

IL MAGAZINE
SCIENTIFICO
SWEDEN & MARTINA

 sweden & martina

NUMERI UNO



Sweden & Martina
Mediterranea
II Premium Day,
Congreso Internacional
de implanto-prótesis
integrada,
Madrid



Dott. Sandro Pierpaolo Cortellini, Dott. Daniele Bonaccini
Procedure chirurgiche
minimamente invasive
in terapia parodontale
rigenerativa



Dott. Andrea Bastieri
Espansione ossea
controllata con Drill
Bone Expanders (D.B.E.):
variabili e
polifunzionalità



i Sì dell'implantologia
Le terapie riabilitative con
impianti post-estrattivi
immediati sono sicure?

In occasione del congresso nazionale della SIDOC a Roma Sweden & Martina ha presentato una selezione di frese diamantate per la preparazione a finire del moncone naturale per consentire l'adattamento delle mucose ai profili protesici determinati dalle corone. Il protocollo protesico prende il nome di tecnica B.O.P.T., ossia Biologically Oriented Preparation Technique, a testimonianza del fatto che sono i tessuti stessi che si adattano naturalmente alla preparazione e al restauro. La tecnica ha dimostrato di garantire la stabilità dei tessuti a medio e lungo termine.



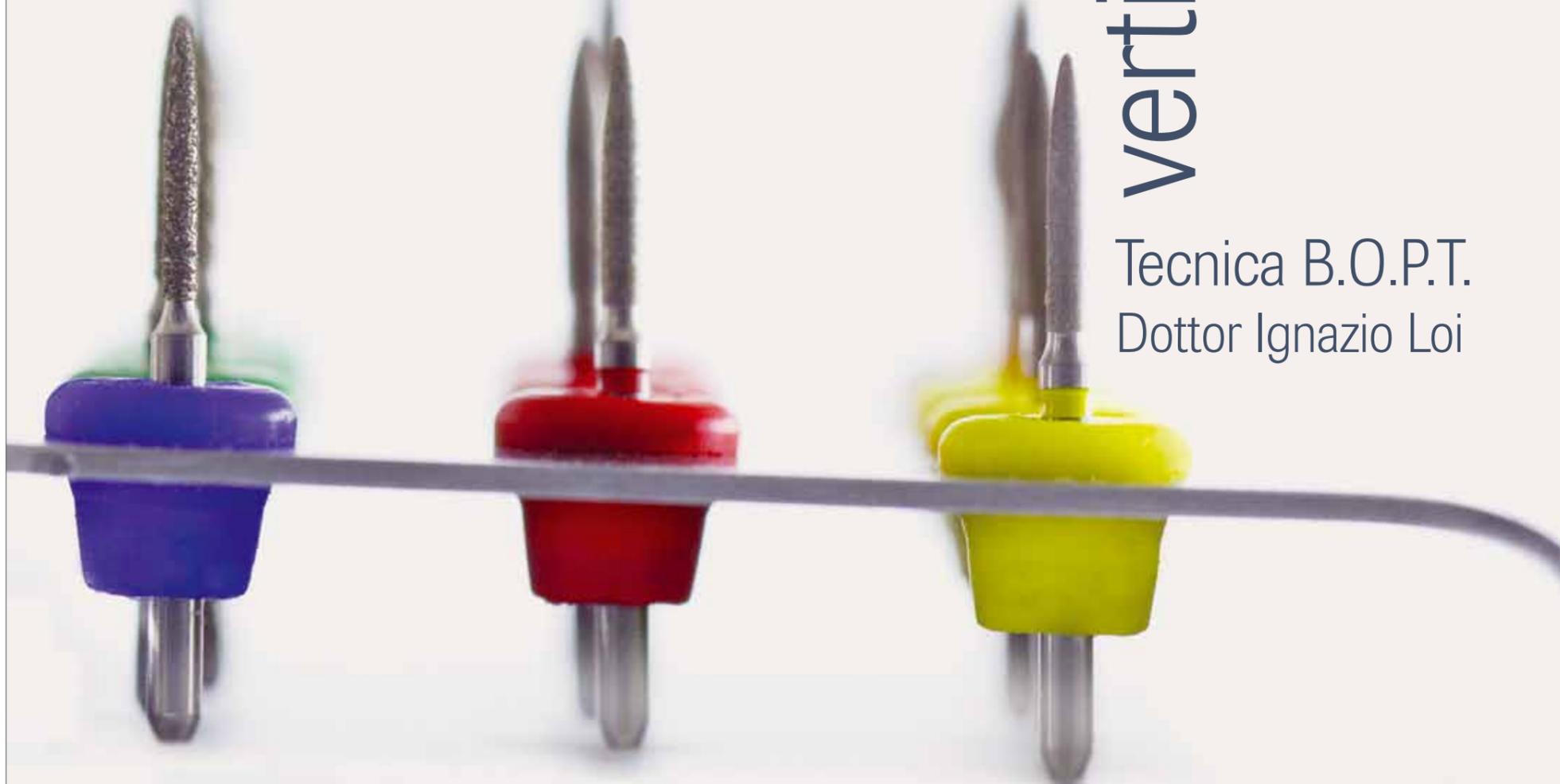
Intervista al
Dott. Roberto Cocchetto
L'implantoprotesi ieri,
oggi, domani



Echo Plan
Kit di strumenti per
l'implantologia
guidata

Frese per
preparazione
verticale

Tecnica B.O.P.T.
Dottor Ignazio Loi



4

12th Premium Day,
International Congress on
Implant Prosthodontics



Sweden & Martina Mediterranea replica l'esperienza trionfale del congresso tenutosi nel Novembre 2011 annunciando la data del II Premium Day in Spagna, il 7-8-9 Novembre 2013: sede dell'evento sarà ancora il Centro Congressi Eurobuilding 4 di Madrid, che ospiterà un cospicuo gruppo di eccellenti relatori già a partire dalla giornata dei corsi pre-congressuali. Giovedì 7 novembre saranno infatti ben quattro i corsi teorico-pratici di approfondimento.



14

Approfondimento
i SI dell'implantologia
Le terapie riabilitative
con impianti
post-estrattivi immediati
sono sicure?

16

Recensioni

17

Intervista
**L'implantoprotesi
ieri, oggi, domani**
Dott. Roberto Cocchetto

21

Case Report
**Gestione di una paziente in trattamento con
bifosfonati (alendronato sodico) da più di 5
anni e sua riabilitazione con carico differito
su quattro impianti e con carico immediato
su altri due**
Dott. Davide Moiraghi, Odt. Vito Minutolo

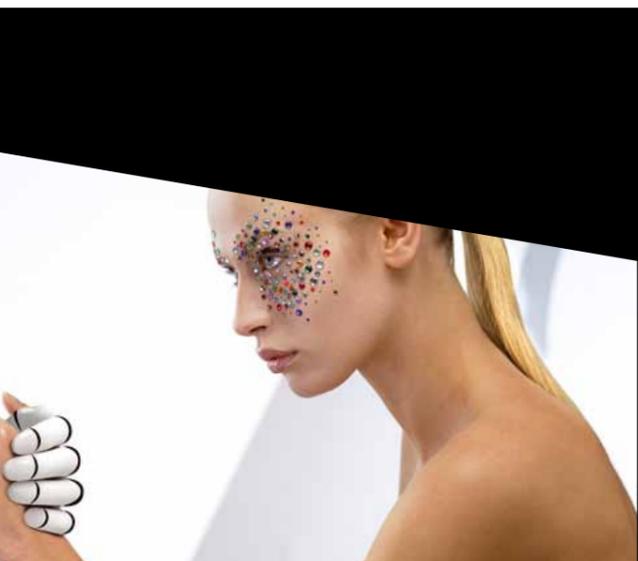
26

Eventi Internazionali



24

Eventi Italia



acional de implanto-prótesis integrada
013
urobuilding C/ Padre Damián, 23

6 Case Report
**Procedure chirurgiche
minimamente
invasive in
terapia parodontale
rigenerativa**
Dott. Sandro Pierpaolo
Cortellini, Dott. Daniele
Bonaccini

9 Evento
**A.I.C.
XVI Congresso
Nazionale**
Invito della Presidente

10 Case report
**Espansione ossea
controllata con Drill
Bone Expanders
(D.B.E.): variabili e
polifunzionalità**
Dott. Andrea Bastieri



18 Novità di Mercato
Echo Plan kit
di strumenti per
l'implantologia guidata,
**Frese per preparazione
verticale** - Tecnica
B.O.P.T., Gamma di
strumenti **Magnetic
Mallet**, Software **Echo2**

20 Intervista
**Dynamisch und
erfolgreich**
**Impianti Premium in
Germania nelle parole
del Dott. Markus
Lietzau**

28 Stato dell'arte in
Odontoiatria



27 Calendario corsi
ContinuingDentalEducation

LA RICERCA INCONTRA LA RAGIONE

PROGRAMMA
DEFINITIVO

12th Premium Day

International Congress on Implant Prosthodontics

6-8 Giugno 2013

Padova, Palazzo della Ragione

Corso Pre-Congressuale:

Prof. Niklaus P. Lang

Dott. Ignazio Loi

Giovedì 6 Giugno 2013 Corso Pre-Congressuale

09:30 **Treatment strategies for the mutilated dentition**
Niklaus P. Lang

14:30 **Rapporto tra contorno protesico e tessuti gengivali**
Ignazio Loi

Venerdì 7 Giugno 2013

Cosa abbiamo imparato in 30 anni di chirurgia implantare

LECTIO MAGISTRALIS

09:30 **Strategies of implant placement after tooth extraction. Advantages and disadvantages**
Mariano Sanz Alonso

LECTIO MAGISTRALIS

10:30 **Dimensional changes of alveolar bone following tooth extraction**
Niklaus P. Lang

12:00 **Il recupero di denti gravemente compromessi: le indicazioni, i limiti e le alternative terapeutiche**
Pierpaolo Cortellini

12:40 **Evidenze scientifiche e opinioni cliniche**
Daniele Botticelli

Cosa abbiamo imparato in 30 anni di protesi su impianti

14:20 **L'impianto post-estrattivo: prospettive e problematiche attuali**
Maria Gabriella Grusovin

15:00 **Piani di trattamento implanto-protesici nei diversi gradi di atrofia della premaxilla**
Marco Csonka

15:40 **I profili di emergenza protesici nell'integrazione dei tessuti gengivali**
Ignazio Loi

16:20 **Cosa abbiamo imparato in 30 anni di protesi su impianti**
Gaetano Calesini

17:00 **La valutazione delle scelte terapeutiche in protesi implantare**
Paolo Vigolo

Sabato 8 Giugno 2013

Protesi. Nuovi orizzonti della protesi su impianti

09:30 **Considerations of the longevity in implant-supported prostheses manufactured by CAD-CAM**

Toshikazu Iijima

Digital solution with functional analysis to optimize implant restoration

Kazuhiro Umehara

10:00 **L'impronta in implantopotesi, cosa c'è di nuovo?**

Dario Andreoni

10:30 **Ottimizzazione dei risultati estetici attraverso la detersione al plasma delle componenti protesiche**

Luigi Canullo

Rigenerazione tissutale. Gestione dei tessuti duri e molli

11:30 **La gestione dei tessuti parodontali nel paziente sottoposto a trattamento implantoprotesico**
Daniele Cardaropoli

12:00 **Implant periapical lesion: diagnosis and treatment**

Miguel Peñarrocha Diago

12:30 **La ricostruzione dei tessuti duri e molli nelle zone estetiche: considerazioni cliniche per denti naturali e impianti**

Roberto Abundo

13:00 **Native bone remodelling by "Magnetic Mallet"**

Giovanni B. Bruschi, Roberto Crespi

Le chiavi del successo implantoprotesico

14:30 **Making reliable impressions in implant dentistry. State of the art**
Guillermo Jesus Pradies Ramiro

15:00 **Le chiavi del successo implantoprotesico**
Agostino Scipioni

15:30 **Falsi miti e nuovi orizzonti nella ricerca e nella clinica implanto-protesica**
Ugo Covani

PRIMO
ANNUNCIO



2° Premium Day

Congreso Internacional de implanto-prótesis integrada
7, 8 y 9 Noviembre 2013

Madrid, Hotel NH Eurobuilding C/ Padre Damián, 23

Cinque mesi dopo il congresso italiano, avrà luogo a Madrid la **seconda edizione del Premium Day spagnolo**, il 7-8-9 Novembre 2013.

Quattro i **corsi pre-congressuali** teorico-pratici tenuti giovedì 7 novembre dai relatori **JUAN FAUS** (corso di chirurgia con utilizzo delle suture), **MARCO CSONKA** (corso molto atteso sulle tecniche di applicazione del rivoluzionario apparecchio Magnetic Mallet), **GIUSEPPE IARIA** (corso sull'utilizzo dei laser), **GIORGIO CARUSI** (approfondimento della tecnica M.I.S.E.).

Il congresso Scientifico, presieduto anche in questa seconda edizione dal Prof. **Mariano Sanz Alonso**, decano della prestigiosa Università Complutense di Madrid, e dal Prof. **Ugo Covani**, da sempre referente scientifico di Sweden & Martina, prevede la presenza di relatori delle più importanti università spagnole - quali lo stesso Prof. Sanz ma anche i Professori Juan Manuel Aragoneses, Juan Carlos De Vicente, Maximino Gonzalez, José Maroto, Miguel Penarrocha, Guillermo Pradies, Eugenio Velasco - e moltissimi illustri nomi dell'odontoiatria spagnola.

Estetica in implantologia, carico immediato, protesi su impianti con CAD-CAM, tecnologie per chirurgia: questi i principali argomenti affrontati durante le due giornate congressuali.

Relatore italiano di eccellenza sarà il **DOTT. IGNAZIO LOI**, che presenterà la sua tecnica B.O.P.T.

Sarà inoltre dato ampio spazio ad aggiornamenti scientifici sui sistemi implantologici Sweden & Martina, raccolti nella rassegna **SCIENTIFICA vol. 3**, che conterrà tutti gli ultimi studi pubblicati.

Sono previste una sessione per odontotecnici, presieduta da Cesar Chust, ed una per igieniste dentali, presieduta da Rosario Velarde.

Anche in questa edizione del congresso è indetta una sezione Poster, la cui premiazione è prevista durante la **CENA DI GALA** di venerdì 8 novembre.

Procedure chirurgiche minimamente invasive in terapia parodontale rigenerativa

Dott. Sandro Pierpaolo Cortellini, Dott. Daniele Bonaccini



Dott. Sandro Pierpaolo Cortellini. Laureato in medicina e chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze nel 1980, specializzato in Odontostomatologia presso l'Università degli Studi di Siena nel 1984. Visiting Professor presso il Dipartimento di Parodontologia e Protesi Fissa dell'Università di Berna e presso l'Eastmann Dental College (Londra). Fondatore dell'Accademia Toscana di Ricerca Odontostomatologica di Firenze, e di ERGOPERIO (European Research Group on Periodontology). Socio Attivo della Società Italiana di Parodontologia di cui è stato Presidente nel biennio 1999-2001. Socio Attivo e Past-President della Federazione Europea di Parodontologia. Promotore del "Progetto Diagnosi" e Coordinatore dei 5 "Progetti" SIdP. Chairman Scientifico di Europerio 6. Svolge attività clinica limitata alla Parodontologia nel suo studio privato a Firenze e intensa attività di ricerca clinica in parodontologia dal 1982, con particolare enfasi nei campi della diagnostica, della rigenerazione parodontale e dell'estetica. È Autore di oltre 100 pubblicazioni scientifiche originali su riviste nazionali ed internazionali e relatore nei principali convegni di Parodontologia in Italia ed all'estero. Svolge intensa attività didattica dal 1988.

