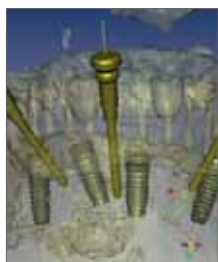


# NUMERI UNO



**Dott. Gaetano Calesini,  
Dott. Agostino Scipioni**  
Approccio rigenerativo  
sistematico finalizzato  
all'integrazione  
morfo-funzionale in  
implantoprotesi



**Dott. Luigi Canullo,  
Dott. Paola Cicchese,  
Odt. Fabio Marinotti**  
Riabilitazione  
impianto-supportata di  
entrambi i mascellari  
edentuli con carico  
immediato



Intervista al  
**Dott. Roberto Abundo**  
Vivere la  
multidisciplinarietà  
odontoiatrica



**i Sì dell'implantologia**  
Le tecniche di platform  
switching sono in grado di  
preservare i tessuti duri  
perimplantari?

L'appuntamento con Scientifica, la rassegna  
bibliografica di Sweden & Martina, si rinnova  
puntualmente anche quest'anno con il terzo  
volume dell'opera che raccoglie altri 62 lavori.



**Dott. Angelo Sisti,  
Dott.ssa Maria Pia  
Mottola,  
Odt. Paolo Mottola**  
Riabilitazione bilaterale  
con chirurgia guidata



**Echo Plan**  
Kit di strumenti per  
l'implantologia  
guidata

**Il Successo.**





La Ricerca Scientifica.  
La Ricerca Scientifica.  
La Ricerca Scientifica.

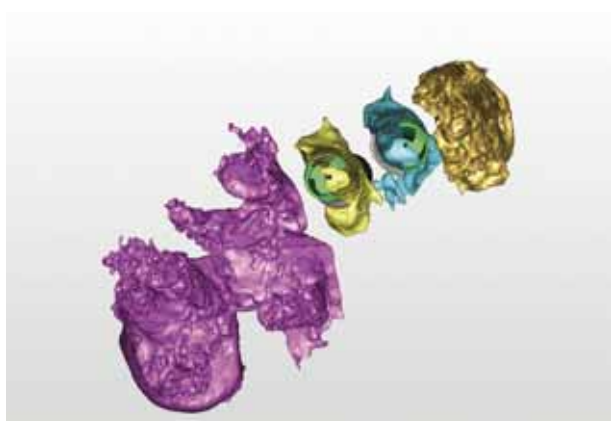


4

**2 Premium Day,**  
Congreso Internacional  
de implanto-prótesis  
integrada  
7, 8 e 9 Novembre 2013  
Madrid



Con quattro corsi pre-congressuali teorico-pratici si aprirà il 7 Novembre la seconda edizione del Premium Day in Spagna: Sweden & Martina Mediterranea replica l'esperienza trionfale del congresso tenutosi nel Novembre 2011 con un ricercato programma scientifico.



12

Case Report  
**Echo Plan: accuracy  
dell'implantologia  
guidata**  
Dott. Armando Ponzi

14

Case Report  
**Riabilitazione  
impianto-supportata  
di entrambi i  
mascellari edentuli  
con carico immediato**  
Dott. Luigi Canullo,  
Dott. Paola Cicchese,  
Odt. Fabio Marinotti

16

Case Report  
**Riabilitazione bilaterale  
con chirurgia guidata**  
Dott. Angelo Sisti,  
Dott.ssa Maria Pia Mottola,  
Odt. Paolo Mottola

24

Intervista  
**Il centro ricerche BORG**  
Dott. Xavier Vela



29

Eventi Italia

26

Novità di mercato  
**ANTEPRIMA Outlink<sup>2</sup>:** nuovo mounter  
multifunzione  
**PLASMA R:** chair side plasma cleaning  
**OZONE DTA:** generatore di ozono  
**Preparation and finishing drills for temporary  
bridges B.O.P.T. technique** del Dott. Ignazio Loi  
**GENESYS** L'evoluzione dell'otturazione canalare

5

6

Case Report  
**Approccio  
rigenerativo  
sistematico  
finalizzato  
all'integrazione  
morfo-funzionale in  
implantopotesi**  
Dott. Gaetano Calesini,  
Dott. Agostino Scipioni

10

Intervista  
**Vivere la  
multidisciplinarietà  
odontoiatrica**  
Dott. Roberto Abundo



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

19

Novità di mercato  
**Echo Plan:** kit per  
l'implantologia guidata

20

Approfondimento  
**i Si dell'implantologia**  
Le tecniche di platform  
switching sono in grado  
di preservare i tessuti  
duri perimplantari?



22

Case Report  
**Split crest di una  
cresta molto sottile  
con il Magnetic  
Mallet**  
Dott. Marco Csonka



31

Coming soon  
**Linea protesica  
B.O.P.T. su impianti**

30

Eventi Internazionali



32

Stato dell'arte in  
Odontoiatra





# 2º Premium Day

## Congreso Internacional de implanto-prótesis integrada

### 7, 8 y 9 Noviembre 2013

#### Madrid, Hotel NH Eurobuilding C/ Padre Damián, 23

Presidentes del Congreso:

**Prof. Dr. Mariano Sanz Alonso, Dr. Daniele Botticelli, Prof. Dr. Ugo Covani**

#### Jueves 07 de noviembre

16:00 **Talleres pre-congresuales:**  
 Suturas: **Dr. Ugo Covani, Dr. Joan Faus López**  
 Kit M.I.S.E.: **Dr. Giorgio Carusi**  
 Magnetic Mallet: **Dr. Marco Csonka**  
 Laser: **Dr. Giuseppe Iaria, Dr. Ignacio Sanz Sanchez**

#### Viernes 08 de noviembre

Moderador:

**Dra. María Sol Ucha Domingo**

09:30 **Dr. Matías Cuesta Gil**  
 Implantología avanzada. Casos extremos

10:00 **Dr. Salvador Albalat Estela**  
 Usabilidad de la Tecnología Digital en implantología. Pasado, presente y futuro

10:30 **Dr. Eusebio Torres Carranza**  
 Carga inmediata para sector anterior estético: rehabilitaciones unitarias, tramos edentulos y grandes rehabilitaciones

11:00 **Dr. Antonio Bowen Antolín**  
 Láser de diodos en cirugía e implantología bucofacial

12:00 **Bienvenida: Dr. Sandro Martina, Prof. Mariano Sanz Alonso, Dr. Daniele Botticelli, Prof. Ugo Covani**

Moderador:

**Prof. Juan Manuel Aragonese**

12:10 **Prof. Mariano Sanz Alonso**  
 Importance of soft tissues around dental implants.

13:00 **Dr. Daniele Botticelli**  
 New insights in osseointegration

13:40 **Dr. José Carlos Vasquez Moreno**  
 Una década de cirugía asistida por ordenador en implantología oral  
 ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos?

Moderador:

**Prof. José Maroto García**

15:30 **Dr. Ignazio Loi**  
 B.O.P.T.: Nuevo acercamiento en prótesis fija

16:15 **Prof. Guillermo Pradiés Ramiro**  
 Impresiones digitales intraorales en prótesis sobre implantes: situación actual

Moderador:

**Prof. Eugenio Velasco Ortega**

17:30 **Prof. Ugo Covani**  
 Elevación del seno maxilar en el abordaje crestal: evolución de la técnica y de la tecnología

18:15 **Dr. Francisco Riba García**  
 Implante Inmediato-Carga Inmediata. Limitaciones de la técnica

18:45 **Prof. Juan Carlos De Vicente Rodríguez**  
 Injertos óseos en implantología

#### Sábado 09 de noviembre

Moderador

**Prof. Maximino González-Jaranay Ruyz**

09:30 **Exposición Posters Ganadores**

10:00 **Dr. Jorge Calvo De Mora**  
 Uso de tecnologías en prótesis sobre implantes

10:30 **Prof. João Caramés**  
 Full Arch Implant Rehabilitation: Surgical and Prosthetic. Strategies for predictable results

Moderador:

**Dr. Alfonso Villa Vigil**

11:30 **Dr. Alfredo Machín Muñiz**  
 Manejo de tejidos blandos en implantología inmediata

12:10 **Prof. Santiago Llorente Pendás**  
 Resolución de casos complejos en implantología

12:40 **Prof. Miguel Peñarrocha Diago**  
 Carga inmediata de arco completo

13:20 **Prof. Manuel Gomez González**  
 Ultimos avances en implantología oral

14:00 **Dr. Jorge Ripolles de Ramon**  
 Injertos óseos en implantología

# SCIENTIFICA

RASSEGNA BIBLIOGRAFICA DI IMPLANTOLOGIA

VOLUME 3

L'appuntamento con Scientifica, la rassegna bibliografica di Sweden & Martina, si rinnova puntualmente anche quest'anno con il terzo volume dell'opera, che raccoglie **62** lavori così suddivisi:

**19 studi sperimentali, 18 studi clinici, 14 case report, 8 revisioni della letteratura, 3 articoli sulla validazione dei modelli sperimentali**

A fianco dei classici argomenti di interesse, in questo volume è stato dato spazio anche a nuovi **focus di indagine scientifica** inerente le apparecchiature presentate negli ultimi mesi, ossia gli innovativi protocolli chirurgici relativi al martello magneto-dinamico Magnetic Mallet e la nuova apparecchiatura per la decontaminazione della protesi Plasma R.

Un terzo degli studi è costituito da ricerche sperimentali in vitro e in vivo, a testimonianza della **continuità** dell'impegno profuso dall'azienda nelle **valutazioni oggettive** dei propri prodotti, siano essi impianti o apparecchiature.

Rilevante anche il numero di revisioni della letteratura effettuate da ricercatori indipendenti, otto solo in questo volume, a consacrare una **serietà** dei protocolli di ricerca effettuati ormai riconosciuta anche a livello internazionale.

La Ricerca Scientifica.  
La Ricerca Scientifica.  
La Ricerca Scientifica.

Il Successo.



20 anni di ricerca clinica e sperimentale, 218 articoli su riviste nazionali e internazionali, 66 studi sperimentali, 72 studi clinici, 50 case report, 12 revisioni della letteratura di autori indipendenti, 836 immagini istologiche, cliniche e radiografiche, 289 autori coinvolti, 3 volumi di successo.



Richiedi la tua copia  
<http://www.sweden-martina.com/materials.php>.

