA INVASIVITÀ	VIMERCATE	CF794	-
	02/12/2017 - V. CAMPANELLA, V. MALAGNINO, I. DI GIUSEPPE, P.A. MARCOLI PROTOCOLLI OPERATIVI IN ENDODONZIA E CONSERVATIVA: PASSIONE ED EVOLUZIONE	ROMA	CF816	-
	10/02/2018 - V.A. MALAGNINO CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA. CORSO AVANZATO SULL'UTILIZZO DELLA TECNICA MTWO: CASI DI ROUTINE E CASI COMPLESSI	SENIGALLIA (AN)	CF821	ECM
	16-17/03; 23-24/03; 5-7/04/2018 - G. CASTORANI CORSO TEORICO -PRATICO DI ENDODONZIA SU PAZIENTE	BARI	CF822	-
LASER	24/11/2017 - G.IARIA CORSO SUL CORRETTO UTILIZZO DEL LASER ERBIUM IN ODONTOIATRIA	BRESCIA	CD893	-
	09/02/2018 - G.IARIA IL LASER A DIODI IN ODONTOIATRIA	BARI	CD890	-
	10/02/2018 - G.IARIA CORSO SUL CORRETTO UTILIZZO DEL LASER ERBIUM IN ODONTOIATRIA	BARI	CD891	-
DIGITALE	1-2/12/2018 - L. RUBINO, F. ANTONELLINI, V. NERI CORSO DI PRIMO LIVELLO - IMPLANTOLOGIA PROTESICAMENTE GUIDATA	DUE CARRARE (PD)	CH283	-
CONSERVATIVA	01/12/2017 - L. BRESCHI "IL RESTAURO CONSERVATIVO: PROTOCOLLI OPERATIVI PER I SISTEMI ADESIVI ED I MATERIALI COMPOSITI. CORSO TEORICO-PRATICO"	PESARO	CC218	ECM
	02/12/2017 - L. BRESCHI "IL RESTAURO CONSERVATIVO: PROTOCOLLI OPERATIVI PER I SISTEMI ADESIVI ED I MATERIALI COMPOSITI. CORSO TEORICO-PRATICO"	SALERNO	CC204	ECM
	02-03/02; 23-24/03; 20-21/04; 04-05/05/2018 - M.A. ALLEGRI CORSO TEORICO PRATICO DI ODONTOIATRIA CONSERVATIVA INDIRETTA E PROTESI ADESIVA	DUE CARRARE/MASERÀ DI PADOVA (PD)	CC214	ECM
	08-10/02; 08-10/03/2018 - M.A. ALLEGRI CORSO TEORICO PRATICO DI ODONTOIATRIA RESTAURATIVA DIRETTA ADESIVA DEI SETTORI ANTERIORI E POSTERIORI	DUE CARRARE/MASERÀ DI PADOVA (PD)	CC213	ECM
	09/03/2018 - L. BRESCHI "IL RESTAURO CONSERVATIVO: PROTOCOLLI OPERATIVI PER I SISTEMI ADESIVI ED I MATERIALI COMPOSITI. CORSO TEORICO-PRATICO"	BERGAMO	CC223	ECM

FORM DI ABBONAMENTO GRATUITO A NUMERIUNO 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 Carrara (PD) o via Fax al numero 049 91.24.290

NOME _____ COGNOME _____
 INDIRIZZO _____
 CITTÀ _____ CAP _____ PROV _____
 EMAIL _____
 CELL / TEL _____
 COD. FISC. / P.IVA _____
 FIRMA _____
 Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ex D. Lgs. 196/02 succ. modif.

È GIÀ CLIENTE SWEDEN & MARTINA? SI NO

Sono interessato a:

- ricevere copia cartacea della rivista
- ricevere la newsletter alla mia casella di posta elettronica
- ricevere la visita di uno specialista di prodotto
- visitare la sede e i reparti produttivi di Sweden & Martina
- pubblicare un case report su Numeri UNO
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - Implantologia
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - Implantologia Vol. 2
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - Implantologia Vol. 3
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - Implantologia Vol. 4
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - Implantologia Vol. 5
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - Cementazione Adesiva Bisco

18th
Premium Day
**International Congress on
Implant Prosthodontics**

june 28-30, 2018

Valencia, Palacio de Congresos
Avda Cortes Valencianas 60



june 28, 2018 pre-congress courses:

Ignazio Loi, Giovanni Zucchelli

Antonello Di Felice, Javier Pérez

Speakers

Roberto Abundo
Salvador Albalat
Sol Archanco
Oscar Arias
Guillermo Cabanes
Giacchino Cannizzaro
Luigi Canullo
Ugo Covani
Marco Csonka
Santiago Dalmau
Ramón Del Castillo Salmerón
Antonello Di Felice
Joan Faus
Vittorio Ferri
Berta García
Marco Gargari
Annamaria Genovesi
Fernando Gómez Ferrer
Jose Manuel Guinart
Martín Laguna
Ignazio Loi

Ramón Lorenzo
Alfredo Machín
Simone Marconcini
José Moreno Vazquez
Miguel Peñarrocha
Javier Pérez
Guillermo Pradiés
Elio Pratico
Antonio Rocci
Xavier Rodríguez
Carlos Saavedra
Eduardo Setien
Eusebio Torres
Xavier Vela
Rosario Velarde
Eugenio Velasco
Costantino Vignato
Giuseppe Vignato
Fabio Vignoletti
Rafael Vila
Giovanni Zucchelli