Dott. Daniele Bonaccini. Laureato con lode presso l'Università degli studi di Firenze nel 2008. Ha collaborato con il prof. Pini Prato nel reparto di Parodontologia dell'Università degli studi di Firenze dal 2009 al 2011.

2009: corso teorico-pratico di Endodonzia Clinica del dott. Aniello Mollo.

2011-2012: corso formativo teorico-pratico di Parodontologia del dott. Cortellini e prof. Tonetti.

2012: corso formativo teorico-pratico sui restauri anteriori e posteriori in composito del dott. Spreafico.

2013: corso formativo teorico-pratico di base in chirurgia orale dei dott. Barone, Clauser e Baleani. Socio ordinario della Società Italiana di Parodontologia e dell'Accademia Italiana di Endodonzia.

Dal 2010 collabora nello studio del dott. Cortellini, dove si occupa prevalentemente di ricerca e clinica nel campo della parodontologia, della conservativa e dell'endodonzia. È coautore di alcune pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali.



Introduzione

Nell'ultimo decennio il crescente interesse verso una chirurgia meno invasiva nei confronti del paziente ha portato i ricercatori a focalizzare la loro attenzione su procedure minimamente invasive. Le procedure chirurgiche in odontoiatria hanno subito di recente radicali cambiamenti per ridurre l'invasività ed allo stesso tempo sono stati sviluppati nuovi strumenti e nuovi materiali che hanno portato ad una sostanziale evoluzione dell'armamentario chirurgico (Cortellini 2012). Il campo della chirurgia parodontale si è arricchito di questo peculiare e innovativo approccio piuttosto recentemente. Harrel e Rees (1995) proposero la "Minimally Invasive Surgery" (MIS) con lo scopo di ridurre le dimensioni delle ferite chirurgiche e manipolare delicatamente i tessuti molli e duri (Harrel and Nunn 2001, Harrel et al 2005). Cortellini e Tonetti (2007a) con la pubblicazione della "Minimally Invasive Surgical Technique" (MIST) hanno cercato di migliorare la stabilità del coagulo e la chiusura primaria della ferita chirurgica a protezione del coagulo, aspetti ulteriormente evoluti con la "Modified Minimally Invasive Surgical Technique" (M-MIST, Cortellini & Tonetti 2009). "Chirurgia minimamente invasiva" è un termine che descrive l'uso di tecniche chirurgiche delicate e precise che sono veramente applicabili solo con l'uso di mezzi ingrandenti come lenti prismatiche e microscopi operatori e strumenti e materiali di dimensioni adatte alla microchirurgia. Cortellini & Tonetti (2001, 2005) hanno proposto l'uso del microscopio operatorio in chirurgia parodontale rigenerativa, riportando un'aumentata capacità di manipolazione dei tessuti molli con il conseguente miglioramento del potenziale di chiusura primaria della ferita chirurgica da una media del 70% dei casi ottenuta con chirurgia standard ad un'eccellente 92% ottenuta con microchirurgia. Altri autori hanno confermato l'utilità del microscopio operatorio in differenti campi della chirurgia parodontale, dalla chirurgia a lembo alla chirurgia mucogengivale (Wachtel et al 2003, Francetti et al 2005, Burkhardt and Lang 2005, Zuhr et al 2007, Fickl et al 2009, Cortellini et al 2011, 2012).



Il secondo premolare superiore destro presenta un sondaggio distale di 9 mm

Tecniche Chirurgiche Minimamente Invasive

Le proposte di metodiche minimamente invasive in chirurgia rigenerativa parodontale possono essere suddivise in due gruppi: metodiche con sollevamento della papilla interdentale e del lembo palatino oltre a quello vestibolare e metodiche in cui solo il lembo vestibolare viene sollevato, mentre la papilla e il lembo linguale non vengono incisi.

Cortellini & Tonetti (2007a,b) hanno proposto una tecnica chirurgica minimamente invasiva (MIST) in combinazione con derivati della matrice dello smalto (EMD) per trattare difetti intraossei isolati (Fig 01). Nella tecnica MIST la papilla interdentale associata al difetto viene incisa con due approcci differenti a seconda delle dimensioni dello spazio interdentale.

Negli spazi stretti viene utilizzata una incisione diagonale tracciata il più vicino possibile al colle della papilla, secondo i principi del lembo a preservazione della papilla semplificato (SPPF, Cortellini et al 1999); negli spazi larghi viene tracciata una incisione orizzontale sul lato buccale della papilla, secondo la tecnica di preservazione della papilla modificata (MPPT, Cortellini et al 1995a,b). Le incisioni intrasulcolari buccali e linguali, limitate ai denti prossimali al difetto, consentono di sollevare lembi buccali e linguali a tutto spessore di minima estensione mesio-distale e corono-apicale, in modo da esporre la cresta ossea residua.

La levigatura radicolare viene effettuata con mini curette e strumenti sonici/ultrasonici. L'applicazione di EDTA per 2 minuti sulla superficie radicolare asciutta è seguita dall'applicazione di EMD sulla superficie radicolare accuratamente lavata e asciugata con un getto d'aria. La tecnica di sutura si basa sull'uso di una singola sutura a materasso interno modificato (Gore 6-0) per chiudere la papilla interdentale. Possono essere aggiunte suture a cerchio (monofilamenti 7-0) per migliorare la chiusura primaria, quando il caso lo necessita.



La radiografia mostra il difetto infraosseo di 6 mm con ampiezza di 40°



L'accesso al difetto è stato ottenuto con una metodica MIST



01d
La papilla interdentale è stata sollevata con il lembo palatino. Una piccola incisione verticale è stata tracciata per migliorare la riflessione del lembo palatino



01e
La ferita è stata suturata con un materassoio interno modificato dopo applicazione di amelogenine



01f
A 1 anno, il sito trattato presenta 3 mm di sondaggio



01g
La radiografia a 1 anno mostra la completa risoluzione della componente infraossea del difetto

Cortellini et al (2008) hanno proposto l'applicazione del MIST anche per trattare difetti intraossei multipli su denti adiacenti. La tecnica prevede un'estensione mesio-distale del lembo per coinvolgere tutti i denti a cui sono associati i difetti ossei. Il lembo, anche se più esteso in senso mesio-distale rispetto alla tecnica descritta precedentemente, viene scollato a tutto spessore per una estensione corono-apicale minima, secondo i principi descritti prima. Per il resto la procedura rimane identica a quanto descritto sopra.

Più recentemente, Cortellini & Tonetti (2009) hanno proposto una tecnica minimamente invasiva modificata (M-MIST, Fig. 2). L'approccio chirurgico consiste nella creazione di un piccolo accesso interdentale solo vestibolare. Il piccolo lembo buccale, di forma triangolare, viene sollevato per esporre la cresta ossea buccale residua. La papilla interdentale non viene incisa e il lembo palatino non viene sollevato. I tessuti molli contenuti all'interno del difetto (tessuto di granulazione) vengono separati dal tessuto connettivo sopracrestale papillare con una micro-lama e rimossi con mini curette. Successivamente, la superficie radicolare viene accuratamente strumentata con mini curette e strumenti sonici/ultrasonici evitando di traumatizzare le fibre sopracrestali della papilla associata al difetto. Tutte le procedure descritte vengono effettuate attraverso la piccola "finestra chirurgica" vestibolare e richiedono l'uso di ingrandimenti e di ottima illuminazione del campo. Il microscopio operatorio gioca un ruolo fondamentale in queste procedure raffinate. La chiusura primaria della ferita chirurgica si effettua con una sutura a materassoio interno modificato. Si possono aggiungere suture a cerchio per migliorare la chiusura primaria, quando il caso lo necessita. La tecnica M-MIST non può essere applicata a tutti i difetti parodontali (Cortellini & Tonetti 2009). I suoi limiti sono rappresentati dall'accesso alla superficie radicolare, per esempio nei casi in

cui ci sia una estensione palatina profonda del difetto, non raggiungibile con gli strumenti attraverso la finestra vestibolare. In questi casi gli autori suggeriscono di sollevare la papilla interdentale ed eseguire una tecnica MIST.

Implicazioni tecniche

Gli studi citati in precedenza propongono due differenti approcci minimamente invasivi per difetti intraossei. La MIST (Cortellini e Tonetti 2007a,b) prevede il sollevamento delle papille interdentali per ottenere un accesso diretto buccale e linguale al difetto intraosseo, mentre la M-MIST (Cortellini e Tonetti 2009) propone un approccio in cui l'accesso al difetto è ottenuto attraverso lo scollamento di un piccolo lembo buccale, senza incidere la papilla interdentale. Il problema principale che si incontra nell'eseguire una tecnica minimamente invasiva è il problema della visibilità e della gestione del campo chirurgico.

Il problema, ovviamente, è ancora più rilevante nella tecnica M-MIST, ma può essere risolto adottando strumenti in grado di fornire elevati fattori di ingrandimento e una illuminazione diretta del campo inquadrato.

Queste procedure minimamente invasive trovano nel microscopio operatorio un supporto ideale, per la possibilità di ottimizzare l'ingrandimento a seconda delle necessità chirurgiche e per la presenza di una illuminazione coassiale alla lente, in grado di illuminare perfettamente il campo inquadrato (Fig. 3).

È indispensabile anche implementare il tray chirurgico con l'adozione di strumenti e materiali da microchirurgia, quali piccoli scollatori periostali e pinzette microchirurgiche, micro-lame, mini-curette, forbici e porta-ago da microchirurgia. Anche le suture devono essere adeguate: è importante utilizzare monofilamenti.



02a
Il primo molare inferiore sinistro presenta un sondaggio mesiale di 8 mm



02b
La radiografia mostra la componente infraossea profonda



02c
Il difetto è stato trattato con una metodica M-MIST. Il piccolo lembo triangolare vestibolare permette la detersione e la levigatura del difetto e della radice. Si noti la papilla interdentale integra



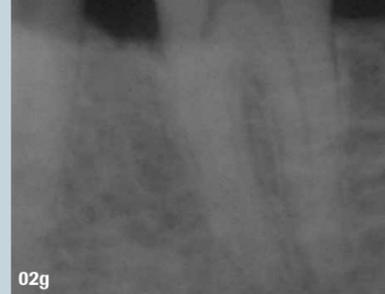
02d
Il difetto è stato trattato con amelogenine



02e
La ferita chirurgica è stata suturata con un materassoio interno modificato



02f
A 1 anno, il sito trattato presenta un sondaggio di 3mm e nessun incremento della recessione



02g
La radiografia a 1 anno mostra la completa risoluzione della componente infraossea del difetto

Studi Clinici Controllati

La tecnica MIST proposta da Cortellini e Tonetti (2007a) è stata testata in uno studio controllato da Ribeiro et al (2011a). Gli autori hanno valutato la metodica nel trattamento di 30 difetti intraossei in 30 pazienti. I difetti sono stati trattati con tecnica MIST + EMD o con MIST da sola. Gli autori riportano una significativa riduzione della profondità di sondaggio e un significativo guadagno di attacco clinico con minima recessione gengivale a 3 e 6 mesi in entrambi i gruppi. Le differenze tra i due gruppi non sono significative. Gli autori concludono che l'utilizzo di EMD non migliora i risultati clinici del MIST da solo nel trattamento dei difetti intraossei.

Cortellini & Tonetti (2011) hanno condotto uno studio clinico randomizzato per testare l'efficacia della "tecnica chirurgica minimamente invasiva modificata" (M-MIST) su 45 difetti intraossei profondi. I difetti sono stati assegnati in modo randomizzato a 3 gruppi sperimentali: 15 sono stati trattati con M-MIST da sola, 15 con M-MIST+EMD, e 15 con M-MIST+EMD+BioOss. Tutti i tre gruppi hanno ottenuto miglioramenti clinici rilevanti in termini di riduzione della profondità di sondaggio e di guadagno di attacco clinico. La comparazione fra i tre gruppi non ha mostrato differenze statisticamente significative in nessuno dei parametri clinici esaminati. In particolare, il guadagno di attacco clinico nel gruppo M-MIST è stato di $4,1 \pm 1,4$ mm, nel gruppo M-MIST+EMD $4,1 \pm 1,2$ mm e nel gruppo M-MIST+EMD+BioOss $3,7 \pm 1,3$ mm. La percentuale di riempimento della componente intraossea, misurata radiologicamente, era del $77 \pm 19\%$ nel gruppo M-MIST, $71 \pm 18\%$ nel gruppo M-MIST+EMD e $78 \pm 27\%$ nel gruppo M-MIST+EMD+BioOss. Gli autori hanno concluso che la tecnica M-MIST è efficace nel trattamento dei difetti intraossei con o senza l'uso aggiuntivo di materiali rigenerativi.

Uno studio indipendente (Trombelli et al 2010) su 24 pazienti ha riportato risultati simili con il "single flap approach" (SLA). Questo studio ha valutato l'effetto aggiuntivo dell'uso di un biomateriale a base di idrossiapatite (HA) protetto da una membrana in collagene riassorbibile (GTR) per il trattamento di difetti intraossei parodontali, comparata alla tecnica SFA da sola. Gli Autori non hanno riscontrato differenze statisticamente significative in termini di guadagno di attacco clinico ($4,7 \pm 2,5$ contro $4,4 \pm 1,5$ mm), riduzione della profondità di sondaggio ($5,3 \pm 2,4$ contro $5,3 \pm 1,5$ mm) e aumento della recessione gengivale ($0,4 \pm 1,4$ contro $0,8 \pm 0,8$ mm) tra i gruppi SFA+HA/GTR e SFA da solo. Gli autori hanno concluso che la tecnica SFA con o senza HA/GTR sembra essere un ottimo approccio minimamente invasivo per il trattamento dei difetti intraossei parodontali profondi.

Mischra et al (2013) hanno recentemente comparato la M-MIST da sola con la M-MIST e l'uso aggiuntivo di fattori di crescita (rhPDGF-BB) in uno studio randomizzato su 24 pazienti. Gli Autori riportano un guadagno di attacco clinico di $3 \pm 0,89$ mm nel gruppo test e di $2,64 \pm 0,67$ mm nel gruppo controllo. Le differenze fra i due gruppi non sono statisticamente significative. Gli Autori concludono che l'uso di un fattore di crescita non migliora le prestazioni cliniche della metodica minimamente invasiva modificata (M-MIST).