# Approccio rigenerativo sistematico finalizzato all'integrazione morfo-funzionale in implantoprotesi

**Dott. Gaetano Calesini, Dott. Agostino Scipioni**



*Diplomato in Odontotecnica. Laureato in Medicina e Chirurgia.*

*Specializzato in Odontoiatria e Protesi presso l'Università di Roma.*

*Relatore in numerosi congressi in Europa, U.S.A. ed Asia ha pubblicato lavori scientifici su riviste nazionali ed internazionali. Co-autore dei libri: "Implantologia Orale" ed "Implantoprotesi".*

*Il ripristino dell'omeostasi orale tramite restaurazioni singole", per le Edizioni Martina Bologna.*

*Ha svolto attività didattica presso le Università di Roma "Tor Vergata", Chieti "Gabriele D'Annunzio"; attualmente collabora attivamente con l'ateneo "Vita-Salute" di Milano "San Raffaele".*

*Past-President dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica, membro attivo della Società Italiana Osteointegrazione, della American Academy of Osseointegration e della Pierre Fauchard Accademy.*

*Fa parte del comitato scientifico di numerose riviste. Libero professionista in Roma con attività dedicata all'Odontoiatria Protesica, collabora con specialisti in altre discipline alla risoluzione di casi particolarmente complessi.*



*Diplomato in Odontotecnica, laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Odontoiatria. Socio fondatore della S.I.D.P.*

*(Società Italiana di Parodontologia) e della S.I.E. (Società Italiana di Endodonzia).*

*Socio attivo A.A.O. (American Academy of Osseointegration).*

*Relatore in numerosi Congressi Internazionali in Europa e USA.*

*Ha pubblicato numerosi lavori scientifici su riviste nazionali ed internazionali. Co-autore dei libri: "Implantologia Orale" ed "Implantoprotesi. Il ripristino dell'omeostasi orale tramite restaurazioni singole" per le Ed. Martina di Bologna.*

*Ha svolto attività didattica presso le Università di Roma "Tor Vergata", Chieti "G. D'Annunzio" e Milano "San Raffaele".*

*Libero professionista in Roma con attività dedicata alla Chirurgia Orale, Implantologia e Chirurgia Endodontica.*

## Abstract

Il trattamento implantoprotesico dei settori ad alta valenza estetica è particolarmente critico anche quando i volumi ossei post-estrattivi nelle loro dimensioni apico-coronale e bucco-linguale siano sostanzialmente conservati; infatti la "sola" perdita della prominenza radicolare e delle papille è sufficiente ad originare deficit anatomici che, se non adeguatamente compensati, influenzeranno negativamente l'esito della riabilitazione protesica. Nel corso delle ultime due decadi sono state sviluppate numerose tecniche chirurgiche rigenerative che permettono di correggere l'anatomia allo scopo di inserire impianti adeguati per dimensioni, locazione ed inclinazione; alcune di esse sono complesse e prevedono l'uso di membrane unitamente a biomateriali nonché fasi chirurgiche multiple per poter correggere le alterazioni dei tessuti muco-gengivali indotte dalle procedure rigenerative ossee. Inoltre per il trattamento di un singolo caso è spesso necessario assemblare tecniche diverse nate per risolvere singole parti del problema quali il deficit osseo, le distorsioni dei tessuti muco-gengivali, il posizionamento degli impianti o dei pontics ecc... L'approccio sistematico E.S.E., oggetto del presente case report, promuove il ripristino morfologico della cornice osteo-muco-gengivale peri-implantare (tessuti ossei e muco gengivali) attraverso una sola fase chirurgica; esso utilizza gli impianti, i pilastri ed i sovrastanti dispositivi protesici come determinanti della morfogenesi tissutale periimplantare.

## Introduzione

L'integrazione estetica dei dispositivi implanto-protesici è vincolata al contesto anatomico in cui essi vengono inseriti. Nelle prime tre decadi dall'avvento della implantologia osteointegrata l'attenzione degli studi è stata centrata sul funzionamento dell'interfaccia osso impianto, ovvero sul fenomeno dell'osteointegrazione; in questa fase i criteri di valutazione riguardavano essenzialmente l'ottenimento dell'integrazione ossea ed il suo mantenimento nel tempo. Parallelamente all'aumento delle indicazioni cliniche alla terapia implantare sono cresciute, sia da parte dei clinici che dei pazienti, anche le richieste in merito ai risultati estetici ed al loro mantenimento a lungo termine. Questa nuova propensione ha creato un solco sempre più profondo tra il significato delle definizioni "buona prognosi a lungo termine" e "successo clinico"; infatti, mentre la prima descrive un criterio clinico relativo all'ottenimento ed al mantenimento nel tempo di un valido ancoraggio protesico, la seconda riguarda un criterio di valutazione onnicomprensivo ampiamente utilizzato dai pazienti in cui la valutazione del dispositivo protesico è connessa alla qualità del ripristino del contesto anatomico che lo accoglie e che ne determina l'invisibilità. La sfida maggiore che il team implantoprotesico deve affrontare giornalmente è quindi rappresentata dalla riabilitazione delle aree edentule con implicazioni estetiche, poiché il successo nella correzione del deficit tridimensionali dell'osso alveolare e dei sovrastanti tessuti di rivestimento influenzerà sostanzialmente il risultato finale della terapia implanto-protesica.

## Materiali e metodi

La gran parte delle procedure rigenerative proposte in letteratura prevede fasi chirurgiche distinte per il trattamento dell'osso e dei tessuti molli. Spesso poi è richiesta una ulteriore fase chirurgica per l'inserimento dell'impianto alla quale segue un periodo più o meno esteso di "condizionamento tissutale". Il "condizionamento tissutale", nell'approccio E.S.E., non rappresenta la fase finale del trattamento; i condizionamenti anatomici necessari a ripristinare non solo l'elemento dentario perduto ma anche i tessuti ad esso circostanti iniziano con la fase chirurgica di inserimento dell'impianto e si ottengono utilizzando in modo sinergico le tecniche chirurgiche e le componenti implanto-protesiche.

I condizionamenti anatomici ottenibili con l'approccio E.S.E. sono indotti attraverso fasi operative correlate a mezzi operativi diversi. Essi sono stati classificati come primari, secondari e terziari.

## Condizionamenti anatomici primari

I "condizionamenti anatomici primari" definiscono l'aumento tridimensionale dei volumi osteo-muco-gengivali ottenuto durante e mediante l'inserimento degli impianti. Nell'approccio E.S.E. per ottenere i condizionamenti anatomici primari si utilizza la tecnica Morfogenic Bone Splitting, che permette di conseguire in una sola fase chirurgica, mediante gli impianti utilizzati, l'aumento tridimensionale dei volumi osteo-muco-gengivali.

In particolare la tecnica MBS consente di ottenere:

- l'aumento volumetrico dei volumi osteo-muco-gengivali in direzione oro-facciale pari al diametro dell'impianto utilizzato;
- il ripristino morfologico dell'area trattata (bozze radicolari, linea muco-gengivale, gengiva aderente, fornice) nel rispetto delle caratteristiche istomorfometriche del paziente;
- il posizionamento assiale dell'impianto coerente alle relazioni biomeccaniche con la dentatura antagonista e con l'accessibilità alle manovre di igiene domiciliare;



- il posizionamento di impianti con diametri adeguati alle richieste biomeccaniche ed estetiche che caratterizzano i singoli siti edentuli;
- l'ipercorrezione tridimensionale dei volumi osteo-muco-gengivali, punto di partenza ideale per le procedure protesiche.

La rilevanza di questa tecnica chirurgica è quella di poter orientare correttamente l'asse lungo dell'impianto evitando l'inclinazione in senso buccale degli impianti prodotta da tutte le tecniche bone-splitting fin qui presentate in letteratura.

### Condizionamenti anatomici secondari

I "condizionamenti anatomici secondari" descrivono i cambiamenti dei tessuti molli peri-implantari indotti dalla morfologia cervicale degli abutments modellati anatomicamente secondo la tecnica A.M.A. e dal dispositivo protesico.

Attraverso le forme conferite ai pilastri ed al dispositivo protesico si guida, influenzandola, la morfologia tissutale per quanto concerne la:

- locazione apico-coronale della festonatura gengivale;
- locazione mesio-distale dello zenith della festonatura;
- forma e dimensioni delle papille interdentali;
- colore dei tessuti peri-implantari.

### Condizionamenti anatomici terziari

Definiamo condizionamenti anatomici terziari le ulteriori metamorfosi quantitative e qualitative dei tessuti molli peri-implantari determinate dagli stimoli fisici che agiscono sui tessuti, vale a dire:

- impatto del bolo alimentare;
- pressione della lingua e dei muscoli mimici e masticatori;
- pressione positiva e negativa sviluppata durante i processi di masticazione e deglutizione;
- fisioterapia effettuata giornalmente dal paziente unitamente alle tecniche di igiene orale domiciliare.

### Discussione

L'approccio ESE trova applicazione nella risoluzione di difetti tissutali in cui sia prevalente la componente orizzontale, è indicato nelle prime quattro classi di Cawood e Howell; richiede volumi ossei verticali  $\geq 10$  mm di altezza, orizzontali  $\geq 3$  mm ed una banda di gengiva cheratinizzata  $\geq 1$  mm. L'approccio E.S.E. è controindicato nei casi di classe V e VI di Cawood e Howell.

### Conclusioni

Dal punto di vista clinico l'approccio E.S.E. sfrutta appieno le potenzialità riparative dell'organismo ospite trasformando i processi riparativi tissutali in processi rigenerativi; oltre ad essere semplice ed affidabile esso è ben accetto dai pazienti poiché riduce in modo sostanziale i tempi ed i costi del trattamento nonché la morbilità e le complicazioni post-operatorie; mediamente è possibile iniziare le procedure protesiche dopo due mesi dal posizionamento implantare nell'arcata inferiore e tre mesi nel superiore.

### Risultati

L'approccio E.S.E. è basato sulla rigorosa osservanza dei meccanismi e dei tempi di guarigione fisiologici; esso risulta innovativo rispetto a quanto proposto finora in letteratura poiché "trasforma" i processi riparativi in processi rigenerativi. Gli autori utilizzano tale approccio da quasi tre decenni, sperimentandone i risultati e la prevedibilità del comportamento clinico nel tempo. Per una maggior validazione dell'approccio E.S.E. è in corso di attuazione la valutazione prospettica di una serie di casi consecutivi avvalorata da misurazioni istometriche dei tessuti; tale studio sarà l'oggetto di una prossima comunicazione su riviste specialistiche.

### Dati generali

Paziente: N.F., ottime condizioni generali.

Sesso: F

Anni: 28 aa

Prima visita: Ottobre 2004

Fine terapia: Febbraio 2005

Anamnesi medica: nulla di rilevante

### Anamnesi odontoiatrica

La paziente riferisce la perdita del 2.1 a causa di un incidente automobilistico occorso tre anni prima. La paziente indossa una protesi tipo "Maryland" che coinvolge dieci elementi, dal 1.5 al 2.5. L'esame clinico evidenzia la perdita del piatto corticale buccale nel sito edentulo; il difetto, secondo la classificazione di Seibert successivamente modificata da Allen, corrisponde ad una classe C-severa ( $>6$ mm)



01 *Visione frontale della situazione clinica al termine della terapia causale propedeutica al trattamento*



02 *Visione oclusale della situazione clinica che evidenzia le alterazioni oclusali iatrogene indotte dalla terapia protesica impropria, vale a dire: vestibolarizzazione degli elementi anteriori superiori, perdita delle guide canine ed incisale*



03 *Visione oclusale generale della arcata superiore che evidenzia la violazione degli spazi interprossimali, l'alterazione dei contorni coronali ed una gengivite marginale. La prognosi del 1.6 trattato endodonticamente e protesizzato con una corona in ceramica fusa su struttura in lega aurea era infausta a causa di una frattura radicolare*



04 *Set radiografico endo-orale iniziale*

### Valutazioni cliniche

La situazione parodontale è buona così come il grado di compliance della paziente. È presente una gengivite marginale indotta dalla morfologia impropria conferita alla protesi ed a residui di composito negli spazi interprossimali che impediscono il normale accesso alle manovre di igiene domiciliare. La paziente presenta una linea del sorriso estremamente alta ed un bio-tipo parodontale sottile caratterizzato da festonature gengivali accentuate. La protesi tipo "Maryland" ha prodotto, a causa della violazione dello spazio oclusale, un open-bite anteriore e la conseguente perdita delle guide canine ed incisali.

### Valutazioni strategiche

I casi che giornalmente i clinici trattano possono rientrare in quattro grandi classi:

- casi estesi non complessi
- casi estesi complessi
- casi poco estesi non complessi
- casi poco estesi complessi

Il case-report presentato rientra in quest'ultima classe ed è paradigmatico poiché, pur trattando una mono-edentulia, è irto di difficoltà che lo rendono particolarmente insidioso; le variabili che lo rendono "complesso" sono:

- deficit anatomico grave ed in posizione critica (classe C-severa secondo Seibert & Allen)
- linea del sorriso estremamente alta
- bio-tipo parodontale sottile
- festonature gengivali accentuate
- aspettative estetiche molto elevate
- paziente disillusa e resa diffidente dalle precedenti esperienze
- necessità di gestire un approccio multidisciplinare

### Piano di trattamento analitico

Il piano di trattamento analitico rappresenta l'elenco completo delle terapie necessarie per risolvere le necessità oggettive e soggettive presenti in un paziente. Il PDTa definisce le terapie necessarie ed i costi; esso rappresenta il mezzo per comunicare con il paziente e con la nostra segreteria e sarà la base per formulare il cronoprogramma per organizzare le sedute operative necessarie in quello che sarà il piano di trattamento sequenziale.

### Piano di trattamento sequenziale

1. terapia causale;
2. rimozione del dispositivo protesico esistente;
3. trattamento ortodontico per ripristinare le corrette relazioni oclusali e determinare la esatta posizione dell'impianto;
4. sostituzione del provvisorio con un orto-pontic;
5. inserimento dell'impianto post-estrattivo nel sito 1.6;
6. inserimento dell'impianto con approccio E.S.E. nel sito 2.1;
7. costruzione dei restauri provvisori sugli elementi 1.6 e 2.1;
8. costruzione dei pilastri individuali e della corone in PFM sugli elementi 1.6 e 2.1;
9. Sedute di follow-up e igiene professionale semestrali.



06

*Visione oclusale della situazione clinica al termine della terapia ortodontica. È stato rimosso l'orto-pontic ed eseguita l'anestesia locale. È visibile il grave deficit osseo che interessa la parete buccale fino al recesso della premaxilla*



05

*Radiografia endorale del sito edentulo*



07

*Visione oclusale del lembo a spessore parziale. L'approccio chirurgico è minimamente invasivo. Per non ledere l'attacco dento-gengivale ed evitare recessioni post chirurgiche le incisioni sono para-marginali*



08

*Dopo aver eseguito le incisioni ossee verticali di rilassamento e le iniziali manovre di distrazione a carico della parete ossea buccale si completa la preparazione del sito tramite un bone expander normalizzato con l'impianto selezionato*



09

*Visione oclusale dell'impianto posizionato. Nell'approccio E.S.E. l'impianto viene utilizzato come strumento per programmare, ottenere e mantenere l'aumento orizzontale della cresta; in questo caso è stato utilizzato un impianto da 4,7 mm poiché la rigenerazione orizzontale programmata della cresta era, appunto, di 4,7 mm. Visione oclusale dell'impianto posizionato. Le incisioni para-sulculari aiutano l'operatore a centrare l'impianto in senso mesio-distale, la posizione antero-posteriore nei settori anteriori è dettata dal cingolo palatale dei denti naturali adiacenti alla lacuna. Le suture sono lasse per non disturbare le fasi iniziali della guarigione. Il lembo buccale è riposizionato apicalmente in modo da promuovere una guarigione per seconda intenzione trasformando, di fatto, i processi riparativi in processi rigenerativi sia a carico dell'alveolo osseo artificiale prodotto chirurgicamente che a livello della gengiva propria*



10

*Visione buccale del sito ad una settimana dall'inserimento dell'impianto nelle sedute di rimozione delle suture. È evidente l'ipercorezione del sito, punto di partenza essenziale per le successive procedure protesiche*





11  
*Visione occlusale del sito a due settimane dall'inserimento dell'impianto; Sono ancora molto evidenti le fratture a carico della corticale buccale apicale nella regione del recesso prodotta dal bone expander per ri-orientare palatalmente l'asse lungo dell'impianto. La zona è già notevolmente rimodellata a causa della funzione muscolare, dell'impatto del bolo alimentare, ecc... Il processo di rimodellazione funzionale morfogenico indotto dall'approccio E.S.E. continuerà indisturbato fino alla definitiva stabilizzazione tissutale*



12  
*Visione occlusale del sito a due mesi e mezzo dall'inserimento dell'impianto durante la seduta in cui è stata rimossa l'apparecchiatura ortodontica, eseguita l'igiene orale professionale, rilevata l'impronta per le protesi definitive ed inserito un provvisorio estemporaneo*



13  
*Rilevazione dell'impronta per le protesi definitive mediante la tecnica intercettiva in cui, per azzerare l'immissione di imprecisioni, viene utilizzato il pilastro definitivo fresabile in luogo del transfer da impronta. È evidente l'ipercorrezione orizzontale e verticale del sito e l'aumentata quantità di connettivo buccale all'impianto*



14  
*Radiografia di controllo post-cementazione*



15  
*Visione buccale nella seduta di cementazione del dispositivo protesico*



16  
*Visione clinica buccale durante la prima visita di mantenimento igienico professionale post-trattamento (sei mesi post-cementazione) Il condizionamento tissutale morfogenico è a buon punto anche se la completa maturazione tissutale richiederà circa dodici/sedici mesi. Sono evidenti, in relazione ai siti adiacenti che fungono da siti di controllo: la neo-formata bozza radicolare, le vie di deflusso del bolo alimentare, l'andamento armonico e simmetrico della linea muco gengivale, le papille interprossimali, la tessitura di superficie ed il colore dei tessuti peri-implantari. In questo contesto il dispositivo protesico approntato può facilmente mimetizzarsi e "passare inosservato"*



17  
*Visione del sorriso della paziente e del rapporto protesi tessuti peri-orali. La corretta programmazione operativa, lo sfruttamento dei processi di guarigione per seconda intenzione come processi rigenerativi e l'uso strategico delle componenti implantari e protesiche consente di semplificare notevolmente tempi e modalità operative ottimizzando il risultato, anche in casi estremamente complessi come quello utilizzato nel presente case report*

#### Ringraziamenti

L'autore desidera ringraziare il sig. Roberto Canalis per la realizzazione del dispositivo protesico utilizzato per questo case report.



Scarica il pdf del case report con la bibliografia completa su <http://www.sweden-martina.com>

**Dott. Roberto Abundo**

*Laureato in Medicina e Chirurgia, specializzato in Odontostomatologia. Adjunct Professor in Parodontologia presso la University of Pennsylvania a Philadelphia. Vincitore nel 2000 del Premio "H. M. Goldman" per la ricerca clinica in Parodontologia da parte della S.I.d.P. e nel 2010 del Premio europeo per la ricerca clinica in Implantologia da parte dell' E.A.O. Membro dell'Editorial Board del World Journal of Stomatology e del Journal of Osteology and Biomaterials e del Board of Reviewers e dell'Indian Journal of Dental Research. Autore di numerose Pubblicazioni di argomento Parodontale ed Implantare sulle principali Riviste internazionali del settore nonché autore insieme al Dr. Giuseppe Corrente dei testi "Impianti post-estrattivi immediati - Rialzo del seno mascellare per via crestale" (RC Libri-2003) e "Chirurgia plastica parodontale - Trattamento estetico delle recessioni gengivali" (ACME Edizioni-2010). Libero professionista in Torino presso il centro SICOR con pratica limitata alla Parodontologia ed all'implantologia.*

**Dott. Abundo, Parodontologia - Implantologia - Protesi - Igiene dentale: qual è il ruolo del team in uno studio odontoiatrico?**

Il ruolo del team è centrale. Provi ad immaginare una qualsiasi tipologia di caso complesso: per quanto preparato e capace, il singolo specialista non può essere in grado di risolvere al meglio globalmente le problematiche del paziente. Al contrario un team competente ed affiatato rappresenta la sola entità in grado di portare a termine con successo la terapia e salvaguardare nel tempo i risultati ottenuti.