È interessante notare che gli studi clinici randomizzati eseguiti utilizzando procedure chirurgiche minimamente invasive (con o senza elevazione della papilla) non hanno riportato differenze in termini di risultati clinici tra il gruppo controllo e il gruppo test in cui vari materiali rigenerativi sono stati utilizzati congiuntamente alle metodiche minimamente invasive. Questi risultati aprono una serie di ipotesi sul potenziale intrinseco di guarigione della ferita chirurgica e sul potenziale rigenerativo dei tessuti parodontali profondi quando si ottimizzano le condizioni cliniche con metodiche chirurgiche adeguate. In altre parole, i risultati di questi studi hanno dimostrato la possibilità di ottenere, con lembi minimamente invasivi, risultati clinici comparabili a quelli che si possono ottenere aggiungendo materiali rigenerativi. Queste nuove tecniche chirurgiche, infatti, migliorano la stabilità del coagulo e della ferita ottimizzandone la guarigione. In particolare, il design del lembo nella tecnica M-MIST aumenta enormemente la stabilità del coagulo ed anche la capacità di garantire spazio per la rigenerazione: i tessuti molli della papilla interdentale, infatti, non vengono incisi e rimangono attaccati alla superficie radicolare del dente di cresta, formando un "tetto" stabile al di sopra del difetto osseo. Lo spazio sottostante viene riempito dal coagulo e la papilla preservata previene il collasso dei tessuti molli mantenendo lo spazio per la rigenerazione. Inoltre, lo scollamento minimale del lembo minimizza i danni al sistema vascolare papillare favorendo il processo di guarigione della ferita chirurgica.



Il microscopio operatorio

Periodo post – operatorio ed effetti collaterali

Lo sviluppo della chirurgia minimamente invasiva ha fortemente ridotto la quantità di complicazioni ed effetti collaterali nel periodo post-operatorio. Il problema più importante nell'immediato post operatorio è rappresentato dalla chiusura primaria della ferita chirurgica. Nella chirurgia rigenerativa non minimamente invasiva, Cortellini e Tonetti (2000) riportano percentuali di chiusura primaria del lembo mantenuta nel 70% dei casi. In altre parole, nel 30% dei casi è stato osservato un fallimento della ferita chirurgica, accompagnato da una riduzione del potenziale rigenerativo del sito trattato. Applicando la MIST, la chiusura primaria del lembo, ottenuta nel 100% dei casi, è stata mantenuta nel 95% dei casi a 1 settimana nel trattamento di difetti singoli (Cortellini and Tonetti 2007a,b) e nel 100% dei casi nel trattamento di difetti multipli (Cortellini et al 2008). Complicanze post-operatorie, quali edema ed ipersensibilità radicolare sono state rilevate in pochi casi (Cortellini and Tonetti 2007a,b, Cortellini et al 2008). Con la tecnica M-MIST (Cortellini & Tonetti 2009) la chiusura primaria del lembo è stata ottenuta e mantenuta nel 100% dei casi. In un secondo studio controllato (Cortellini & Tonetti 2011) un sito trattato con M-MIST+EMD+BioOss ha presentato una lieve discontinuità della ferita chirurgica interdentale a 1 settimana. In nessuno dei siti trattati si è verificato edema, ematoma o suppurazione (Cortellini & Tonetti 2009, 2011).

Morbilità chirurgica e post-chirurgica del paziente

L'impatto delle procedure chirurgiche minimamente invasive sul paziente si è rivelato estremamente mite. In uno studio clinico, nessuno dei pazienti trattati con MIST e EMD (Cortellini & Tonetti 2007b) ha riferito dolore intraoperatorio o fastidio e il 70% non ha avuto alcun dolore post-operatorio. Nei pazienti che hanno denunciato dolore, questo scompariva in 26 ± 17 ore, in media. Il consumo domiciliare di analgesici era di 1 ± 2 compresse di ipobrufen da 600mg per paziente, in media. Ventitre pazienti non hanno assunto compresse di antidolorifico.

In un secondo studio clinico con MIST e EMD (Cortellini et al 2008) 14 pazienti non hanno riportato alcun dolore post-operatorio, mentre sei hanno riferito un dolore molto lieve. In questi pazienti, il dolore è sparito dopo 21 ± 5 ore, in media. Il consumo domiciliare di antidolorifici era di $0,9 \pm 1,0$ compresse per paziente. Nove pazienti non hanno utilizzato alcun analgesico.

Nello studio clinico in cui i difetti sono stati trattati con M-MIST e EMD (Cortellini & Tonetti 2009) nessuno dei pazienti ha riportato dolore intraoperatorio o postoperatorio significativo. Tre pazienti hanno riportato fastidio molto lieve nei primi 2 giorni dopo la chirurgia. Quattordici su quindici hanno descritto la prima settimana di postoperatorio esente da effetti collaterali significativi.

Nello studio controllato in cui i difetti sono stati trattati con M-MIST da sola o in combinazione con EMD o EMD+BioOss (Cortellini & Tonetti 2011) nessuno dei pazienti ha riportato dolore intra o post-chirurgico. Hanno riferito un lieve fastidio tre pazienti del gruppo M-MIST, due pazienti del gruppo M-MIST+EMD e quattro pazienti del gruppo M-MIST+EMD+BMDX. Pochi pazienti hanno assunto antidolorifici: tre pazienti del gruppo controllo (numero medio di compresse 0.4 ± 0.7 , massimo 2), quattro pazienti del gruppo EMD (media 0.3 ± 0.6 , massimo 2), e quattro pazienti del gruppo EMD+BioOss (media 0.5 ± 1 , massimo 3).

Conclusioni

La chirurgia minimamente invasiva può essere considerata una importante realtà nel campo della rigenerazione parodontale. Gli studi clinici randomizzati hanno mostrato il suo elevato potenziale clinico e la sua efficacia nel trattamento dei difetti intraossei. L'efficacia clinica è associata ad una morbilità molto limitata per il paziente durante la chirurgia e nel periodo post-chirurgico. Le procedure di chirurgia minimamente invasiva, tuttavia, sono procedure che richiedono un training specifico e l'adozione di strumenti e materiali idonei alla loro applicazione.

Bibliografia

- Burkhardt R., Lang N.P.; *Coverage of localized gingival recessions: comparison of micro- and macrosurgical techniques*; J Clin Periodontol. 2005 Mar;32(3):287-93.
- Cortellini P., Pini-Prato G., Tonetti M.; *The modified papilla preservation technique. A new surgical approach for interproximal regenerative procedures*; J Periodontol 1995a; 66: 261-266.
- Cortellini P., Pini-Prato G., Tonetti M.; *Periodontal regeneration of human intrabony defects with titanium reinforced membranes. A controlled clinical trial*; J Periodontol 1995b; 66: 797-803.
- Cortellini P., Pini-Prato G., Tonetti M.; *The simplified papilla preservation flap. A novel surgical approach for the management of soft tissues in regenerative procedures*; Int J Periodontics Rest Dent 1999; 19: 589-599.
- Cortellini P., Tonetti M.S.; *Focus on intrabony defects: guided tissue regeneration (GTR)*; Periodontology 2000. 2000; 22: 104-132.
- Cortellini P., Tonetti M.S.; *Microsurgical approach to periodontal regeneration. Initial evaluation in a case cohort*; J Periodontol 2001; 72: 559-569.
- Cortellini P., Tonetti M.S.; *Clinical performance of a regenerative strategy for intrabony defects: scientific evidence and clinical experience*; J Periodontol 2005; 76: 341-50.
- Cortellini P., Tonetti M.S.; *A Minimally Invasive Surgical Technique (MIST) with Enamel Matrix Derivate in the Regenerative Treatment of intrabony defects: a novel approach to limit morbidity*; J Clin Periodontol 2007a; 34: 87-93
- Cortellini P., Tonetti M.S.; *Minimally Invasive Surgical Technique (M.I.S.T.) and Enamel Matrix Derivative (EMD) in Intrabony Defects. (I) Clinical Outcomes and Intra-operative and Post-operative Morbidity*; J Clin Periodontol 2007b; 34: 1082-1088.
- Cortellini P., Nieri M., Pini-Prato G.P., Tonetti M.S.; *Single minimally invasive surgical technique (MIST) with enamel matrix derivative (EMD) to treat multiple adjacent intrabony defects. Clinical outcomes and patient morbidity*; J Clin Periodontol 2008; 35: 605-613.
- Cortellini P., Tonetti M.S.; *Improved wound stability with a modified minimally invasive surgical technique in the regenerative treatment of isolated interdental intrabony defects*; J Clin Periodontol 2009; 36: 157-163.
- Cortellini P., Tonetti M.S.; *Clinical and radiographic outcomes of the modified minimally invasive surgical technique with and without regenerative materials: a randomized- controlled trial in intra-bony defects*; J Clin Periodontol 2011; 38: 365-373.
- Cortellini P., Stalpers G., Mollo A., Tonetti M.S.; *Periodontal regeneration versus extraction and prosthetic replacement of teeth severely compromised by attachment loss to the apex: 5-year results of an ongoing randomized clinical trial*; J Clin Periodontol 2011; 38: 915-924.
- Cortellini P., Tonetti M.S., Pini-Prato G.; *The Partly Epithelialized Free Gingival Graft (PE-FGG) at Lower Incisors. A Pilot Study with Implications for Alignment of the Muco-gingival Junction*; J Clin Periodontol 2012; 39:674-680.
- Cortellini P.; *Minimally invasive surgical techniques in periodontal regeneration*; J Evid Based Dent Pract. 2012;12:89-100.
- Fickl S., Thalmair T., Kerschull M., Böhm S., Wachtel H.; *Microsurgical access flap in conjunction with enamel matrix derivative for the treatment of intra-bony defects: a controlled clinical trial*; J Clin Periodontol. 2009;36:784-90.
- Francetti L., Del Fabbro M., Calace S., Testori T., Weinstein R.L.; *Microsurgical treatment of gingival recession: a controlled clinical study*; Int J Periodontics Restorative Dent 2005; 25:181-8.
- Harrel S.K., Rees T.D.; *Granulation tissue removal in routine and minimally invasive surgical procedures*; Compendium of Continuing Education Dentistry. 1995; 16: 960-967.
- Harrel T.K., Nunn M.E.; *Longitudinal comparison of the periodontal status of patients with moderate to severe periodontal disease receiving no treatment, non-surgical treatment, and surgical treatment utilizing individual sites for analysis*; J Periodontol 2001; 72: 1509-1519.
- Harrel S.K., Wilson Jr T.G., Nunn M.E.; *Prospective assessment of the use of enamel matrix proteins with minimally invasive surgery*; J Periodontol 2005; 76: 380-384.
- Mishra A., Avula H., Pathakota K.R., Avula J.; *Efficacy of modified minimally invasive surgical technique in the treatment of human intrabony defects with or without use of rhPDGF-BB gel - a randomized controlled trial*; J Clin Periodontol 2013; 40: 172-179.
- Ribeiro F.V., Casarin R.C., Palma M.A., Júnior F.H., Sallum E.A., Casati M.Z.; *The role of enamel matrix derivative protein in minimally invasive surgery in treating intrabony defects in single rooted teeth: a randomized clinical trial*; J Periodontol. 2011a; 82:522-532.
- Trombelli L., Simonelli A., Pramstraller M., Wikesjö U.M.E. Farina R.; *Single Flap Approach With and Without Guided Tissue Regeneration and a Hydroxyapatite Biomaterial in the Management of Intraosseous Periodontal Defects*; J Periodontol. 2010; 81: 1256-1263
- Wachtel H., Schenk G., Böhm S., Weng D., Zühr O., Hürzeler M.B.; *Microsurgical access flap and enamel matrix derivative for the treatment of periodontal intrabony defects: a controlled clinical study*; J Clin Periodontol 2003; 30: 496-504.
- Zühr O., Fickl S., Wachtel H., Bolz W., Hürzeler M.B.; *Covering of gingival recessions with a modified microsurgical tunnel technique: case report*; Int J Periodontics Restorative Dent. 2007 Oct;27(5):457-63.



ACCADEMIA ITALIANA
DI CONSERVATIVA

XVI Congresso Nazionale TESSUTO DENTALE: MANTENIMENTO E RESTAURO

"Diagnosticare prima per curare e conservare meglio"

Palazzo dei Congressi - Riva del Garda - 19 - 20 Aprile 2013

Venerdì 19 aprile		Sabato 20 aprile	
08.00 - 09.00 Registrazione partecipanti	PRESIDENTE DI SEDUTA Fabio Toffenetti	PRESIDENTE DI SEDUTA Massimo Buda	PRESIDENTE DI SEDUTA Roberto Genovesi
09.00 - 09.15 F. Manfrini Presentazione del Congresso e apertura lavori	14.35 - 14.50 Moderatore A. Monari Introduzione tema: batteri, adesione e microinvasività	09.05 - 09.20 Moderatore M. Oddera Introduzione tema: restauri dei settori posteriori	14.20 - 14.35 Moderatore C. Robello Introduzione tema: restauri dei settori anteriori
PRESIDENTE DI SEDUTA Giancarlo Pescarmona	14.55 - 15.35 L. Francetti La terapia causale in preparazione alla terapia conservativa	09.25 - 10.05 G. Agudio Il mantenimento: strumento per conservare lo stato di salute dentale e parodontale	14.40 - 15.20 V. Devoto Longevità dei restauri anteriori diretti
09.15 - 10.00 M. Tonetti Lectio Magistralis	15.40 - 16.20 L. Breschi, G. Sammarco Aspetti microbiologici legati ai materiali adesivi	10.05 - 10.20 Comunicazione del Presidente	15.25 - 16.05 S. Valbonesi Longevità dei restauri anteriori indiretti
10.05 - 11.20 J.D.B. Featherstone Eziopatogenesi ed epidemiologia della carie. Valutazione e controllo dei fattori di rischio della carie	16.20 - 16.50 BREAK	10.25 - 11.05 P. Ferrari Longevità dei restauri posteriori diretti	16.10 - 16.40 C. Robello Tavola Rotonda. Domande ai relatori
11.20 - 11.50 BREAK	16.50 - 17.30 S. Giani Sigillature e tecniche microinvasive	11.05 - 11.45 BREAK	16.45 F. Manfrini Chiusura del Congresso
11.50 - 12.30 S. Patroni, M. Nuvina Perdita di sostanza dentale da cause non batteriche	17.35 - 18.20 M. A. Allegri Il restauro: livelli di invasività	11.45 - 12.25 M. Veneziani Longevità dei restauri posteriori indiretti	18.00 Assemblea dei Soci Attivi Grand Hotel du Lac
12.35 - 13.15 M. Rosa Mantenimento dei denti decidui in funzione ortodontica e occlusale	18.20 - 18.35 A. Monari Conclusioni	12.30 - 13.00 M. Oddera Tavola Rotonda. Domande ai relatori	
13.15 - 14.30 COLAZIONE DI LAVORO Tensostuttura adiacente al Palacongressi	20.30 CENA OFFERTA DA AIC al Palameeting	13.00 - 14.15 Colazione di lavoro Tensostuttura adiacente al Palacongressi	

Cari amici, cari colleghi, cari congressisti ancora una volta il primo appuntamento scientifico della stagione coincide con il Congresso Nazionale, che si svolgerà a Riva del Garda in Trentino il 19 e 20 aprile 2013, nella collaudata sede del Palazzo dei Congressi. Il tema di fondo del congresso potrebbe apparire semplice, ma al contrario è ambizioso occupandosi di un argomento di sicuro interesse e cioè: "Tessuto dentale: mantenimento e restauro. Diagnosticare prima per curare e conservare meglio". Sappiamo che eseguire una corretta diagnosi, individuando i fattori di rischio che possono compromettere il tessuto dentale, significa impostare le cure nella giusta direzione. Consideriamo altresì che, se per noi la corretta diagnosi costituisce un vero e proprio dovere professionale, per il paziente l'esatta valutazione del caso rappresenta nientemeno che un fondamentale diritto. L'approccio giusto e corretto è quindi la base per intraprendere la fase della terapia, anch'essa irta di ostacoli, superati i quali, si apre il ciclo della terapia di supporto. In questo contesto il controllo dell'infiammazione e dei fattori di rischio, il monitoraggio dei lavori eseguiti, sono elementi indispensabili per il mantenimento a lungo termine delle prestazioni effettuate. Pertanto non mi resta che confidare in una cospicua partecipazione ai lavori congressuali, nella malcelata certezza di suscitare il vostro interesse e l'entusiasmo dei più giovani. Ringrazio fin d'ora chi si sta adoperando e continuerà a farlo per l'organizzazione dell'evento. Arrivederci quindi in riva al Benaco.