**Come vivete la multidisciplinarietà odontoiatrica in SICOR?**

In primo luogo cercando sempre il più ampio confronto tra specialisti delle varie branche quando occorre impostare un piano di trattamento; in seconda istanza confrontandoci spesso anche tra professionisti praticanti la medesima disciplina, in vista soprattutto di intraprendere trattamenti di recupero di situazioni pregresse. In ogni caso poi, sulla base di quanto esposto in precedenza a proposito del team, cerchiamo sempre di sfruttare le sinergie tra le varie branche specialistiche (ad esempio: Ortodonzia e Parodontologia per quanto riguarda difetti dei tessuti duri e molli o Parodontologia e Implantologia per quanto riguarda la gestione dei tessuti molli intorno agli impianti), al fine di ottenere risultati che vadano oltre i limiti propri delle tecniche relative alle singole discipline.

**La struttura in cui Lei lavora è anche una nota realtà didattica in ambito odontoiatrico. Come vivete il rapporto con i corsisti Lei, il Dott. Giuseppe Corrente e tutto il vostro team odontoiatrico?**

La passione per la didattica che il dott. Corrente è stato in grado di trasmettere al sottoscritto e a tutti i colleghi facenti parte dello staff continua ancora ad animarci pur dopo tanti anni di weekend dedicati ininterrottamente alla formazione. Purtroppo oggi, però, i costi di una didattica tradizionale di eccellenza non sono sempre sostenibili dall'utenza - in particolare quando si fa riferimento ai colleghi più giovani - dato l'importante momento di congiuntura economica. È pertanto fondamentale elaborare nuove proposte didattiche: formazione a distanza in varie modalità innovative che cerchino di sopperire agli aspetti e - mi si consenta - noiosi format fino ad oggi presentati in quest'ambito e corsi residenziali con caratteristiche strettamente pratiche possono rappresentare in tal senso un nuovo paradigma per il continuing education nell'attuale scenario.

**"Chirurgia Plastica Parodontale: Trattamento Estetico delle Recessioni Gengivali", il libro che Lei ha pubblicato insieme al Dott. Giuseppe Corrente è un successo editoriale: un'iconografia sensazionale che fa sembrare semplici, nelle Sue mani, anche i casi più complessi. Qual è il Suo segreto?**

Tutto diviene semplice quando si ha chiarezza di idee su ciò che si sta eseguendo praticamente. Non ci sono segreti nel nostro campo: studiare, studiare e ancora studiare per raggiungere certi obiettivi che sono posti più a livello intellettuale che non a quello manuale. In primis occorre arrivare a possedere le conoscenze che rendono possibile la comprensione dei fenomeni biologici alla base delle tecniche chirurgiche, quindi, in secondo luogo, occorre aver chiare in mente le manovre chirurgiche step by step. In questo, anche chi non abbia ancora completato l'ideale curva di apprendimento, può trovare un valido ausilio nel nostro testo

il cui successo va condiviso con l'editore Paolo Bellizzomi e con i grafici Francesco Comello e Stefano Pallavisini, senza i quali Corrente ed io non saremmo stati in grado di trasformare un buon libro (come peraltro tanti presenti nel panorama internazionale) in un elemento in grado di innescare un cambiamento epocale nel campo dell'editoria odontoiatrica, se è vero che dopo l'uscita del nostro testo tutti i più importanti libri successivamente proposti sul mercato non hanno potuto non tener conto delle nuove tendenze fissate dall'opera in questione. E questi termini in cui mi permetto di descrivere la nostra ultima fatica editoriale - mi creda - non derivano da presunzione ma da pura consapevolezza di aver prodotto qualcosa di veramente innovativo nell'ambito di quelle nuove modalità didattiche di cui si discuteva in precedenza.

**Salvare i denti a tutti i costi: dove inizia l'accanimento terapeutico e quali sono le opzioni percorribili? E con che aspettative dobbiamo guardare al futuro dell'implantologia?**

Parliamo di denti gravemente compromessi dal punto di vista parodontale, nelle condizioni cliniche quindi di mia pertinenza. Sul fatto che, fondamentalmente, un dente strutturalmente integro (cioè non oggetto di precedenti trattamenti endodontici e/o restaurativi che ne abbiano alterato la prognosi, nel qual caso ci potremmo trovare di fronte ad una sorta di accanimento terapeutico alla luce dell'effetto sommatorio dei fattori di rischio presenti su più fronti), pur se parodontalmente compromesso, possa essere recuperato, non c'è possibilità di discussione sulla base dei dati derivanti dalla letteratura scientifica e dall'esperienza personale. Esso può infatti essere trattato con terapia chirurgica o non chirurgica a seconda delle condizioni e, una volta recuperato, può essere mantenuto nel tempo con buona prognosi - finanche fissandolo ai denti contigui per mezzo di uno splint quando presenti mobilità - a patto che il paziente che ha quel dente in quella determinata condizione abbia un ottimo livello di igiene domiciliare ed un'ottima compliance rispetto alla terapia di mantenimento. A proposito di questi due punti chiave, che costituiscono uno scoglio addirittura maggiore rispetto alle capacità dell'operatore di eseguire chirurgie complesse, spesso la scarsa motivazione del paziente è da attribuirsi a colpe da parte della nostra categoria. Occorre infatti innanzitutto conoscere la malattia parodontale e le possibilità di trattamento della stessa (e qui torniamo su un punto già precedentemente toccato, relativo alla formazione dei professionisti); poi occorre spendere il tempo necessario ad informare e coinvolgere il paziente in un ruolo attivo nella cura della patologia da cui è affetto. Certamente questo tempo da dedicare alla comunicazione e non ad aspetti, per così dire, manuali non è "monetizzabile" immediatamente come al contrario avviene scegliendo di estrarre il dente e sostituirlo con un impianto. Purtroppo però in Italia quest'ultima via breve di trattamento, adducendo l'alibi pretestuoso della scarsa predicibilità della terapia parodontale e della scarsa motivazione del paziente, ha fatto molti proseliti, al punto che ormai da un po' di anni nel nostro Paese vengono inseriti più impianti che negli Stati Uniti, nonostante le enormi differenze numeriche tra la popolazione italiana e quella degli USA. In aggiunta c'è da ricordare come oggi l'impianto non vada visto come la panacea per tutte le problematiche del dente naturale, ma come una nuova radice artificiale a tutti gli effetti, che non si caria, ma che a livello dei tessuti che lo circondano può essere colpita dalle stesse patologie da cui ri-



sultano affetti i denti naturali. Non è un caso che, a proposito delle periimplantiti, oggi anche altri cultori della materia implantologica usino comunemente accomunarle ad uno "tsunami", termine di paragone che usai per primo un paio di anni fa nel titolo di un mio editoriale sull'argomento e che, all'epoca, fu considerato eccessivo per descrivere un fenomeno fino ad allora ancora, per così dire, "sommerso". D'altro canto, con l'inserimento di un impianto noi non modifichiamo la genetica del paziente e pertanto, in presenza di placca batterica, la reazione immunitaria a livello dei tessuti che circonda la nuova radice sarà analoga a quella che aveva portato il dente naturale a perdere il suo supporto. Questa tuttavia non è una visione negativista dell'implantologia, ma solamente realista e priva di speranze in miracoli che in medicina, purtroppo, non esistono. Gli impianti (intesi, ripeto, come mezzo per sostituire i denti irrimediabilmente compromessi o a scarsa prognosi e non come modalità semplice e rapida di trattare in maniera definitiva qualunque problema di carattere dento-parodontale) hanno costituito infatti, insieme all'adesione, la più grande rivoluzione mai apparsa nel panorama odontoiatrico moderno. Già oggi possiamo essere più che soddisfatti della loro performance clinica per quanto riguarda la capacità di osteointegrazione anche in osso di modesta qualità e la semplicità di inserimento e di protesizzazione. Le aspettative per il futuro sono relative all'ulteriore miglioramento di questi aspetti (anche se ciò può solo in minima misura ridurre ulteriormente una già bassa percentuale di fallimenti) e all'ottimizzazione delle connessioni implanto-protesiche per renderle quanto più ermetiche possibile e minimizzare il riassorbimento osseo della cresta intorno al collare implantare.

**Alla SICOR avete sempre cercato di precorrere i tempi. Ci parli della vostra ultima iniziativa in tal senso, il canale televisivo sul Web SICOR CHANNEL TV.**

Nei momenti di crisi bisogna avere il coraggio di investire per ottenere risultati e andare oltre. Questo è ciò che è stato fatto per SICOR CHANNEL TV scegliendo di puntare su informazione ed eccellenza presentate attraverso un format televisivo in un apposito canale sul web. Si è intrapreso questo innovativo percorso con la consapevolezza del fatto che in tal modo si

possa tornare a generare un atteggiamento mentale positivo nei confronti dell'odontoiatria in genere - fatto che costituisce il primum movens di una crescita delle attività del sistema. Il canale, previsto in primis per la sola utenza italiana, verrà proposto a breve anche in varie altre lingue, a partire dall'Inglese. SICOR CHANNEL è una web tv tematica, nata da un'intuizione del Dott. Corrente e seguita da un'attenta analisi di mercato nell'ambito odontoiatrico, dalla quale è emersa l'esigenza di riavvicinare gli specialisti del settore ed i pazienti attraverso il denominatore comune di un'eccellenza sostenibile. Una web tv in grado di offrire contenuti concreti e all'avanguardia in un ambiente "user friendly" che garantisca chiarezza e essenzialità nell'informazione. Un palinsesto pratico e attuale, presentato in un ambiente simile al salotto di casa, e una veste televisiva, piacevole e facilmente comprensibile, rappresentano il carattere distintivo di SICOR CHANNEL, privando di ogni formalismo la comunicazione "da collega a collega". Vengono proposte trasmissioni che rivestono interesse per i pazienti e che sono finalizzate ad approfondire tematiche e allargare l'orizzonte dei professionisti del campo odontoiatrico, andando a ricercare in altri settori degli spunti che possano in qualche modo costituire, attraverso informazioni e suggerimenti, una fonte di progresso nell'attività lavorativa. Trasmissioni con interviste a personaggi del mondo dell'odontoiatria, della scienza medica e non (per quegli aspetti che per l'odontoiatria possono avere risvolti), dell'impresa, della comunicazione e dello spettacolo e molto altro ancora - rappresentano poi un'altra rilevante parte nell'ambito dei contenuti proposti. Corsi e video, volti ad illustrare materiali e metodi nell'ambito della pratica professionale, sono poi presentati sempre in maniera semplice ed esplicativa, limitando a ciò che è utile e necessario la mole di informazioni: tali contenuti mantengono peraltro sempre un livello di eccellenza che nasce dall'alta formazione ed esperienza sul campo dei professionisti dello staff SICOR che stanno alla base del progetto. I primi due mesi di attività del canale tematico sembrano davvero testimoniare il gradimento da parte del pubblico che si è espresso attraverso circa 30.000 visualizzazioni di pagina.