Francesca Manfrini

10

ESPANSIONE OSSEA CONTROLLATA CON DRILL BONE EXPANDERS (D.B.E.): VARIABILI E POLIFUNZIONALITÀ

Dott. Andrea Bastieri



*Laurea magna cum laude in Odontoiatria presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Perugia.
Segretario sindacale dell'AIO Umbria anni 2003-2005.
Vicepresidente AIO Umbria negli anni 2006-2008.
Autore e coautore di pubblicazioni su riviste nazionali, attualmente svolge la libera professione a Matera dedicandosi in particolare alla chirurgia implantare e alla protesi.*

Abstract

L'articolo si prefigge il fine di fornire un quadro ampio e il più possibile completo riguardo le funzionalità del Drill Bone Expander (D.B.E.) System nelle metodiche di espansione ossea controllata.

Introduzione

Il concetto di implantologia protesicamente guidata è oramai un assunto fondamentale della moderna implanto-protesi, che trova applicazione in tutti i casi che i clinici quotidianamente devono affrontare. La posizione dell'impianto non deve essere cioè dettata da dove il chirurgo trova una quantità adeguata di tessuto osseo residuo, bensì da una scrupolosa pianificazione protesica, fatta a priori, che stabilisca il punto ideale per poter successivamente avere un corretto scarico delle forze, profilo d'emergenza, gestione dei tessuti etc.

È inoltre altrettanto certo che una delle maggiori limitanti anatomiche, che può impedire il corretto posizionamento degli impianti, è data proprio dai riassorbimenti ossei orizzontali e/o verticali.

Alla luce di queste due evidenze risulta quindi chiaro come, quando ci si trovi in presenza di una perdita ossea tale da precludere un'adeguata riabilitazione implanto-protetica, sia necessario o, ancor di più, indispensabile ricorrere a tecniche rigenerative atte a ripristinare una nuova e sufficiente anatomia ossea.

A tal fine l'utilizzo del Drill Bone Expander D.B.E. System si è rivelata, nella nostra pratica clinica quotidiana, una metodica estremamente utile, semplice e soprattutto versatile in grado di fornire un supporto concreto in molte delle situazioni in cui siamo dovuti ricorrere a tecniche di rigenerazione ossea.

Materiali e metodi

Una delle situazioni più frequenti che il chirurgo deve affrontare e in cui l'utilizzo del D.B.E. System può essere fondamentale è sicuramente quella degli impianti post-estrattivi.

Molto spesso infatti, soprattutto quando la mancanza di un sufficiente spessore osseo apicale o una densità inadeguata ci impediscono l'inserimento di impianti più lunghi, la difficoltà maggiore risiede proprio nel raggiungimento di una stabilità primaria minima che garantisca una perfetta osteointegrazione dell'impianto stesso.



01a
Elemento 12 fratturato



02
Guarigione dei tessuti

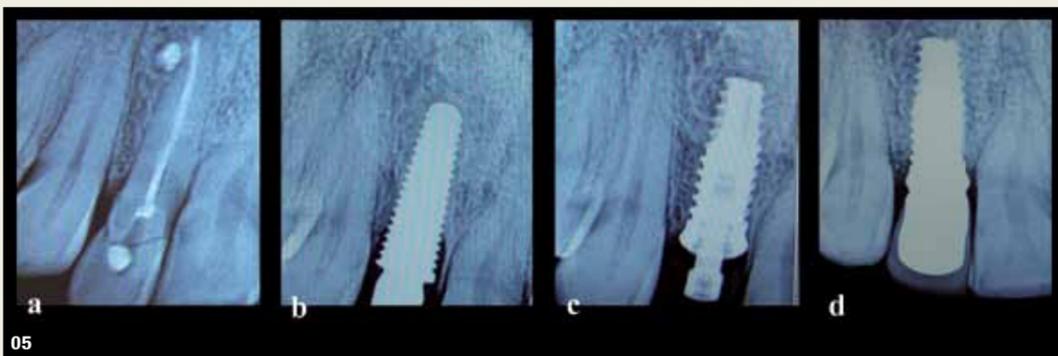


03
Impronta di precisione

Nel **primo caso clinico** in esame la paziente, 54 anni, senza patologie di carattere generale e non fumatrice, si presenta alla nostra attenzione per la frattura da trauma di un incisivo laterale superiore di destra (Fig. 01). Valutata la non recuperabilità dell'elemento dentale compromesso, si procede con la pianificazione dell'intervento che consiste nell'estrazione dello stesso, accurato curettage dell'alveolo, ed utilizzo del D.B.E. System, al fine di ottenere una adeguata stabilità primaria dell'impianto (Premium Ø 3.80 SP da 13 mm) all'interno dell'alveolo traumatizzato. A tre mesi di distanza, si può apprezzare (Fig. 02) il buon condizionamento dei tessuti da parte del provvisorio e la conseguente impronta (Fig. 03). Si procede quindi con la finalizzazione del caso mediante corona in ceramica (Fig. 04). Analisi ultima con sequenza radiografica delle varie fasi della riabilitazione (Fig. 05).



04
Corona in ceramica definitiva



05
Analisi radiografica

Nel **secondo caso clinico** la paziente di 27 anni si presenta per una carie distruttiva dell'elemento 2.4 (Fig. 06). Anche in questo caso, come nel precedente, utilizzeremo una tecnica postestrattiva flapless (Fig. 07) e, valutata la sottigliezza del setto interradicolare, opteremo per l'utilizzo del D.B.E. System al fine di distrarre vestibolarmente il setto stesso, utilizzandolo come appoggio per l'impianto (Premium Ø 3.80 SP da 13 mm) (Figg. 08-09-10). A quattro mesi dal carico immediato, si nota la buona risposta tissutale (Fig. 11) e si procede quindi alla presa dell'impronta (Fig. 12). Valutazione finale estetica e radiografica (Figg. 13-14).



06
Radiografia iniziale



07
Sito postestrattivo



08
Espansione con D.B.E. System



09
Inserimento dell'impianto Premium



10
Impianto in posizione



11
Condizionamento tissutale



12
Impronta di precisione



13
Radiografia Finale



14
Caso ultimato

12

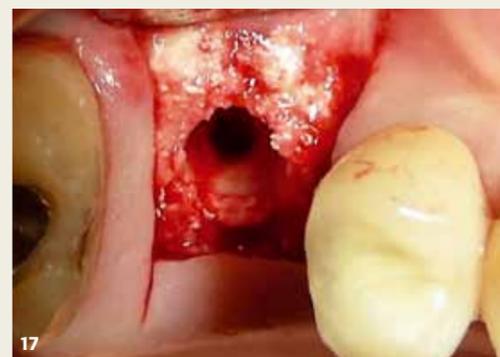
Il **terzo caso** mostra invece la perdita, sempre per carie destrutturante, dell'elemento 1.6 in un paziente di 32 anni non fumatore. In questo caso all'estrazione è seguita una tecnica rigenerativa con biomateriale a base di idrossiapatite (ENGLipore®) ed un'attesa di 9 mesi prima della nuova analisi radiografica (Fig. 15) mediante TC Dental-Scan. Al reintervento si procede con l'utilizzo del D.B.E. System al fine di dislocare in maniera atraumatica il pavimento del seno mascellare (Fig. 16-17) ed inserire contestualmente l'impianto (Premium Ø 5.00 SP da 11.5 mm).



Particolare della TC Dental-Scan



Espansione con D.B.E. System



Visione occlusale



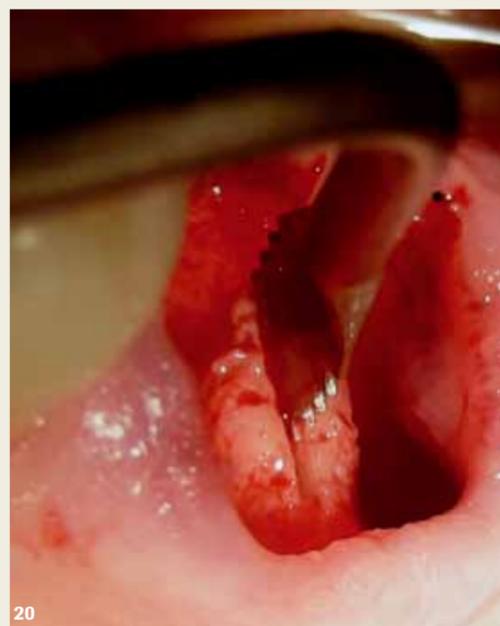
Guarigione dei tessuti



Analisi radiografica

Dopo 4 mesi dall'intervento si può apprezzare l'ottima guarigione dei tessuti (Fig. 18) e procedere quindi con la finalizzazione del caso. Analisi mediante radiografie digitali intraorali delle varie fasi della riabilitazione (Fig. 19).

Nel **quarto ed ultimo caso** infine il paziente, 39 anni in buone condizioni di salute generale, fumatore, si presenta con un elemento 3.6 irrimediabilmente compromesso. Iniziamo quindi con l'estrazione delle radici e, valutata la buona condizione del setto interradicolare, procediamo alla sua distrazione mediante frese soniche (Fig. 20) e D.B.E. System (Figg. 21-22). Una volta raggiunto il volume necessario inseriamo quindi l'impianto (Premium Ø 4.25 SP da 11.5 mm). Valutazione a 45 giorni della guarigione superficiale (Fig. 23). Attesa di 3 mesi e riabilitazione finale (Fig. 24). Valutazione radiografica finale delle varie fasi della riabilitazione (Fig. 25).



Sezionamento del setto con fresa sonica



Distrazione con D.B.E. System



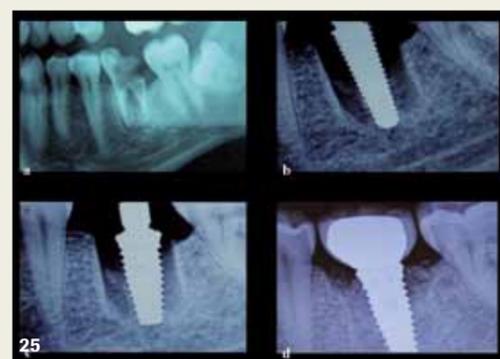
Particolare della distrazione del setto



Guarigione a 45 giorni



Finalizzazione con corona in ceramica



Analisi radiografica del caso

Discussione e Conclusioni

Spesso le tecniche classiche di espansione ossea che prevedono l'utilizzo del martelletto possono essere traumatiche per il paziente: la forza che si esercita sul martello stesso infatti risulta essere un fattore estremamente soggettivo ed operatore-dipendente.

L'espansione ossea controllata mediante l'utilizzo del D.B.E. System si è rivelata semplice e affidabile, ben tollerata dai pazienti e con risultati clinici sovrapponibili a quelli ottenuti con tecniche classiche.

Si ringrazia il Sig. Paolo Barone per la valida parte odontotecnica.

Bibliografia

1. Chiapasco M., Ferrini F., Casentini P., Accardi S., Zaniboni M.; *Dental implants placed in expanded narrow edentulous ridges with the Extension Crest device. A 1-3-year multicenter follow-up study*; Clin Oral Implants Res. 2006 Jun;17(3):265-72
2. Blus C., Szmukler-Moncler S.; *Split-crest and immediate implant placement with ultra-sonic bone surgery: a 3-year life-table analysis with 230 treated sites*; Clin Oral Implants Res. 2006 Dec;17(6):700-7
3. Peñarrocha M., Pérez H., Garcíá A., Guarinos J.; *Benign paroxysmal positional vertigo as a complication of osteotome expansion of the maxillary alveolar ridge*; J Oral Maxillofac Surg. 2001 Jan;59(1):106-7
4. Araujo M.G., Wennstrom J.L., Lindhe J.; *Modeling of buccal and lingual bone walls of fresh extraction sites following implant installation*; Clin Oral Impl Res 2006b; 17:606-614
5. Bholá M., Neely A.L., Kolhatkar S.; *Immediate implant placements: clinical decisions, advantages and disadvantages*; J of Prosthodont 2008;576-581
6. Demarosi F., Leghissa G.C., Sardella A., Lodi G., Carrassi A.; *Localised maxillary ridge expansion with simultaneous implant placement: a case series*; Br J Oral Maxillofac Surg. 2009 Oct;47(7):535-40. Epub 2009 Jan 15
7. Jensen O.T., Cullum D.R., Baer D.; *Marginal bone stability using 3 different flap approaches for alveolar split expansion for dental implants: a 1-year clinical study*; J Oral Maxillofac Surg. 2009 Sep;67(9):1921-30
8. Botticelli D., Berglund T., Lindhe J.; *Hard tissue alteration following immediate implant placement in extraction sites*; J Clin Periodontol 2004;31:820-828
9. Fugazzotto P.; *Implant placement in maxillary first pre-molar fresh extraction sockets: description of technique and report of preliminary results*; J Periodontol 2002;73:669-674
10. Matarasso S., Salvi G.E., Iorio Siciliano V., Cafiero C., Blasi A., Lang N.P.; *Dimensional ridge alterations following immediate implant placement in molar extraction sites: a sixmonth prospective color study with surgical re-entry*; Clin Oral Impl Res 2009;1092-1098
11. Paolantonio M., Dolci M., Scarano A., D'archivio D., Di Placido G., Tumini V., Piattelli A.; *Immediate implantation in fresh extraction sockets. A controlled clinical and histological study in man*; J Periodontol 2001;72:1560-157
12. Swartz-Arad D., Laviv A., Levin L.; *Survival of immediately provisionalized dental implants placed immediately into fresh extraction sockets*; J Periodontol 2007;78:219-223
13. Scropp L., Isidor F.; *Timing of implant placement relative to tooth extraction*; J of Oral Rehab 2008;35:33-43
14. Covani U., Crespi R., Cornelini R., Barone A.; *Immediate implants supporting single crown restoration: a 4-year prospective study*; J Periodontol 2004;75:982-988
15. Barone A., Aldini N.N., Fini M., Giardino R., Calvo Guirado J.L., Covani U.; *Xenograft versus extraction alone for ridge preservation after tooth removal: a clinical and histomorphometrical study*; J Periodontol 2008;79(8):1370-7
16. Chen S.T., Wilson T.G. Jr, Hammerle C.H.; *Immediate or early placement of implants following tooth extraction: review of biologic basis, clinical procedures, and outcomes*; Int J Oral Maxillofacial Implants 2004;19 suppl:12-25. Review.
17. Al-Harbi S.A., Edgin W.A.; *Preservation of soft tissue contours with immediate screw-retained provisional implant crown*; J Prosthet Dent 2007;98(4):329-32
18. Crespi R., Cappare P., Gherlone E.; *Radiographic evaluation of marginal bone level around platform-switched and non platform-switched implants used in an immediate loading protocol*; Int J Oral Maxillofac Implants 2009;24(5):920-6
19. Canullo L., Fedele G.R., Iannello G., Jepsen S.; *Platform switching and marginal bone level alterations: the results of a randomized-controlled trial*; Clin Oral Impl Res 2010;21:115-121
20. Degidi M., Iezzi G., Scarano A., Piattelli A.; *Immediately loaded titanium implant with a tissue-stabilizing/maintaining design (beyond platform switch) retrieved from man after 4 weeks: a histological and histomorphometrical evaluation. A case report*; Clin Oral Implants Res 2008;19(3):276-82. Epub 2007 Dec 13

D.B.E. System: Drill Bone Expander del Dott. A. Grosso

Il D.B.E. (Drill Bone Expander) System, disegnato dal Dott. A. Grosso, rappresenta una nuova concezione nella preparazione del sito implantare, basata su un sistema di viti atraumatiche a doppio passo innestate su di un apposito manico, bypassando anche l'utilizzo delle frese chirurgiche standard. Questa sistematica permette di espandere l'osso in modo controllato. Il braccio di leva lungo dato dal manico, con le viti inserite in modo progressivo, permette di spostare facilmente la parete di osso interessata mano a mano che si procede avvitando, così da creare un sito implantare ampio e di inserire l'impianto nella posizione voluta in un sito a quattro pareti.



Il protocollo consiste nello scolpire un lembo a spessore parziale, utilizzare la piezochirurgia o la sonichirurgia per tagliare in cresta per circa 9 mm di profondità ed eseguire dei rilasci mesiali e distali. Il passo successivo è quello di un invito nella corticale con una fresa a rosetta di diametro 1.8 per circa 2-3 mm.

Il sistema D.B.E. drill bone expander in sequenza determinerà la dislocazione del piatto corticale. La forma delle spire permette inoltre che le viti procedano in modo autofilettante in tutte le condizioni di osso di tipo 3 e 4, così da creare un sito per la collocazione dell'impianto senza scolpire un lembo bensì utilizzando un semplice bisturi circolare. Il sistema DBE può essere utilizzato con facilità anche nella tecnica flapless, nel post-estrattivo e nel mini rialzo di seno mascellare sfruttando in questo caso la forma delle sue viti con punta arrotondata per poter creare uno spostamento di espansione localizzata del pavimento del seno.



14

Le terapie riabilitative con impianti



Si

Numerosi studi sia sperimentali che clinici hanno affrontato la valutazione del successo implantare nel caso di siti postestrattivi immediati, e i risultati di tutti questi studi hanno dimostrato che si tratta di un protocollo terapeutico predicibile e sicuro.

Gli studi hanno dimostrato che, in seguito all'estrazione di un dente, la cresta ossea subisce notevoli modifiche morfologiche in senso orizzontale, sia in caso di impianto post-estrattivo che di inserimento differito.

In particolare, la parete vestibolare presenta sempre il maggior rischio di riassorbimento osseo, e di questa considerazione i clinici devono tener conto per evitare insuccessi estetici.

Il corretto posizionamento implantare, eventualmente associato all'utilizzo delle tecniche rigenerative, aiuta a prevenire il riassorbimento osseo intorno agli impianti postestrattivi e ad ottenere la migliore guarigione possibile.

- Covani et al., JOP 2003, 78-63
- Barone et al., IO 2004, 37-40
- Covani et al., JOMI 2004, 549-553
- Covani et al., JOP 2004, 982-988
- Covani et al., JOP 2004, 1605-1612
- Barone et al., Int J Perio Rest Dent 2008, 283-289

- Covani et al., JOP 2007, 810-815
- Covani et al., JOP 2007, 1644-1699
- Covani et al., JOMI 2008, 841-846
- Crespi et al., JOP 2010, 378-383
- Barone et al., JOP 2006, 1914-1920
- Crespi et al., JOMI 2007, 955-962
- Crespi et al., JOMI 2008, 753-758

- Crespi et al., JOP 2010, 1629-1634
- Maiorana et al., J Oss 2009, 95-100
- Crespi et al., Int J Perio Rest Dent 2012, 29-37
- Covani et al., JOP 2012, 1226-1234

post-estrattivi immediati sono sicure?



Tutti gli studi citati sono stati eseguiti con impianti Sweden & Martina.



Per maggiori dettagli consultare **SCIENTIFICA**,
Rassegna Bibliografica di Implantologia, Vol. 1 e Vol. 2.
Per richiedere una copia gratuita dei due volumi contattare
l'agente di zona oppure compilare la richiesta di invio nel modulo
online al link <http://www.sweden-martina.com/rassegnascientifica.asp>

I seguenti studi hanno riportato una percentuale molto elevata di sopravvivenza:

Covani et al., JOP, 2004

- 163 impianti
- **97% successo a 4 anni**

Barone et al., JOP 2006

- 18 pazienti
- 18 impianti
- **100% successo a 12 mesi**

Covani et al., JOP 2007

- 10 pazienti
- 10 impianti
- **successo 100% a 12 mesi**

Crespi et al., JOMI 2007

- 27 pazienti
- 150 impianti
- **100% successo a 18 mesi**

Crespi et al., JOMI 2008

- 40 impianti
- **100% successo a 24 mesi**

Crespi et al., JOP 2010

- 37 pazienti,
- 275 impianti
- **98.9% successo a 4 anni**

Crespi et al., JOP 2010;

- 30 pazienti
- 30 impianti
- **100% successo a 24 mesi**

*Crespi et al., Int J Perio Rest Dent
2012*

- 15 pazienti
- 20 impianti,
- **100% successo a 24 mesi**

Covani et al., J Perio 2012

- 159 impianti
- 91 pazienti
- **91,8% successo a 10 anni**

Il corretto posizionamento, l'associazione di eventuali terapie rigenerative, il ricorso a tecniche di Platform Switching possono prevenire insuccessi di tipo clinico o estetico.

Dagli studi emergono le seguenti indicazioni:

Posizionare gli impianti **più profondi e più linguali** (o palatali).

- *Caneva et al., COIR 2010, 43-49*

Evitare di riempire l'alveolo con impianti di largo diametro: non aiutano a mantenere lo spessore osseo, **meglio impianti di diametro standard.**

- *Caneva et al., COIR 2012, 369-401*

Il protocollo post-estrattivo è stato eseguito con successo sia con impianti **conici** che con impianti **cilindrici.**

- *Caneva et al., COIR 2010, 885-890*

L'uso contestuale di **materiale da innesto e di membrane in collagene**, in particolare in presenza di difetti vestibolari, aiuta a mantenere gli **spessori ossei.**

- *Caneva et al., COIR 2011, 512-517*

- *Caneva et al., COIR 2012, 106-112*

- *De Santis et al., COIR 2011, 1-8*

- *Caneva et al., 2012, 789-797*

- *Caneva et al., 2010, 891-897*

Il ricorso a tecniche di **platform switching** aiuta ulteriormente a **prevenire il riassorbimento osseo** perimplantare e ad ottenere un'estetica di successo.

- *Canullo et al., COIR 2009, 414-420*

- *Canullo et al., Int J Prost 2009, 277-282*

Clinical study of flap design to increase the keratinized gingiva around implants. 4-Year follow-up

Crespi R., Bruschi G.B., Capparé P., Gherlone E.; *Journal of Oral Implantology. Early View, First Published online on 2012, November 12th*



JOI JOURNAL OF ORAL IMPLANTOLOGY



Leggi l'abstract originale

Questo studio sottolinea l'importanza di mantenere quanto più possibile gengiva cheratinizzata intorno agli impianti, in quanto ciò può apportare grandi vantaggi nella fase di riabilitazione protesica, sia da un punto di vista clinico che da un punto di vista estetico: grazie alla stabilità del tessuto, l'area perimplantare è protetta durante la fase di osteointegrazione, ed è possibile ristabilire un'estetica piacevole e naturale dei contorni protesici.

Al fine del mantenimento del tessuto cheratinizzato, un ruolo fondamentale è giocato dalla preparazione di lembi a spessore parziale. Per la realizzazione di questo studio sono stati coinvolti 85 pazienti, nei quali sono stati inseriti 131 impianti Sweden & Martina.

In tutti i casi, prima dell'inserimento delle fixture è stata eseguita una misurazione della mucosa cheratinizzata, e successivamente è stata eseguita un'incisione per ottenere un lembo a spessore parziale con il tessuto cheratinizzato disponibile.

Dopo l'inserimento degli impianti il lembo è stato riposizionato e suturato a punti lassi, così da ottenere una guarigione per seconda intenzione. La tecnica operatoria con lembo a spessore parziale si è dimostrata al follow-up dei 4 anni in grado di preservare il mantenimento dei tessuti molli cheratinizzati, poiché in tutti i casi si è assistito all'aumento del loro spessore e alla presenza di una buona estetica.

Effect of titanium abutment plasma cleaning on peri-implant bone level changes: Randomized controlled trial, preliminary results

Canullo L., Micarelli C., Clementini M.

Questo interessante studio, oggetto del poster vincitore del Premio Martignoni al Congresso AIOB Bologna 2012, ha valutato l'esito della decontaminazione con plasma di Argon sui pilastri in titanio, in grado di rimuovere totalmente gli agenti contaminanti dalla superficie dei pilastri, che sono fattori in grado di influenzare negativamente la risposta infiammatoria dei tessuti perimplantari: lo studio ha pertanto messo in evidenza il miglioramento dell'adesione cellulare all'abutment trattato con il plasma.

Lo studio ha coinvolto 20 pazienti, che 6 mesi prima avevano subito estrazioni dentali nelle regioni anteriori o premolari, e nei quali erano stati successivamente inseriti impianti Premium SP da 3.8 mm di diametro.

Otto settimane dopo il posizionamento delle fixture, al momento della connessione dei pilastri, i pazienti sono stati divisi in due gruppi: ad un gruppo sono stati inseriti abutment trattati con plasma ad Argon, all'altro abutment trattati con i tradizionali metodi di pulizia in laboratorio tramite vaporizzazione.

Dalle radiografie effettuate 18 mesi dopo la riabilitazione protesica è risultato che nel gruppo di pazienti con abutment non trattati al plasma vi era presenza di microparticelle batteriche sulla superficie e sulla connessione dell'abutment. Il gruppo con pilastri trattati con plasma ad Argon, invece, non presentava alcuna traccia di contaminazione né di proliferazione batterica.

Ne consegue che la preventiva rimozione dei residui particellari dalla superficie degli abutment per mezzo di plasma ad Argon ne inibisce la contaminazione batterica e, di conseguenza, favorisce un miglior mantenimento dei tessuti perimplantari e del livello osseo.



PREMIO MARTIGNONI
Congresso A.I.O.P.

Bone-healing pattern at the surface of titanium implants: an experimental study in the dog

Rossi F., Lang N.P., De Santis E., Morelli F., Favero G., Botticelli D.;

Clin. Oral Impl. Res. 00, 2013, 1-8 doi: 10.1111/clr.12097

Esce in anteprima on line su COIR lo studio integrale del gruppo Ardec di cui era stato presentato il poster scientifico in occasione dell'ultimo EAO di Copenhagen. La ricerca si proponeva di analizzare gli stadi precoci della guarigione di impianti inseriti in selle alveolari guarite, esaminando istologicamente il pattern di osteointegrazione a 5, 10, 20 e 30 giorni. Questa analisi ha permesso di verificare come il comparto corticale e quello trabecolare seguano modalità e tempistiche diverse di apposizione di nuovo osso mineralizzato: in particolare, la regione corticale appare interessata da attività osteoclastica per tutto il periodo di osservazione, mentre nella regione spongiosa le cellule mesenchimali dimostrano da subito un'intensa attività osteogenica.

Malgrado queste differenze, in entrambi gli strati ossei a un mese dall'inserimento dell'impianto è stato identificato osso residuale, i cui frustoli sembrerebbero comunque coinvolti nell'iniziale formazione di osso.



CLINICAL
ORAL IMPLANTS
RESEARCH



Leggi l'abstract originale



L'implantoprotesi ieri, oggi, domani

Dott. Roberto Cocchetto

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Padova, specializzato in Odontostomatologia Presso l'Università di Verona, ha preso parte ai programmi di aggiornamento continuo dell'Università di Southern California (USC- Los Angeles) dal 1980 al 1982 nel dipartimento di Protesi. Docente al Corso di perfezionamento in Implantologia presso l'Università "G. d'Annunzio" di Chieti. Svolge attività libero professionale e didattica a Verona limitatamente a protesi e implantologia. Su tali argomenti da diversi anni tiene corsi e conferenze a livello nazionale e internazionale.

Dott. Cocchetto, come prima cosa non possiamo esimerci dal ricordare insieme a Lei la figura e il ruolo del Dott. Vincenzi. In che misura la vostra lunghissima amicizia e collaborazione ha influito sul Suo approccio all'odontoiatria e, in particolare, all'implantoprotesi?

L'incontro umano e professionale con il compianto amico Giampaolo Vincenzi ha rappresentato una svolta fondamentale per me. L'unione delle nostre specifiche competenze, la sua per la Parodontologia e la mia per la Protesi, è stato particolarmente fecondo perchè siamo partiti a quel tempo, più di 20 anni fa, con i giusti presupposti nell'implantologia: l'attenzione allo sviluppo dei siti implantari con le tecniche di rigenerazione ossea e la cura dei tessuti molli, inserite in una corretta progettazione ed esecuzione dei casi implantoprotesici dal punto di vista biomeccanico ed estetico. Il successo clinico a lungo termine ne è la risultante.

"One abutment – One Time", Platform Switching, morfologie implantari: come si relazionano fra di loro questi fattori nella gestione/mantenimento/stabilità dei tessuti perimplantari?