# Il successo è un viaggio, non una meta

40 anni vissuti guardando oltre

Quarant'anni di idee e crescita, viste dai collaboratori più "anziani" in Sweden & Martina: questo il regalo che abbiamo voluto fare al nostro Presidente in occasione del festeggiamento del 40° anniversario. Una raccolta di pensieri, considerazioni, immagini sulla storia dell'azienda. E, quindi, del suo protagonista.

  
sweden & martina  
40 | ANNIVERSARY | 1972 | 2012



11



# 12

## Echo Plan: accuracy dell'implantologia guidata

**Dott. Armando Ponzi**



*Il dott. Armando Ponzi si è laureato con lode in Medicina e Chirurgia all'Università "La Sapienza" di Roma. È specialista con lode in Anatomia Patologica all'Università "La Sapienza" di Roma. È specialista con lode in Odontostomatologia. all'Università "Tor Vergata" di Roma. È esperto in immagini e diagnostica 3D. Relatore nazionale di implantologia guidata secondo Materialise. "Founding father" Materialise Study club del Lazio. Presidente "Study club Materialise" del Lazio nel 2012. Esercita l'attività libero professionale in Roma.*

L'implantologia guidata rappresenta una nuova modalità di esecuzione dell'intervento chirurgico basato sulla progettazione (planning). I Software elaborano le immagini DICOM della Cone-Beam restituendo un rendering 3D sul quale inserire virtualmente l'impianto. La produzione di una dima consente il trasferimento delle informazioni di progetto sull'intervento che, grazie alla ingegnerizzazione del kit Echo Plan Sweden & Martina, diviene di facile esecuzione per l'implantologo, con aumento del comfort per il paziente e della precisione della inserzione. L'implantologia guidata è la porta di ingresso per nuove modalità di pianificazione della implantologia e della protesi. Il digitale riduce tempi e costi, aumenta la predicibilità e la coerenza tra ciò che si dice e ciò che si realizza.

### Dati del paziente

Sesso: F

Età: 90 anni

Anamnesi: Sostanzialmente negativa, con ASA1.

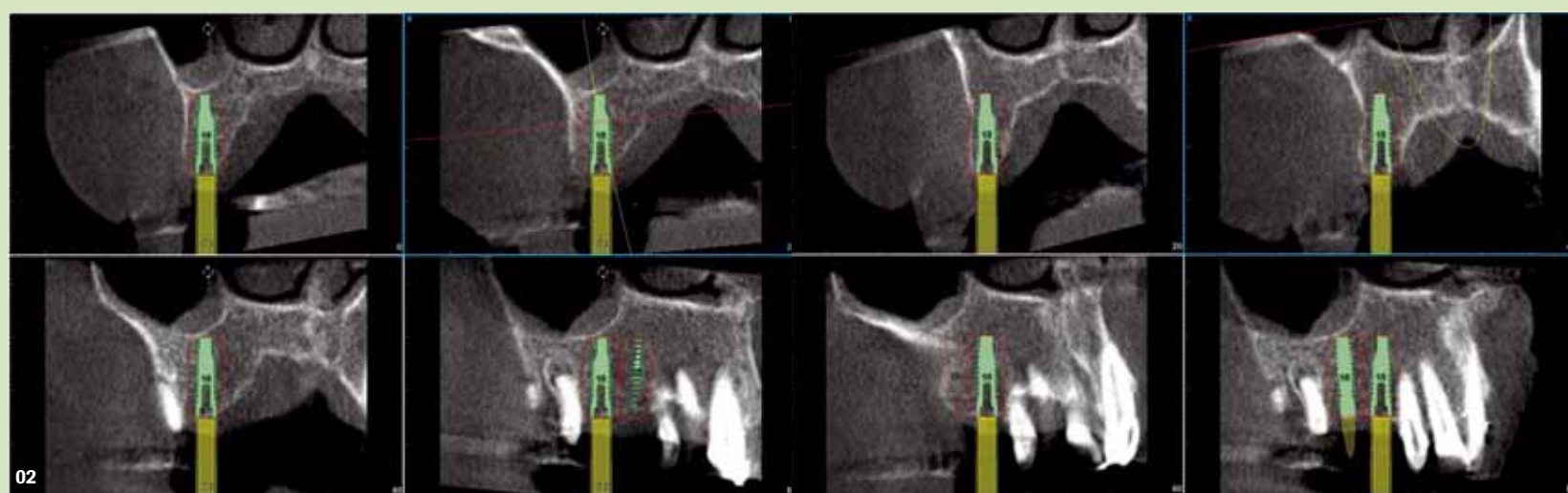
L'età suggerisce un intervento in implantologia guidata per la minore durata dell'intervento e follow-up post-chirurgico.

Tipologia del caso: Mancanza di elementi dentali in sede 24-25.

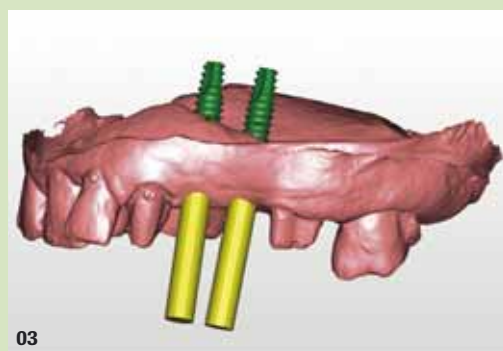
Impianti scelti: Premium (Superficie Des) Ø 3.80 mm L. 15.00 mm (Sweden & Martina)



01  
Caso Iniziale



02  
Progettazione implantologica: rapporto tra impianto e osso nelle varie proiezioni (software: Simplant Materialise)



03  
Elementi di progettazione: rapporto tra il prolungamento degli impianti sulla mucosa gengivale



04  
La guida chirurgica virtuale con le boccole per impianti Premium Sweden & Martina



05  
Guida chirurgica Safe per impianti Sweden & Martina realizzata da Materialise



### Discussione del caso

L'intervento è stato eseguito con l'esecuzione di un piccolo lembo, ha richiesto una sola anestesia ed è stato completato in breve tempo grazie all'utilizzo della guida chirurgica Safe (Materialise) e il kit chirurgico Echo Plan (Sweden & Martina). È stata utilizzata una tecnica di sottodimensionamento del sito implantare legato alla scarsa densità ossea (tipo 3/4). Un'analisi valutativa tra progetto virtuale ed esecuzione reale ha mostrato una sostanziale sovrapposizione e il grado di precisione del sistema di implantologia guidata usato.



06 Precisione del rapporto fresa-boccola. È stato utilizzato il kit di strumenti per l'implantologia guidata Echo Plan (Sweden & Martina)



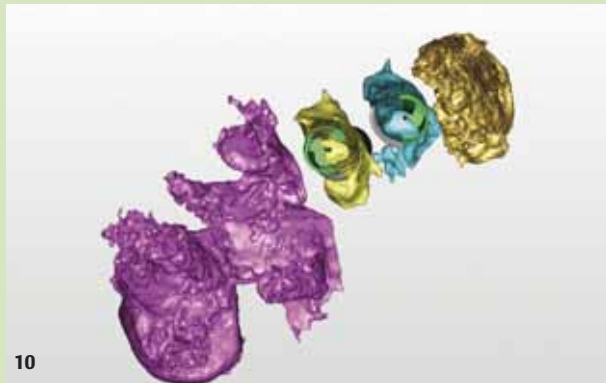
07 Trasporto dell'impianto "in situ"