Il concetto "one abutment-one time" che ho sviluppato e insegnato da più di dieci anni, è nato dalla mia convinzione, confermata poi dall'esperienza clinica e ormai anche dalla letteratura scientifica, che sia opportuno sia dal punto di vista biologico sia da quello della semplicità operativa ridurre al minimo le disconnessioni fra impianto e abutment. Si previene in tal modo la contaminazione batterica dell'impianto e ne traggono beneficio salute e stabilità dei tessuti periimplantari. La tecnica del Platform Switching su cui ho lavorato fin dal suo sviluppo con Richard Lazzara va nella stessa direzione e quindi è sinergica alla precedente. La morfologia implantare è meno rilevante se non per la ovvia e necessaria qualità geometrico/meccanica che deve avere la connessione implantoprotesica.

Perimplantiti, se ne fa un gran parlare. Quali sono ad oggi i dati del consensus? Come prevenirle? E qual è la Sua esperienza al riguardo?

Fortunatamente la periimplantite non è presente in maniera rilevante nella mia casistica clinica. Sicuramente è generata dall'interazione di più fattori fra cui la contaminazione batterica della superficie implantare e perciò necessità di controllo di placca nella sua prevenzione, ma penso che ci sia un ruolo, non ancora ben chiarito, anche del sistema immunitario. Infatti anche con impianti a superficie "liscia" e in pazienti con discreta igiene orale, la sua progressione è spesso inarrestabile. È anche difficilmente spiegabile che in certi casi impianti vicini vengano interessati in modo diverso, se non per analogia a quanto succede in certe forme localizzate di malattia parodontale. Insomma, una entità clinica sempre più rilevante ma in buona parte ancora da decifrare.

Nella formazione di un giovane odontoiatra, qual è secondo Lei il grado di preparazione fornito dall'Università e quali sono le aspettative sulla formazione post-universitaria?

Non ho sufficienti conoscenze per esprimere un parere articolato su questo argomento. Penso che mediamente la preparazione teorica dei neolaureati sia buona, mentre per quella pratica le situazioni cambiano da sede a sede e questo dislivello andrebbe colmato. Lo stesso vale per la formazione post universitaria che comunque sembra ancora abbastanza lontana dal raggiungere in modo diffuso l'organizzazione e l'efficacia di quella presente in altri Paesi.

Cosa suggerirebbe ad un giovane odontoiatra, neolaureato, che volesse avvicinarsi all'implantoprotesi?

Essendo l'implantoprotesi uno degli aspetti della odontoiatria protesica suggerirei di darle la giusta posizione in una corretta pianificazione dei casi da trattare, senza dimenticare la possibilità di includere una ben eseguita protesi su pilastri naturali fra le opzioni terapeutiche. Inoltre penso che oggi si tolgano troppi denti che potrebbero essere mantenuti e temo che l'implantoprotesi finisca per essere una scorciatoia più veloce, ma spesso non altrettanto efficace, nella soluzione dei casi. Sarebbe uno svilimento e un pessimo servizio ai pazienti. La frenesia delle soluzioni immediate e "definitive" proposte come "moderne", "low cost" e "no problem", fatte a spese di una buona odontoiatria conservativa, è sotto gli occhi di tutti. Ma è anche una questione di educazione dei pazienti e di etica degli operatori.

Lei è co-autore insieme al Dott. Luigi Canullo e al Dott. Ignazio Loi di un bellissimo libro edito da Quintessenza, dal titolo "Rimodellamento Osseo Perimplantare: Background Scientifico e Implicazioni Cliniche". Questo libro, come sappiamo, sta avendo un ottimo riscontro. Possiamo attenderci nuove iniziative editoriali in avvenire?



Il libro è stato una bella avventura in cui Luigi Canullo ha voluto coinvolgere anche me ed Ignazio Loi. Senza la sua giovane energia e insistenza, oltre naturalmente alla sua competenza, il libro non avrebbe potuto vedere la luce. È stato comunque un lavoro molto impegnativo e mi fa piacere che sia stato accolto con interesse. Per quanto riguarda il futuro vedremo, non escluderei di poter dare ancora un contributo a questa affascinante disciplina che è l'implantoprotesi.

18

Echo Plan: kit per l'implantologia guidata

Dopo due anni di sviluppo e dopo un approfondito trial clinico, Sweden & Martina presenta Echo Plan, il kit chirurgico dedicato all'implantologia guidata che permetterà agli utilizzatori di impianti Premium e Outlink² di lavorare in perfetta compatibilità con i principali software di pianificazione implantare del mercato.

I vantaggi del protocollo guidato sono numerosi, in primis la possibilità di lavorare a cielo coperto, conservando il complesso periosteo, ma con piena consapevolezza delle strutture sub mucose. Altrettanto significativo è il vantaggio di poter inserire con estrema precisione e sicurezza un impianto congruente con le esigenze protesiche, rispettando anche assi di inserimento che in bocca difficilmente potrebbero essere sotto controllo a causa di anatomie particolari o di strutture (dentarie o radicolari) residue.

La strumentazione chirurgica contenuta nel kit è pratica ed ergonomica, studiata appositamente per consentire al clinico un approccio sicuro anche in condizioni chirurgiche di difficoltà. Il tray è concepito in maniera modulare, consente quindi al clinico di poter scegliere l'assortimento di frese per gli impianti Premium oppure per gli impianti Outlink², implementabili comunque tra loro.



Frese per preparazione verticale - Tecnica B.O.P.T. del Dott. Ignazio Loi



In occasione del congresso nazionale SIDOC di Roma, Sweden & Martina ha presentato una selezione di frese diamantate per la preparazione verticale del moncone naturale messa a punto dal Dott. Ignazio Loi.

Il protocollo protesico prende il nome di tecnica B.O.P.T., ossia Biologically Oriented Preparation Technique, a testimonianza del fatto che sono i tessuti stessi che si adattano naturalmente alla preparazione e al restauro.

L'assortimento comprende 17 frese diamantate di forme e grane diverse, le cui morfologie consentono di lavorare in modo da non generare scalini o gronde che impediscano il corretto e naturale adattamento delle mucose. Le diverse grane consentono di arrivare gradualmente alla lucidatura del moncone in maniera da ottenere una finitura superficiale ottimale.

Insieme all'assortimento di frese viene fornito un pratico portafrese in acciaio inox sterilizzabile ed autoclavabile che consente di organizzare gli strumenti in maniera ergonomica.



MAGNETIC MALLET: gamma di strumenti sempre aggiornata

Ad un anno dal lancio in anteprima mondiale dell'esclusivo apparecchio magneto-dinamico per l'espansione di cresta ossea ed il rialzo del seno mascellare l'entusiasmo è ancora crescente. Accogliendo i riscontri degli utilizzatori, il team di Ricerca & Sviluppo di Sweden & Martina ha aggiornato la gamma degli strumenti, arricchendola di dettagli e di nuove forme.

Ecco quindi che tutti i bone expander riportano ora le tacche con esattamente le stesse lunghezze degli impianti Sweden & Martina (7, 8.5, 10, 11.5, 13, 15) agevolando in tal modo l'operatore. È stato inserito come elemento opzionale, acquistabile separatamente, il bone expander di diametro 1.60 mm.

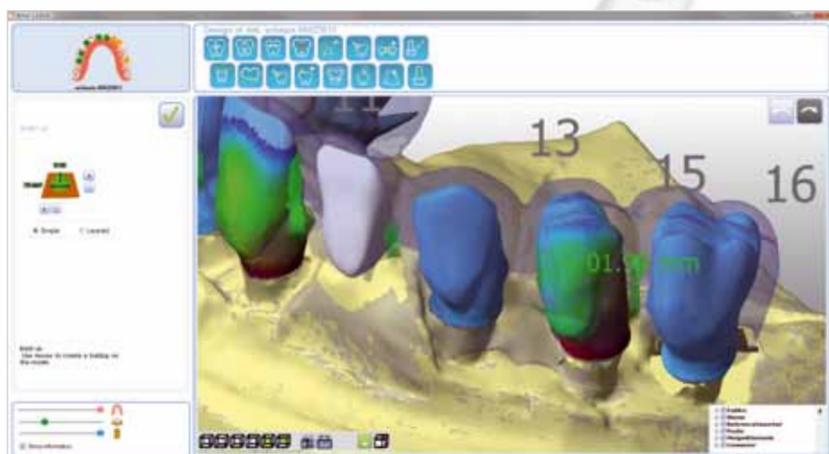
Novità assoluta è il portabeaver che monta lame standard monouso, e che permette un taglio preciso delle creste sottili, mentre lo strumento a lama precedentemente usato per questo scopo (CUT) rimane nel kit standard con uno spessore idoneo per il secondo step dell'espansione della cresta ossea.

È stato inoltre introdotto nel kit uno strumento per agevolare le estrazioni di radici (EXTR) idoneo a fare leva traendo vantaggio dagli impulsi perfettamente calibrati ed efficaci dell'apparecchio.

Infine tutti gli strumenti, ad eccezione del portabeaver, sono disponibili (opzionali) anche a "doppia curva" con un angolo di 40° dall'asse dello strumento per consentire un facile accesso ai posteriori.



Software ECHO 2 Nuovo aggiornamento gratuito



Con un semplice click nell'apposita icona degli aggiornamenti i clienti già attivi possono ora scaricare la nuova release del software CAD Echo2: nuove funzionalità per rendere ancora più semplice la trasformazione in processi digitali delle quotidiane procedure odontotecniche di laboratorio saranno così disponibili istantaneamente.

Segnaliamo in particolare un'immediata verifica degli spessori minimi per la produzione di elementi dentali ed abutment in zirconia: ciò permette di lavorare in sicurezza, affidandosi a dati e misure che si aggiornano automaticamente ad ogni modifica apportata.

Agenti e specialisti di prodotto sono a disposizione per approfondire le novità.



20

Dynamisch und erfolgreich

Implanti PREMIUM in Germania nelle parole del

Dott. Markus Lietzau



Dr. Lietzau, ein äusserst erfolgreicher und dynamischer Implantologe in der deutschen Implantologieszene absolvierte sein Staatsexamen an der Universität Charité in Berlin und erlangte den Titel des Spezialisten in Endodontie. 2008 erhielt er das Diplom der Implantologie der DGI und wird im Juni 2012 zum Micro Dentistry and Micro Surgery Specialist ernannt. Mit einem Postgraduate Titel in Oralchirurgie und Implantologie (MSc) arbeitet er in Berlin.

Il Dott. Lietzau, astro nascente all'orizzonte della scena implantologica tedesca, si laurea all'università Charité di Berlino e consegue il diploma specialistico in endodonzia. Nel 2008 consegue il diploma di implantologia presso la DGI e verrà nominato Micro Dentistry and Micro Surgery Specialist nel mese di giugno 2013. Con un titolo postgraduate in chirurgia e implantologia (MSc) opera nella sua clinica nel centro di Berlino.

Sehr geehrter Herr Lietzau, Sie sind ein sehr erfolgreicher junger Zahnarzt in Berlin, der bereits mehrere tausend Implantate bekannter Unternehmen gesetzt hat. Was hat Sie bewogen, sich mit den Implantaten von Sweden & Martina auseinanderzusetzen?

Als Implantologe habe ich strenge Selektionskriterien wenn mir vorher unbekannte Systeme vorgestellt werden. Die Sammlung der wissenschaftlichen Veröffentlichungen SCIENTIFICA hat mich sofort bestochen und stark beeindruckt. In kurzer Zeit habe ich dort für mich relevante Artikel aussuchen und mich eingehend dokumentieren können, bevor ich die ersten Implantate Premium Kohno setze.

Welche Eindrücke haben Sie während der Eingriffe gehabt?

Die Übersichtlichkeit der Kassette ist vor allem für meine Assistenz sehr wichtig, die Einarbeitung hat uns nur wenig Zeit gekostet. Die Bohrstopps sind sehr hilfreich und geben ein gutes Sicherheitsgefühl. Das selbstschneidende Implantat gab mir sofort den Eindruck hoher Primärstabilität.

Wir beurteilen Sie die Premium Kohno Implantate von Sweden & Martina?

Das einfache Handling, die vergleichsweise kürzere OP-Dauer und das ausgewogene Prothetikkonzept machen das System sehr attraktiv für den deutschen Markt. In dem mittleren Preissegment bietet Sweden & Martina ein hervorragendes Produkt, gepaart mit exzellentem Know How und einer rasch agierenden flexiblen Unternehmensstruktur.

Dott. Lietzau, Lei è un giovane dentista di grande successo a Berlino e ha già inserito migliaia di impianti delle aziende più rinomate. Cosa l'ha indotto ad adoperare gli impianti Sweden & Martina?

Da implantologo, uso rigidi criteri di selezione quando mi vengono presentati sistemi implantari che non conosco. La raccolta delle pubblicazioni scientifiche nel volume SCIENTIFICA mi ha immediatamente affascinato e fortemente impressionato. In breve tempo ho potuto leggere articoli per me molto rilevanti e mi sono documentato prima dei primi interventi con il sistema implantare Premium Kohno.

Che impressioni ha avuto durante l'intervento?

Innanzitutto la chiarezza della disposizione degli strumenti nel kit chirurgico è stata molto importante per la mia assistente: l'addestramento ha richiesto brevissimo tempo. Poi gli stop delle frese sono stati un valido aiuto, dando una forte sensazione di sicurezza. L'impianto autofilettante mi ha immediatamente dato l'impressione di elevata stabilità primaria.

Come giudica gli impianti Premium Kohno della Sweden & Martina?

La maneggevolezza, la semplicità e rapidità delle procedure chirurgiche e le soluzioni protesiche rendono il sistema molto attraente per il mercato tedesco. Nel segmento del prezzo medio, la Sweden & Martina offre un prodotto straordinario accoppiato con un know how eccellente ed una struttura imprenditoriale flessibile e ad azione molto rapida.