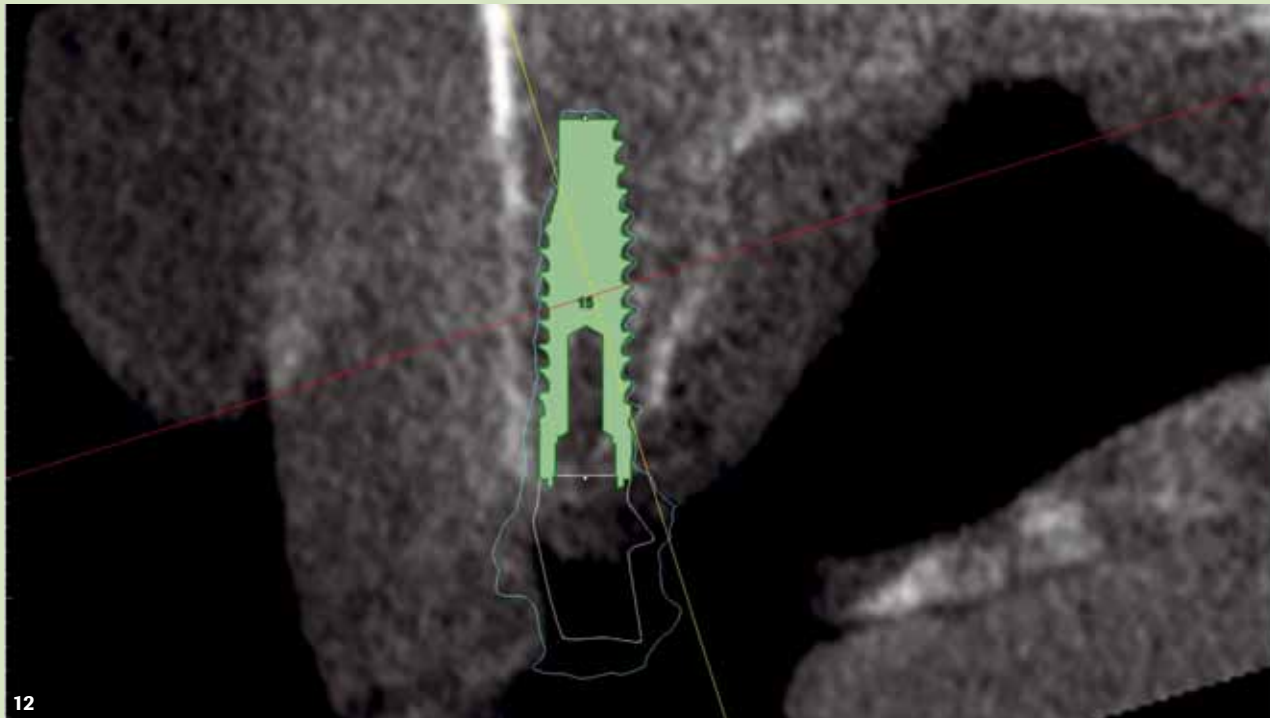
08 Inserimento guidato dell'impianto



09 L'implantologia ultimata



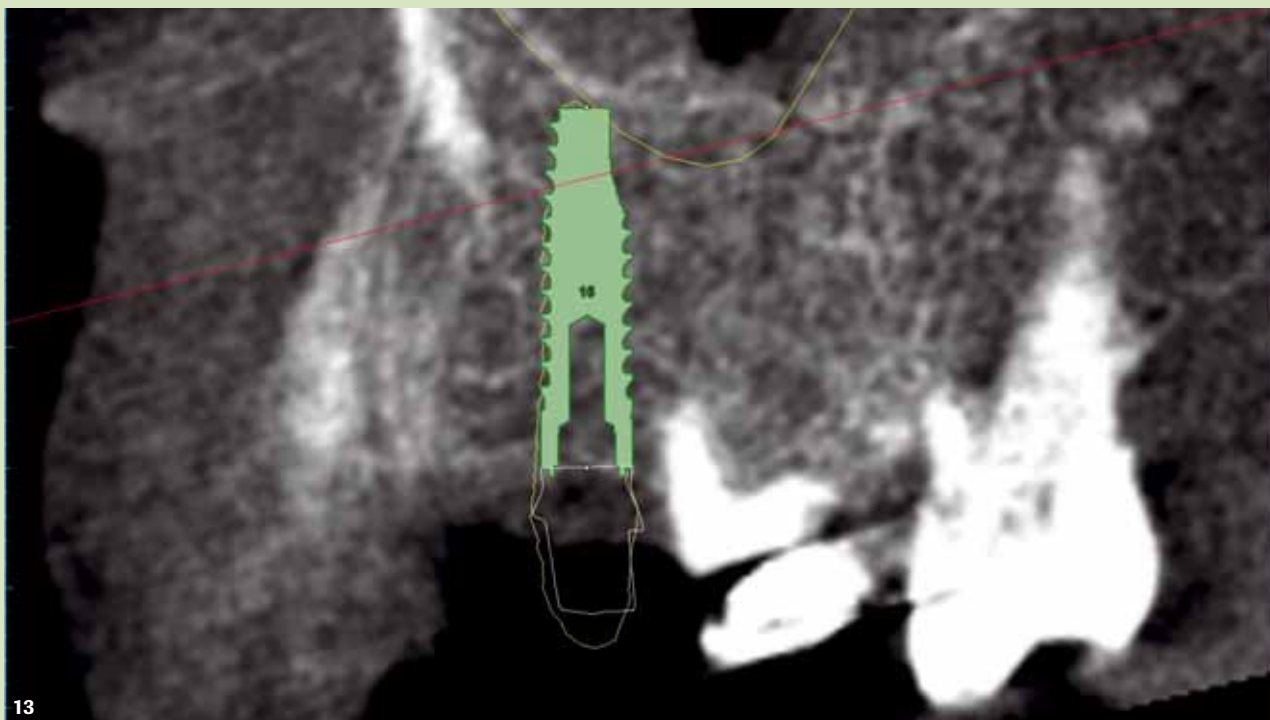
10 Sovrapposizione in 3D Progettato (verde) su realizzato (blu e giallo)



12 Fit tra progettato (verde) ed eseguito (blu)



11 Sovrapposizione progettato (verde) su eseguito (azzurro): si noti il combaciamento delle spire dell'impianto virtuale su quello reale



13 Fit tra progettato (verde) ed eseguito (giallo)



# 14

## Riabilitazione implanto-supportata di entrambi i mascellari edentuli con carico immediato

**Dott. Luigi Canullo, Dott.ssa Paola Cicchese, Odt. Fabio Marinotti**



*Laureato con lode in Odontoiatria presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza" nel 1994. Sposta immediatamente la sua attenzione sull'approfondimento delle tecniche chirurgiche in implantologia. Frequenta corsi post laurea in Italia e all'estero (University of California, UCLA). Ottiene il PhD presso l'Università di Bonn. Relatore in Italia e all'estero su temi inerenti l'aspetto chirurgico e protesico in implantologia. Autore di numerosi articoli su riviste internazionali sul tema dell'implantologia. Socio attivo di SIO ed EAO. Svolge la propria attività in Roma, limitata alla chirurgia e alla riabilitazione protesica in implantologia.*

*Laureata cum laude in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza", ha poi proseguito gli studi con una specializzazione in Ortognatodonzia presso il medesimo ateneo, anch'essa conclusasi con il massimo dei voti, e con un Master annuale di Protesi Fissa a Pesaro. Da 18 anni svolge la libera professione in Roma, occupandosi di odontoiatria generale e in modo specialistico di ortognatodonzia e di protesi.*



*Titolare di laboratorio a Roma dal 1988, è coautore con il dott. Luigi Canullo di molte pubblicazioni anche su riviste impattate. È curatore di articoli su riviste specializzate sull'implantoprotesi e sul titanio. Svolge attività di collaborazione su tesi universitarie presso l'Università Cattolica in Roma. È Socio Fondatore del DENTAL EXCELLENCE INTERNATIONAL LABORATORY GROUP. Docente di corsi di implantoprotesi presso l'Accademia di Storia dell'Arte Sanitaria. Ha partecipato con l'incarico di docente a diversi simposi affrontando la tematica del titanio in implantoprotesi nei suoi aspetti sia pratici sia teorici.*

Nel maggio 2011, un paziente di anni 69 si è presentato nello studio per un dolore generalizzato alla bocca e per poter valutare la stabilità del lavoro protesico precedentemente effettuato in un altro studio odontoiatrico. L'anamnesi medica generale risultava negativa. Il paziente riferiva di aver subito l'estrazione di alcuni elementi dentari essenzialmente per carie, poi sostituiti con alcuni impianti alcuni anni prima. All'esame obiettivo la situazione igienica orale era molto scadente, non si apprezzavano lesioni alle mucose orali né alterazioni alle principali stazioni linfonodali. Più in dettaglio, a livello intraorale, si poteva osservare una terza classe scheletrica con un morso testa a testa. Era altresì evidente la presenza di malattia parodontale a carico di tutti gli elementi dentari residui con mobilità di grado 2-3 a carico di tutti gli elementi dentari e di alcuni impianti. Prese impronte, cere e arco facciale, in laboratorio i modelli venivano montati in articolatore. Con l'ausilio anche delle fotografie della faccia veniva realizzata la ceratura del caso.



01 *Visione clinica preoperatoria delle arcate*



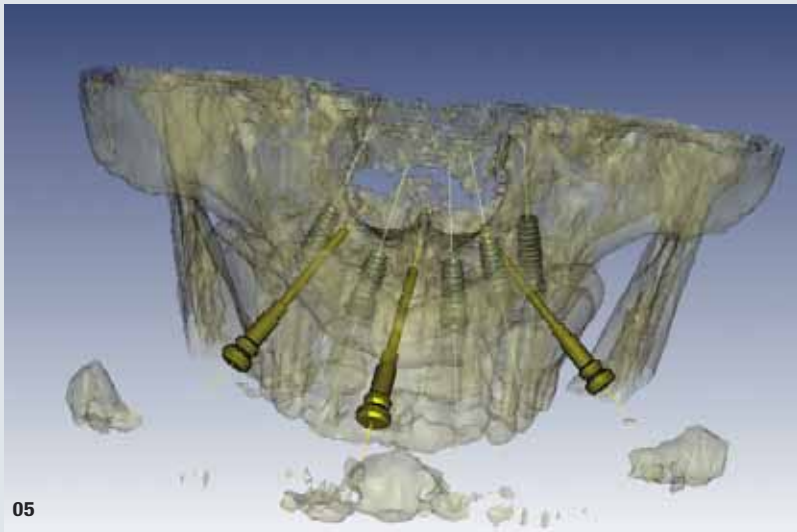
Quindi è stato formulato un piano di trattamento preliminare che aveva l'obiettivo di risolvere il dolore e riabilitare la bocca:

- Estrazione di tutti gli elementi dentari oramai compromessi e rimozione degli impianti senza un adeguato supporto osseo.
- Pulizia degli impianti trattabili (16, 17, 33)
- Posizionamento di protesi mobili superiori ed inferiori per permettere una guarigione dei tessuti mucosi ed ossei in accordo con la ceratura diagnostica.

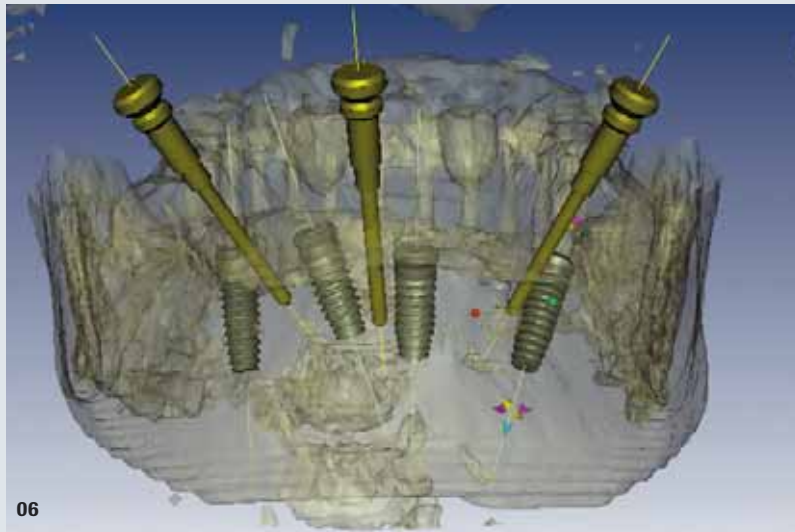


04 *Ortopanoramica preoperatoria*





05 *Planning chirurgico superiore ed inferiore (Implant 3D Medialab srl)*



06

La rivalutazione del caso a tre mesi permetteva di evidenziare una condizione di salute attorno agli impianti rimasti e la guarigione mucosa ed ossea dei siti post-estrattivi.

Allo stesso tempo, la permanenza delle protesi e la sua stabilità funzionale aveva permesso innanzitutto di dimostrare la fattibilità del progetto tecnico e di discutere con la paziente del piano di trattamento sia in termini funzionali che estetici. Sulla base del progetto protesico, delle valutazioni radiografiche e delle aspettative del paziente che desiderava una protesi inferiore più stabile e l'assenza di palato nella protesi superiore, veniva presentato un piano di trattamento che prevedeva, attraverso la chirurgia guidata di entrambe le arcate, la riabilitazione con protesi avvitate impianto-supportate. Si provvedeva quindi a duplicare le protesi mobili attraverso le quali sono state prodotte le dime radiologiche. Dopo l'analisi radiologica tridimensionale, si effettuava il planning chirurgico (Implant 3D, Media Lab srl), posizionando 5 impianti nell'arcata superiore e altrettanti nell'arcata inferiore (Premium, Sweden & Martina). Si è quindi proceduto prima alla riabilitazione chirurgico protesica dell'arcata superiore, utilizzando quella inferiore come guida. Durante la fase chirurgica, si è provveduto a segnare con una sonda i fori di entrata dello strumentario implantare in modo da provvedere, prima di iniziare la preparazione dei siti, al sollevamento di mini-lambi nelle zone con scarsa gengiva cheratinizzata. Si è quindi provveduto alla preparazione dei siti e all'inserimento degli impianti utilizzando la mascherina chirurgica (Bionova) e il kit chirurgico Echo Plan (Sweden & Martina). Successivamente si è provveduto all'avvitamento dei monconi Simple e alla loro connessione con la protesi mobile adeguatamente scartata. Una volta stabilizzato il complesso monconi/protesi mobile superiore con della resina, si è provveduto alla chirurgia inferiore, dove è stato seguito esattamente lo stesso protocollo precedentemente descritto. Minimi ritocchi occlusali sono stati eseguiti una volta posizionate le protesi fisse. Prima dello svitamento degli abutment per la rifinitura della protesi, si è atteso un tempo minimo di due ore per diminuire le possibili deformazioni dovute alla contrazione della resina. Rifinite le protesi e creati gli spazi di pulizia, il paziente è stato dimesso. Controlli settimanali sono stati eseguiti ogni settimana per il primo mese. Il paziente ha riferito un moderato gonfiore e dolenzia post-operatori scomparsi in terza giornata ed attenuati attraverso l'utilizzo di anti-infiammatori. A tre mesi di distanza dalla chirurgia, il paziente è stato richiamato in studio. Durante l'appuntamento le protesi sono state rimosse e si è provveduto a controllare che tutti gli impianti fossero stabili. Utilizzando le protesi del paziente, il tecnico ha provveduto a creare due modelli definitivi, a montarli in articolatore e a duplicare l'aspetto estetico attraverso mascherine in silicone. Sui modelli in gesso è stata creata la struttura in resina poi prodotta in metallo attraverso la tecnologia CAD CAM ECHO (Sweden & Martina). Particolare attenzione è stata posta nel creare delle ritenzioni meccaniche nelle zone anteriori, dove la sfavorevole classe scheletrica lasciava prevedere potessero accumularsi sovraccarichi importanti. Una volta finalizzate le protesi, sono state reinserite sul paziente ponendo particolare cura a controllare il perfetto fit passivo sia clinicamente sia attraverso ortopantomica. Dopo i vari controlli occlusali ed estetici, il paziente è stato dimesso.

È stato quindi istituito un accurato programma di mantenimento. Ai controlli periodici non sono state evidenziate infiammazioni dei tessuti peri-implantari, deformazioni delle strutture protesiche o svitamento dei monconi.



07 *Dima chirurgica superiore (Dima Bionova)*



08 *Impianti inseriti: è possibile evidenziare due mini-lambi per evitare la distruzione della gengiva cheratinizzata durante l'inserimento implantare*



09 *Struttura prodotta in CAD CAM ECHO (Sweden & Martina): è possibile evidenziare zone di ritenzione meccaniche accessorie*



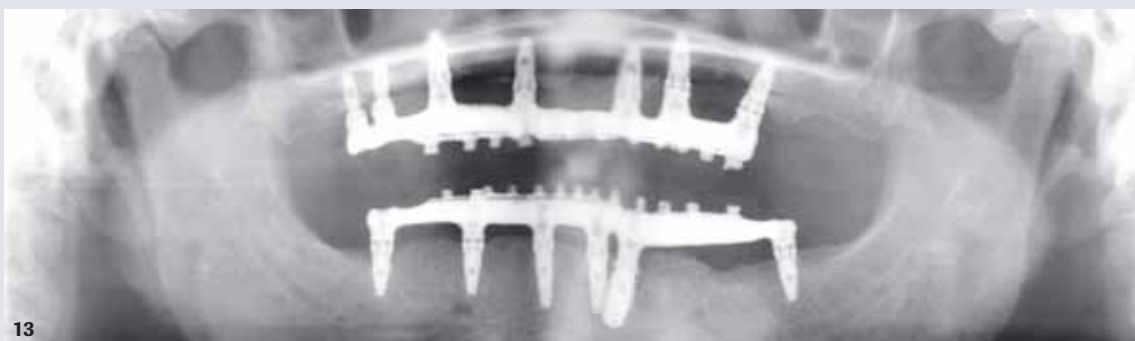
10 *Controllo a 18 mesi dalla protesizzazione definitiva*



11



12



13 *Ortopanoramica di controllo*



## Riabilitazione bilaterale con chirurgia guidata

**Dott. Angelo Sisti, Dott.ssa Maria Pia Mottola, Odt. Paolo Mottola**



Nato nel 1964, laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria con lode presso l'università di Parma nel 1988. Dopo aver frequentato corsi post universitari annuali del dott. S. Patroni in conservativa e in protesi, del dott. A. Castellucci in endodonzia, del dott. P. Cortellini in parodontologia, dei dottori Bruschi, Scipioni, Calesini in implantologia e implanto-protesi si dedica all'implantologia. Frequenta stages presso gli studi del dott. C. Tinti, del prof. M. Simion, del dott. A. Baruffaldi e del èrof. Khoury. Esercita la libera professione in Piacenza e collabora presso colleghi occupandosi esclusivamente di implantologia e chirurgia orale. Relatore in corsi, conferenze e congressi in Italia e all'estero in campo implantare dal 2003. Partecipa a progetti di sviluppo di materiali implantologici. Socio attivo di SICOI e CAI ACADEMY e socio SIO. Coautore del libro: "Rimodellamento osseo perimplantare" Quintessenza 2011. Coautore di numerosi articoli su riviste internazionali. Docente a Corsi di Chirurgia Avanzata su cadavere presso l'Università Parigi V dal 2007. Docente a corsi Master Universitari in Implantologia in diversi atenei italiani.

Nata nel 1977, laureata in Odontoiatria e Protesi Dentaria con lode presso l'università di Torino nel 2003. Nel 2003 ha collaborato presso la Clinica Odontostomatologica, reparto di protesi e chirurgia diretto dal prof. G. Preti, Ospedale Molinette di Torino. Ha frequentato corsi post-universitari di endodonzia con il prof. Berutti, di conservativa con il dott. R. Spreafico, di protesi fissa e implantoprotesi con il dott. S. Patroni e con il dott. I. Loi (corsi annuali), di chirurgia implantare con il prof. C. Tinti, con il prof. M. Simion, di parodontologia con la dr.ssa Z. Majzoub, il prof. M. DeSanctis e il prof. G. Zucchelli (corsi annuali). Ha frequentato corsi annuali di Anatomia Chirurgica e di Tecniche Avanzate in Implantologia presso l'Istituto di Anatomia dell'Università di Vienna, prof. M. Tschabitscher e del prof. M. La Banca; nonché il Laboratorio di anatomia Università di Parigi Descartes V, prof. J-F. Gaudy. Esercita la libera professione in Novara, in Piacenza dedicandosi quasi esclusivamente alle riabilitazioni implanto-protesiche e alla parodontologia. Tiene corsi di aggiornamento in materia implantare organizzati dall'ANDI e da aziende leader e partecipa a progetti di sviluppo di materiali implantologici. Socio attivo di SICOI e CAI ACADEMY.



Nato il 28 Marzo del 1975 ha conseguito la maturità odontotecnica presso l'istituto IPSIA di Vercelli nel 1994, titolare di laboratorio dal 1998. Ha frequentato i seguenti corsi: 1998 Tecnica di stratificazione della ceramica con Gennaro Narducci; 2003 Corso avanzato su IPS EMPRESS/2 ceramica stratificata nel 2003, con Oscar Raffeiner; 2003 e 2004 Master biennale in Anatomia Coronale con Lanfranco Santocchi; 2005 Stratificazione delle faccette in ceramica pressata tecnica cut-back con Gennaro Narducci e Luca Vaillati; 2006 corsi su restauri in porcellana con tecnica conservativa con Willy Geller; dal 2006 odontotecnico ufficiale ai corsi di implanto-protesi tenuti dal dott. Angelo Sisti e dal dott. Stefano Conti; 2008 Corso teorico-pratico di Protesi Fissa B.O.P.T (Biological Oriented Preparation Technique) tenuto dal dott. Ignazio Loi e Antonello di Felice; 2008 corso sui concetti di estetica e stratificazione individualizzata della ceramica con Antonello di Felice; 2008 tecnologie 3M ESPE Lava con Antonello Di Felice; 2009 corso avanzato sulla tecnica B.O.P.T dott. Ignazio Loi e Antonello di Felice; 2009 corsi con su Materiali e metodi per un risultato estetico predicibile, con il prof. Gerard J.Chiche; dal 2010 si occupa di chirurgia computer guidata, carico immediato con sistematiche EXpertease e Navigator e protesizzazioni definitive con sistematiche CAD CAM. Attualmente collabora con il dott. Angelo Sisti e la dott.ssa Maria Pia Mottola svolgendo il proprio lavoro tra Novara e Piacenza.

Paziente: C.D.  
Età: 31 anni  
Sesso: femminile  
Fumatrice: < 10

Anamnesi negativa per patologie o situazioni che controindicano l'inserimento implantare. Anamnesi dentale complessa.

Tra gli altri interventi è necessario estrarre l'elemento 36 pilastro distale di ponte 34-36.

Per risolvere l'edentulia posteriore inferiore bilaterale si pianificano 4 impianti Premium (Sweden & Martina) a carico immediato di cui 36 post-estrattivo immediato.

Per il dettaglio delle misure degli impianti e il loro posizionamento si veda la tabella 1.

La chirurgia è stata eseguita flapless con una Surgiguide (Materialise) ad appoggio dentale e mucoso e kit chirurgico Echo Plan (Sweden & Martina), rispettando i passaggi del manuale chirurgico.