Regio 34-37
Regio 34-37



Kieferkammdarstellung von 34-37
Cresta ossea 34-37



Osteotomie
Osteotomia



Bone splitting mit Hammer und Meißel
Bone splitting con martelletto manuale



Implantat PREMIUM straight Ø 3.8 x 10mm
PREMIUM straight Ø 3.8 x 10mm



Implantatinsertion PREMIUM straight Ø 3.8 x 10mm
Inserzione PREMIUM straight Ø 3.8 x 10mm



Lateraler Aufbau mit Knochenersatz und Kollagenmembran
Ricostruzione laterale del sito con sostituto osseo e membrana di collagene



Wundverschluss mit 5.0 monofilem
Faden Chiusura con sutura monofilo 5.0



Roentgenbild post-OP
Radiografia di controllo

Bilder von Marc Hess, Spreegraphen in Berlin
Immagini realizzate da Marc Hess, Spreegraphen, Berlino

Gestione di una paziente in trattamento con bifosfonati (alendronato sodico) da più di 5 anni e sua riabilitazione con carico differito su quattro impianti e con carico immediato su altri due

Dott. Davide Moiraghi, Odt. Vito Minutolo



*Davide Moiraghi, Laureato in odontoiatria e protesi dentale con lode presso l'Università di Pavia.
Libero professionista in Milano.
Da diversi anni dedica particolare attenzione alla chirurgia implantare anche attraverso consulenza presso gli studi dei colleghi.*

*Vito Minutolo, odontotecnico.
Diplomato nel 1984, è titolare del laboratorio Dental Work di Monza.
Relatore A.R.C.O., socio A.I.O.P., e socio attivo A.I.F.O. (Accademia Italiana Fotografia Odontoiatrica)
Ha seguito numerosi corsi di formazione sia in Italia che all'estero, concentrando le proprie capacità nel campo della microscopia collegata alla protesi implantare.
Ha frequentato dei Master in ceramica ed in seguito ha approfondito il lato estetico della protesi, seguendo dei corsi presso l'Oral Designe di Michel Magne.
È autore di alcuni articoli pubblicati a livello nazionale, ed ha partecipato attivamente alla formazione ed allo sviluppo dei gruppi di studio ANTLO presieduti da Renato Compagni, giungendo ad una relazione sull'esperienza delle metodiche dei vari sistemi implantari.*



Introduzione

I pazienti che assumono i bifosfonati sono da considerarsi a rischio odontoiatrico in quanto l'effetto indesiderato di tali farmaci è il rischio di sviluppare l'osteonecrosi dei mascellari in seguito a terapie di chirurgia orale ma anche di scaling e root planing.

I bifosfonati vengono utilizzati nel trattamento dell'osteoporosi, delle metastasi ossee, dell'ipercalcemia maligna, nel mieloma multiplo e nel morbo di Paget.

L'American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS) stabilisce che un paziente è affetto da osteonecrosi dei mascellari quando vi è la concomitanza di tre fattori:

1. è in cura con farmaci bifosfonati o lo è stato;
2. è rilevabile esposizione di tessuto osseo necrotico nel distretto maxillofaciale da più di otto settimane;
3. non ha subito radioterapia nel distretto mascellare.

I fattori di rischio sono legati al tipo di farmaco (potenza e durata della terapia -Alcuni Autori consigliano di non procedere a terapia chirurgica quando la terapia orale è protratta per un periodo maggiore di 3 anni), il rischio sembra essere collegato anche al modo di somministrazione (rischio più elevato quando la somministrazione è per via endovenosa), alla localizzazione e invasività delle manovre (l'osso mandibolare è più colpito rispetto il mascellare), all'età (aumenta con gli anni), al tabagismo, mieloma multiplo, diabete e obesità.

Caso clinico

La paziente di 71 anni si presenta presso il nostro studio nel settembre del 2010. In anamnesi riferisce assunzione da diversi anni, 7/8 anni o forse più, di Fosamax 70 (alendronato-bifosfonati) per osteoporosi severa, e di Hizaard (losartan e diuretici) per la pressione. La Paziente inoltre fuma circa 20 sigarette/die.

All'esame obiettivo si osserva protesi fissa da 13 a 23 e da 33 a 44 e scheletrato con attacchi superiore e inferiore. Con lo status rx e all'OPT è evidente il grave stato di salute parodontale soprattutto dell'arcata superiore.

Prima di procedere con le manovre terapeutiche seguiamo il protocollo di Marx modificato dalla AAOMS nel 2007 che, nel caso di uso di bifosfonati orali da più di 3 anni, prevede:

- sospensione del farmaco 3 mesi prima e 3 mesi dopo la chirurgia, in accordo con il medico curante;
- valutazione del livello sierico di c-teloeptidi(ctx) in prima visita e prima della chirurgia (i valori devono essere maggiori di 150pg/ml);
- profilassi antibiotica.

Abbiamo quindi consultato lo specialista ortopedico che ha sospeso il Fosamax e prescritto il Cacit, e il ctx da un valore iniziale di 10pg/ml dopo 6 mesi è passato a 87pg/ml. Visti i bassi valori e il tabagismo abbiamo cercato di mantenere sotto controllo la situazione con sedute di igiene orale trimestrali. Dopo altri 6 mesi il ctx era ancora a 65 pg/ml e lo scheletrato era sempre più di difficile gestione.

La paziente molto motivata riduce inizialmente il fumo e poi smette di fumare.

Intanto eseguiamo la ceratura diagnostica su cui viene poi realizzata un mascherina radiologica e prescriviamo TAC del mascellare superiore.



Caso clinico iniziale: foto intraorale opt e rx

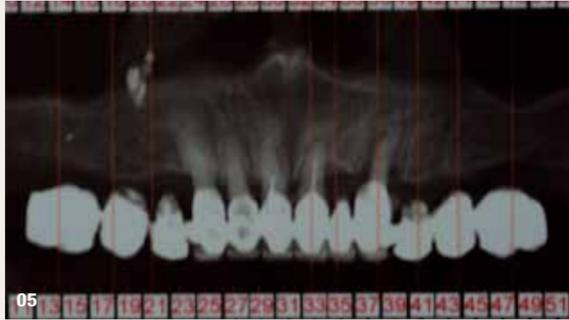
22

Programmiamo due interventi:

Il primo dove inseriamo gli impianti, con tecnica sommersa, nel settore posteriore in posizione 14 16 24 26, quindi nelle selle edentule per ridurre il rischio infettivo in un tessuto poco mineralizzato ma soprattutto poco vascolarizzato data la lunga assunzione dei bifosfonati.

Sono stati eseguiti:

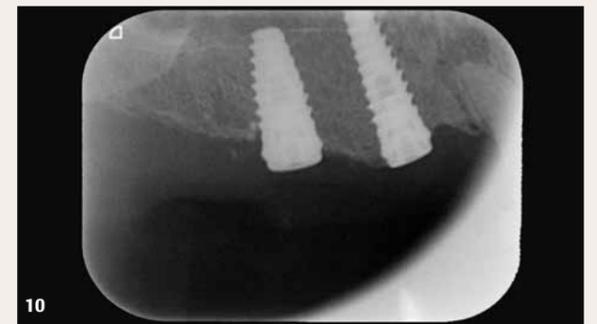
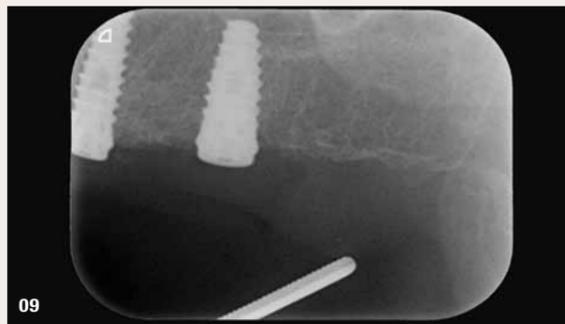
- igiene orale una settimana prima;
- profilassi con claritromicina 500 dal giorno prima e poi una/die per sette giorni;
- sedazione endovenosa con il collega anestesista che ha inoltre somministrato 2 g di cefalosporine di terza generazione (Rocefin);
- medicazione con clorexidina e acqua ossigenata ogni due giorni fino a rimozione delle suture;
- ribasature delle selle dello scheletrato con Hydrocast.



TAC con dima radiologica e opportunamente trasformata in dima chirurgica



Primo intervento. Inserimento degli impianti Kohno (14 - 4,25 x 13 16-5,0 x 10 24-4,25 x 13 26- 5,0 x 10 tutti SP) e rx panoramica di controllo



Il secondo a distanza di 3 mesi: mantenuto lo stesso protocollo, vengono estratte le radici superiori, posizionati due impianti in 12 22, riaperti gli impianti prima posizionati (in posizione 14 16 24 26), e grazie alla mascherina radiologica che, opportunamente trasformata in dima chirurgica prima, e conseguentemente in dima protesica poi, permette di rilevare una impronta di posizione con delle cannule in titanio (pilastri provvisori Simple) in modo da consegnare nell'arco di un giorno una Toronto avvitata provvisoria immediata.



Secondo intervento: riapertura degli impianti e inserimento dei pilastri provvisori Simple (A-MPSA-425 e 500) e suture



Nella stessa seduta abbiamo proceduto con la rimozione del gruppo frontale e inserito due impianti Kohno (12-4,25 x 13 sp 22-3,8 x 13) con stabilità maggiore a 35N



Impronta di posizione con la mascherina chirurgica opportunamente modificata ai fini protesici. I monconi Simple sono stati solidarizzati tra loro con filo da legatura ortodontica e resina autopolimerizzante (Pattern resin) e bloccati, sempre con la resina, alla mascherina.



Realizzazione modello modificato



Fusione di rinforzo e sua cementazione ai monconi Simple



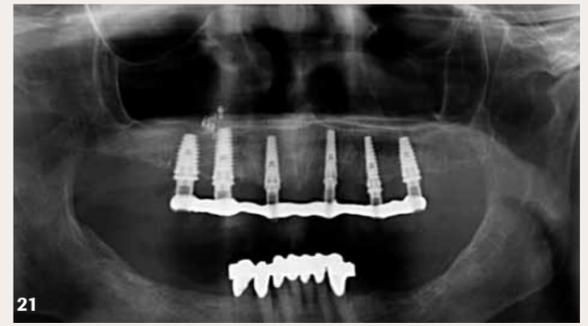
Provvisorio ultimato



19 *Monconi di guarigione per non fare collassare i tessuti prima dell'inserimento del provvisorio*



20 *Posizionamento del provvisorio avvitato il giorno successivo all'intervento*



21 *Controllo radiografico del corretto accoppiamento del provvisorio sugli impianti*



22 *Situazione a una settimana dall'intervento e prima delle rimozione delle suture*

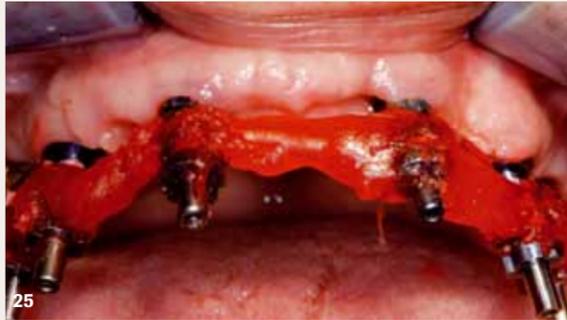
Dopo tre mesi abbiamo finalizzato il caso con una arcata in zirconio integrale traslucente e ceramica solo sulle superfici vestibolari del gruppo frontale e cementata sugli abutment fresati.



23 *Dopo 3 mesi guarigione dei tessuti prima di prendere l'impronta*



24 *Visione occlusale del grado di maturazione dei tessuti molli*



25 *Presenza dell'impronta e solidalizzazione dei transfer attraverso fili di legatura ortodontica e resina (pattern resin) e cucchiaio individuale forato*



26 *Modello definitivo con i monconi preformati*



27 *Ceratura*



28 *Limatura dei monconi in funzione degli spazi determinati dalla ceratura*



29 *Prova estetica, di funzione e occlusione del manufatto in resina poliuretanic*



30 *Realizzazione e colorazione della struttura in zirconio presinterizzato*



31 *Struttura sinterizzata*



32 *Lavoro ultimato: stratificazione ceramica nella zona da 13 a 23 e colorazione zirconio integrale nei settori posteriori*



33



34 *Prova di translucenza*



35 *Caso ultimato*



36 *OPT di controllo*

24

Giuseppe Castorani, Antonio Malagnino, Giancarlo Malagnino

Corso di endodonzia su paziente

Taranto, settembre-dicembre 2012

Si è tenuto presso il centro ospedaliero Giulio Venticinque della Marina di Taranto il primo corso di endodonzia di base **su paziente**, articolato in quattro incontri e coordinato dai dottori **Giuseppe Castorani, Antonio Malagnino, Giancarlo Malagnino**.

Nella parte teorica sono stati affrontati gli argomenti dell'endodonzia di base: apertura della camera pulpare, strumentazione con tecnica simultanea (strumenti Mtwo), tecniche di chiusura con sistema di otturazione verticale (E&Q Master) e sistema di otturazione a caldo (Domino).

Nella parte pratica i partecipanti hanno preventivamente avuto la possibilità di esercitarsi su denti estratti per poi affrontare diverse terapie endodontiche sui pazienti della clinica, sotto la guida dei tutor.

La grande novità del corso è stata certamente la messa in pratica su pazienti delle tecniche apprese durante le lezioni frontali, che ha permesso una migliore comprensione delle stesse e la possibilità di apprezzarne l'efficacia e la semplicità d'uso.



Expo d'Autunno

Milano, 30 novembre - 1 dicembre 2012

Il 6° Expo di Autunno, organizzato a Milano lo scorso 30 Novembre e 1 Dicembre dall'Università del Nord in collaborazione con il Collegio dei Docenti di Odontoiatria, ha sviscerato il tema "Le Terapie mini-invasive in Odontoiatria, risparmio biologico ed economico" enfatizzando l'obiettivo del risparmio biologico nella programmazione delle strategie terapeutiche. Un appuntamento estremamente attuale, con relatori internazionali di grande prestigio.

Meeting di fine anno 2012

Due Carrare (Pd), 21 dicembre 2012



Come di consueto grande festeggiamento in sede con 250 collaboratori nazionali e internazionali di Sweden & Martina, in un clima di condivisione, benessere e successo: così si è concluso a Due Carrare il 2012, premiando numerosi collaboratori che hanno contribuito in modo sostanziale all'espansione aziendale ed al consolidamento della crescita.



17° Congresso Nazionale della SIDOC

Roma, 15-16 febbraio 2013



Dedicato allo "Stato dell'Arte in Odontoiatria Restaurativa: Soluzioni Protesiche e Conservative" il 17° congresso nazionale della SIDOC si è svolto a Roma il 15 e 16 febbraio u.s.. Nutrita la partecipazione anche grazie alla straordinaria apertura del dott. Ignazio Loi, con il corso full-day dal titolo "La preparazione verticale a cielo coperto (B.O.P.T.): un nuovo approccio". Con la consueta dovizia di casi che contraddistingue le sue presentazioni, il Dott. Loi ha illustrato la sua tecnica di preparazione orientata biologicamente tanto su denti naturali che su impianti, caratterizzata dal mantenimento a lungo termine di risultati estetici di alta valenza e da un protocollo di realizzazione molto semplificato rispetto all'approccio tradizionale con linee di finitura orizzontali. La giornata successiva ha visto l'alternanza sul podio di illustri protesisti e conservatori, che si sono soffermati sui seguenti grandi temi: la gestione interdisciplinare della zona estetica, i nuovi materiali ceramici, tecniche di restauro adesivo dirette e indirette dei settori posteriori e le connessioni implanto-protesiche.

Gaetano Calesini

Edentulous site enhancement approach: un approccio razionale alla biomimetica implantoprotesica

Due Carrare (Pd), 23 febbraio 2013



Davanti ad una interessata platea, il dott. Gaetano Calesini ha esposto i principali vantaggi dell'approccio ESE (Edentulous site enhancement) in grado di consentire un risultato predicibile e la coerenza tra piano di trattamento e esito clinico.

Corso di alta formazione AIE, Marco Esposito

La letteratura in ambito di ricerca scientifica: come leggerla, interpretarla, selezionarla e proporla

Centro Corsi Sweden & Martina, Due Carrare, 2 marzo 2013

Iscrizioni chiuse al Corso di Alta Formazione proposto da AIE e ospitato sabato 2 marzo da Sweden & Martina nel Centro Corsi di Due Carrare.

La partecipazione era aperta ai Soci Attivi delle principali Associazioni Scientifiche Italiane, essendo il tema assolutamente multidisciplinare: interpretare con maggior senso critico la letteratura scientifica, comprendere come identificare in breve tempo quella rilevante, individuare l'impostazione di uno studio scientifico idoneo a rispondere ad una specifica domanda clinica.

Un relatore espertissimo, il Prof. Marco Esposito, applaudito da una platea altrettanto prestigiosa, tra le cui fila si contavano numerose alte cariche di tutte le principali associazioni Italiane del nostro settore.



Tokyo, 8-9 dicembre 2012

Japan Premium Seminar

Si è concluso con grande successo, a Tokyo, il primo Japan Premium Seminar, accolto con vivo interesse dall'Istituto Italiano di Cultura, sede dell'evento.

Non poteva esserci cornice migliore per avvalorare la relazione tra Sweden & Martina e Daishin Trading, co-sponsor nell'organizzazione del Premium Seminar l'8 e il 9 Dicembre 2012.

Le due giornate di seminario si sono svolte con vivacità grazie ad un ricco programma di formazione e informazione, che ha visto la partecipazione di speaker di grande fama, quali il Prof. Niklaus P. Lang e il Dott. Daniele Botticelli.

Fra i vari argomenti trattati sono stati presentati gli esiti delle ricerche sperimentali condotte sugli impianti Sweden & Martina dal gruppo ARDEC, guidato dal Dott. Botticelli.

Alcuni medici giapponesi, che avevano partecipato ad altri Premium Seminar a Singapore, hanno presentato la loro esperienza clinica sugli impianti Sweden & Martina. Ottimo e di buon auspicio per una duratura collaborazione tra Italia e Giappone il riscontro dei medici giapponesi presenti.



Delegazioni estere presso la sede della Sweden & Martina



Nella foto il dott. Gaetano Calesini con alcuni dei medici tedeschi che hanno visitato l'azienda in occasione del suo corso di approfondimento sull'implantoprotesi estetica.

Delegazione Turca, 15-16 febbraio 2013

La prima delegazione estera che ci ha fatto visita in gennaio 2013 è stato un gruppo di professionisti proveniente dalla Turchia, accompagnato dal dott. Goeknar, responsabile del nostro distributore Implatech. Gli elevati standard di qualità nella produzione degli impianti e la nostra assoluta trasparenza nel dimostrare tutti gli step della produzione sono stati commentati molto positivamente dai partecipanti.

Molto apprezzata la relazione del prof. Ugo Covani sulle indicazioni cliniche degli impianti Premium, seguita da una discussione di casi. La nuova tecnica con dispositivo Magnetic Mallet è stata magistralmente esposta dal Dott. Tosun, importante opinion leader con studio ad Istanbul.

Delegazione Tedesca, 22 febbraio 2013



Delegazione Spagnola, 2 marzo 2013



Medici spagnoli in visita ai reparti di produzione dei sistemi implantologici.

IDS

Colonia, 12-16 marzo 2013

Non può mancare, la Sweden & Martina, a questo appuntamento imperdibile per tutti i grandi operatori internazionali del settore odontoiatrico. L'edizione 2013 rappresenta in effetti anche l'occasione per ufficializzare internazionalmente la costituzione della Sweden & Martina Deutschland, con sede a Monaco, e per illustrare le numerose novità merceologiche sviluppate negli ultimi mesi.

IMPLANTOLOGIA

aprile-settembre 2013 Corso teorico-pratico di protesi fissa	Michele D'Amelio DUE CARRARE (PD)	CA964	ECM
15-16 e 23 marzo 2013 Corso base di implantologia protocolli teorico-pratici per un approccio semplice alla terapia implantoprotesica	Relatori vari MOTTA DI LIVENZA (TV)	CA918	ECM
13-17 marzo 2013 Corso operativo di chirurgia implantare su paziente	Davide Ferronato, Fabrizio Polato GRAN CANARIA - SPAGNA	CA969	
21-23 marzo 2013 Corso di implantologia avanzata, Toronto bridge su quattro impianti	Vincenzo Penzi RIMINI	CA979	ECM
aprile - giugno 2013 Corso di parodontologia e implantologia	Michele Figliuzzi VIBO VALENTIA	CA988	ECM
aprile - giugno 2013 Estetica in implantoprotesi - parte 1	Luigi Canullo ROMA	CA994	ECM
11 aprile 2013 Corso teorico-pratico Magnetic Mallet	Marco Csonka VILLANOVA DI CASTENASO (BO)	CA995	
13-14 aprile 2013 Corso avanzato per ASO. Ruolo dell'assistente di studio odontoiatrico. Dalla gestione delle fasi cliniche al management dello studio	Annamaria Genovesi, Fortunato Alfonsi, Valerio Lolini TERAMO	CA1000	
20 aprile 2013 La Tecnica M.I.S.E. Minimal invasive sinus elevation. Il sinus lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare	Giorgio Carusi CAGLIARI	CA978	
20 aprile 2013 La chirurgia plastica parodontale: applicazioni su denti naturali e impianti	Roberto Abundo, Giuseppe Corrente DUE CARRARE (PD)		ECM
10-11 maggio 2013 Rehabilitaciones protésicas biologicamente orientadas	Ignazio Loi, Antonello Di Felice BARCELLONA - SPAGNA		
11 maggio 2013 La Tecnica M.I.S.E. Minimal invasive sinus elevation. Il sinus lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare	Giorgio Carusi PESARO	CA954	
13 maggio 2013 Magnetic Mallet - Rivoluzionaria tecnica chirurgica per espansioni osse, split crest e mini rialzi. Corso pratico su tessuti animali	Marco Csonka DUE CARRARE (PD)	CA960	
22-25 maggio 2013 Corso di chirurgia avanzato intensivo	Giorgio Carusi BUCAREST - ROMANIA	CA950	
01 giugno 2013 Tecniche Operatorie in chirurgia plastica parodontale	Roberto Abundo, Giuseppe Corrente DUE CARRARE (PD)		ECM
26-30 giugno 2013 Corso di chirurgia implantare	Nando Barbieri, Marcello Provvionato BUCAREST - ROMANIA	CA958	
20-22 giugno 2013 Anatomia chirurgica applicata all'implantologia orale	Salvatore Gabriele PARIGI - FRANCIA		

CONSERVATIVA

17-18 maggio 2013 Corso teorico di odontoiatria conservativa: il restauro adesivo diretto ed indiretto nei settori anteriori e nei settori posteriori. La "clinica quotidiana".	Nicola Guiducci GENOVA	CC111	ECM
18 maggio 2013 Corso teorico di conservativa	Lorenzo Breschi VILLANOVA DI CASTENASO (BO)	CC105	ECM

LASER

9 maggio 2013 Corso sul corretto utilizzo del laser a Diodi in odontoiatria	Giuseppe Iaria BOLOGNA	CD644	
10 maggio 2013 Corso sul corretto utilizzo del laser a Diodi in odontoiatria	Piero Odorisio PESCARA	CD645	

ENDODONZIA

aprile - giugno 2013 Corso teorico-pratico di endodonzia	Andrea Gesi PONTE SAN GIOVANNI (PG)	CF626	ECM
12 aprile 2013 Corso teorico-pratico di endodonzia. La preparazione simultanea del canale radicolare	Piero Alessandro Marcoli PESARO	CF610	ECM
12 aprile 2013 Corso teorico-pratico di endodonzia. Corso avanzato sull'utilizzo della tecnica Mtwo: casi di routine e casi complessi	Vinio Malagnino CINISELLO B.MO (MI)	CF614	ECM
13 aprile 2013 Il trattamento endodontico-conservativo del dente gravemente compromesso	Piero Alessandro Marcoli VIMERCATE	CF623	ECM
20 aprile 2013 Impianto o dente naturale: dal recupero endodontico al posizionamento della fixture. Linee guida	Fabio Gorni GENOVA	CF620	ECM
31 maggio 2013 Corso teorico-pratico di endodonzia. La preparazione simultanea del canale radicolare	Piero Alessandro Marcoli CINISELLO B.MO (MI)	CF625	ECM

ORTODONZIA

10 maggio 2013 Corso di ortodonzia preventiva ed intercettiva: OCCLUSO-GUIDE, NITE-GUIDE e HABIT-CORRECTOR	Gaetano Ierardo CINISELLO BALSAMO (MI)	CE306	
11 maggio 2013 Corso di ortodonzia preventiva ed intercettiva: OCCLUSO-GUIDE, NITE-GUIDE e HABIT-CORRECTOR	Gaetano Ierardo MODENA	CE309	

Per maggiori informazioni:
visitate il sito
www.sweden-martina.com
sezione corsi ed eventi


sweden & martina
ContinuingDentalEducation

Calendario Corsi

27

Lo stato dell'Arte in Odontoiatria

Prof. Giuseppe Marzo



Un'interazione imprescindibile tra ricerca, clinica e industria costituisce il presupposto fondamentale per risultati eccellenti. Soprattutto negli ultimi anni lo sviluppo dei materiali, l'acquisizione di nuove metodiche e la maggiore consapevolezza da parte dei pazienti rendono il lavoro dell'odontoiatra altamente specializzato obbligando il professionista al continuo confronto con tutte queste innovazioni.

Nella pratica clinica il paziente è protagonista principale all'interno dello studio odontoiatrico dove l'équipe, composta da odontoiatra e igienista e con la collaborazione dell'odontotecnico per la fornitura dei manufatti di laboratorio, lavora per soddisfare a pieno le richieste e le esigenze del paziente stesso.

Esiste da anni un'attenzione verso la prevenzione dell'insorgenza delle patologie del cavo orale, siano esse dei tessuti parodontali che degli elementi dentali, tale da consigliare il primo approccio con l'odontoiatra già dai primi anni di vita. Si è sentita l'esigenza di codificare linee guida preparate dalle società scientifiche e approvate dal Ministero che hanno reso possibile una drastica riduzione delle patologie odontoiatriche con un conseguente miglioramento degli standard qualitativi per i pazienti e con una riduzione globale dei costi sociali.

La patologia cariosa, malattia frequente già nei primi anni di vita è stata messa sotto controllo grazie a misure di prevenzione ed all'assunzione di stili di vita utili in tale senso.

Il prolungarsi della vita media e la maggiore prevenzione hanno stimolato i professionisti ad avere una maggiore attenzione sui tessuti di supporto degli elementi dentali; così la parodontologia corroborata dalla ricerca e dalle nuove tecnologie, come l'utilizzo di laser sempre più versatili, consente la gestione dei tessuti molli in maniera sempre più predicibile e stabile a lungo termine.

La riabilitazione protesica, mediante nuovi materiali sempre più evoluti tali da riprodurre fedelmente l'aspetto estetico dell'elemento dentale naturale, rende le aspettative del paziente sempre più soddisfatte e quelle del professionista decisamente gratificanti. La sostituzione degli elementi dentali irrimediabilmente compromessi mediante impianti è ormai una metodica acquisita da numerosi professionisti con centri di eccellenza ormai presenti su tutto il territorio nazionale.

L'evoluzione delle metodiche dettate da una ricerca continua e costante, la maggiore consapevolezza da parte dei pazienti, la grande attenzione da parte dei media e l'inesauribile supporto da parte delle aziende rendono l'odontoiatria italiana una disciplina moderna, affidabile e concorrenziale.

Dott.ssa Francesca Manfrini



Lo stato dell'arte in odontoiatria tende ad esaltare il termine "conservare": tale termine, che sintetizza una "filosofia di cura", può e deve essere applicato a tutta l'odontoiatria e non solo a quella branca dell'odontoiatria in senso stretto "restaurativa", di cui si occupa l'Accademia (accademia italiana di conservativa) che ho l'onore di presiedere. I concetti di mininvasività, favoriti dall'efficacia dei sistemi adesivi, la presenza sul mercato di presidi favorevoli l'individuazione precoce delle lesioni, lo spazio che sembra sia riconosciuto doverosamente alla prevenzione, testimoniano che l'orientamento dell'odontoiatria di oggi è quello di rispettare sempre più il tessuto dentale ma anche il tessuto di supporto dell'elemento dentale, permettendo al paziente di conservare per sempre i propri denti. Infatti mi piace pensare di applicare il termine "conservare" appunto a tutti i campi dell'odontoiatria: conservare l'elemento dentale, in un tessuto di supporto sano, deve essere sempre il nostro primo obiettivo. L'odontoiatria è soggetta a rapidi cambiamenti, sia di ordine scientifico, sia di ordine merceologico: ci troviamo frequentemente a rispondere come, quando e perché, espletare determinati trattamenti, cosa sia meglio utilizzare alla luce dei continui sviluppi tecnologici. Non da ultimo l'odontoiatria è interessata dai mutanti stili di vita sociale che influenzano anche l'aspetto sanitario in generale.

Lo stato dell'arte dell'Odontoiatria, a mio parere, non può prescindere dal connubio tra il costante aggiornamento -scientifico e merceologico- e l'esperienza clinica, per riuscire ad arricchire in modo critico il nostro "bagaglio" terapeutico e renderlo sempre più efficace allo scopo di recuperare l'elemento dentale conservandolo.

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 6, numero 15
marzo/giugno 2013
Editore
Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto, 10
Due Carrare (PD)
Tel. +39 049 91.24.300
Fax +39 049 91.24.290
www.sweden-martina.com

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

Direttore scientifico
Glorianna Zangiacomì

Direttore responsabile
Valentina Visentin

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

Redazione e proprietà
Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto, 10
35020 Due Carrare PD Italia
Tel. +39 049 91.24.300
Fax +39 049 91.24.290

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



Hanno collaborato a questo numero:

Lorraine Bettin
Daniele Bonaccini
Valeria Bonotto
Roberto Cocchetto
Sandro Pierpaolo Cortellini
Silvia Cuccarolo
Isabella D'Angelo
Giovanni Fiocchetti
Andreas Hauss
Markus Lietzau
Francesca Manfrini
Giuseppe Marzo
Vito Minutolo

Marina Mirandola Minuzzi
Davide Moiraghi
Alessio Terziani
Glorianna Zangiacomì

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

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

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____ @ _____

Cell. _____ P.IVA _____

Cod. Fisc. _____

Firma _____

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

È già cliente Sweden & Martina? SÌ NO

- Sono interessato a ricevere copia cartacea della rivista
- Sono interessato a ricevere la newsletter alla mia casella di posta elettronica
- Sono interessato a ricevere la visita di uno specialista di prodotto _____
- Sono interessato a venire a visitare l'azienda
- Sono interessato a pubblicare un case report su Numeri UNO
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Implantologia**
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Implantologia Vol. 2**
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Strumenti Canalari Mtwo** Seconda edizione, giugno 2012
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Cementazione Adesiva Bisco**