Le corone provvisorie per il carico immediato vengo costruite preoperatoriamente su Immediate Smile Model e passivate tramite incollaggio intraorale.

posizione	impianto
35	diametro 3.30 mm h 10.00 mm
36	diametro 4.25 mm h 11.50 mm
45	diametro 3.50 mm h 10.00 mm
46	diametro 3.30 mm h 11.50 mm

Tabella 1

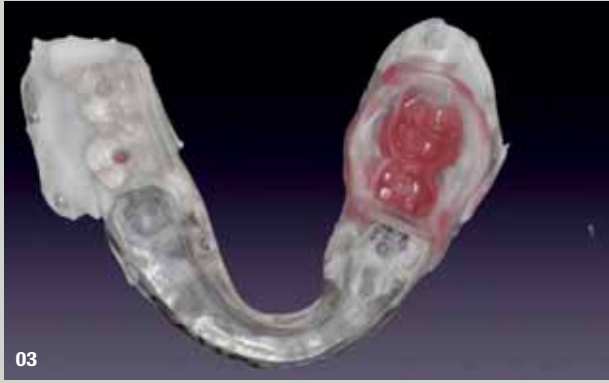


01 OPT preoperatoria: si pianificano 4 impianti Premium in posizione 35 36 45 46 a carico immediato di cui 46 postestrattivo immediato

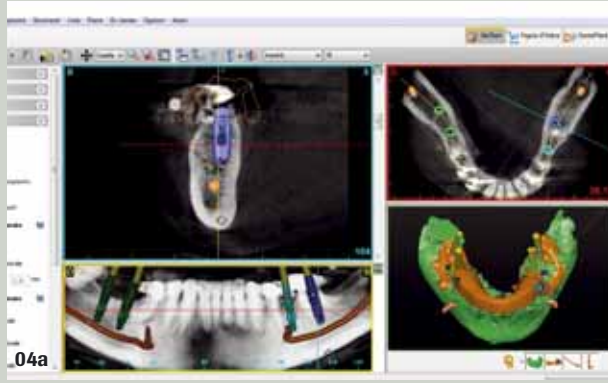


02 Scan Prothesis scomponibile per caso post-estrattivo immediato

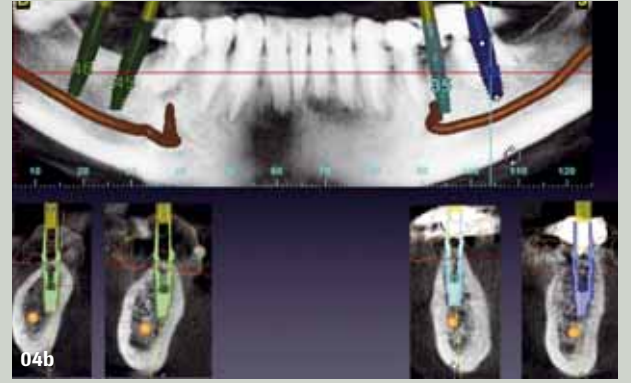




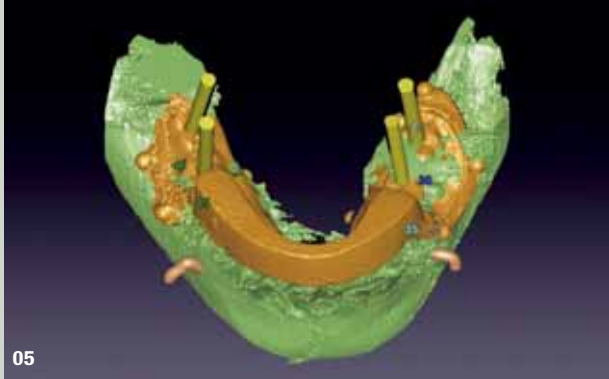
03 ScanProthesis ricomposta



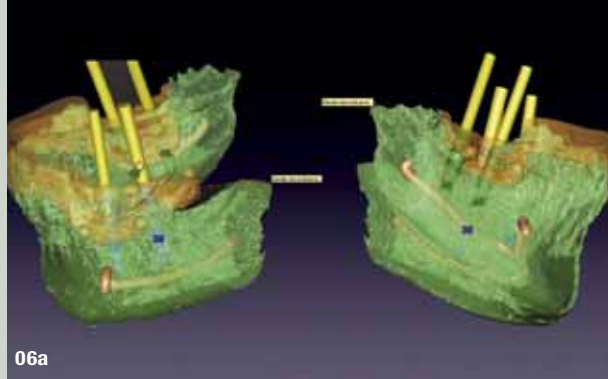
04a Pianificazione preoperatoria



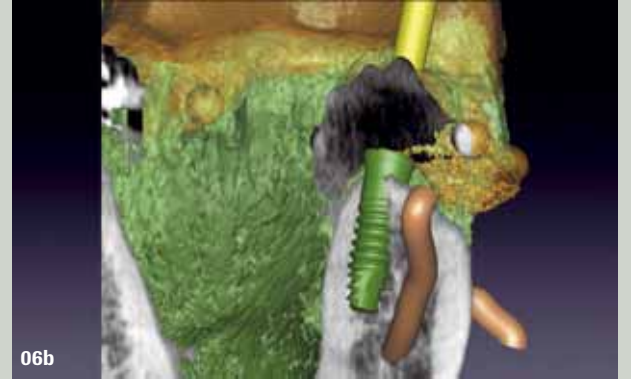
04b



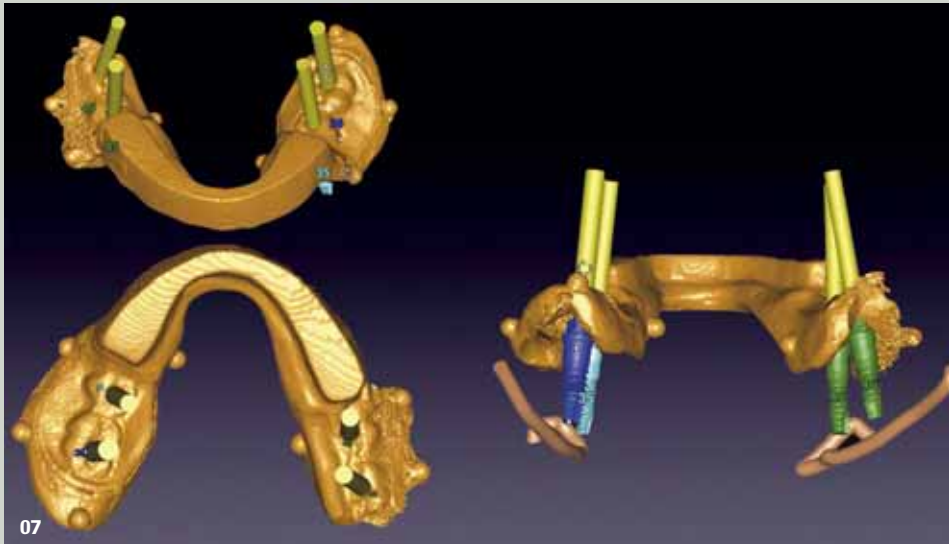
05 Sovrapposizione delle scansioni per confermare il livello dei tessuti molli



06a Verifica virtuale della distanza dal nervo



06b



07 Controllo degli assi di inserzione per mezzo del software Siplant



08 Surgiguide su Immediate Smile Model con analoghi inseriti e componenti Simple pronti per la costruzione dei provvisori per il carico immediato



09 Corone provvisorie su Immediate Smile Model con analoghi inseriti e componenti Simple pronti per la costruzione dei provvisori per il carico immediato



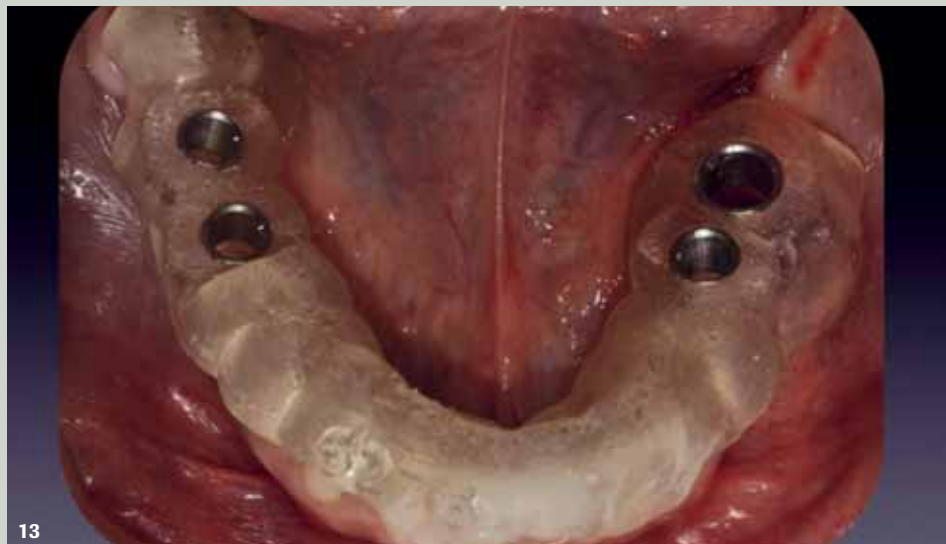
10 Dettaglio degli analoghi inseriti nel Model fissati da viti orizzontali



11 Visione oclusale della Surgiguide



12 Arcata inferiore pronta per inserimento di impianti in posizione 35 36 45 46



13 Surgiguide ad appoggio dentale e mucoso



# 18



17 Fasi intraoperatorie: utilizzo del mucotomo



18 Utilizzo del livellatore crestale, con stop incorporato



19 Creazione del sito con le frese cilindriche per chirurgia guidata Echo Plan con lo stop inserito



20 Trasporto dell'impianto nel cavo orale e prime fasi di avvitamento per mezzo dell'apposito mounter Echo Plan e della manopola digitale



21 L'inserimento procede con gli appositi driver Easy Insert



22 Visione vestibolare intraoperatoria: gli impianti sono stati inseriti e tramite i mounter, ancora connessi, è possibile stabilizzare ulteriormente la dima



23 Inserimento completato impianti Premium: inizia la fase di rimozione dei mounter



24 Rimozione della Surgiguide e inserimento Sint Life in alveolo estrattivo



25 Inserimento componenti provvisorie per carico immediato Simple



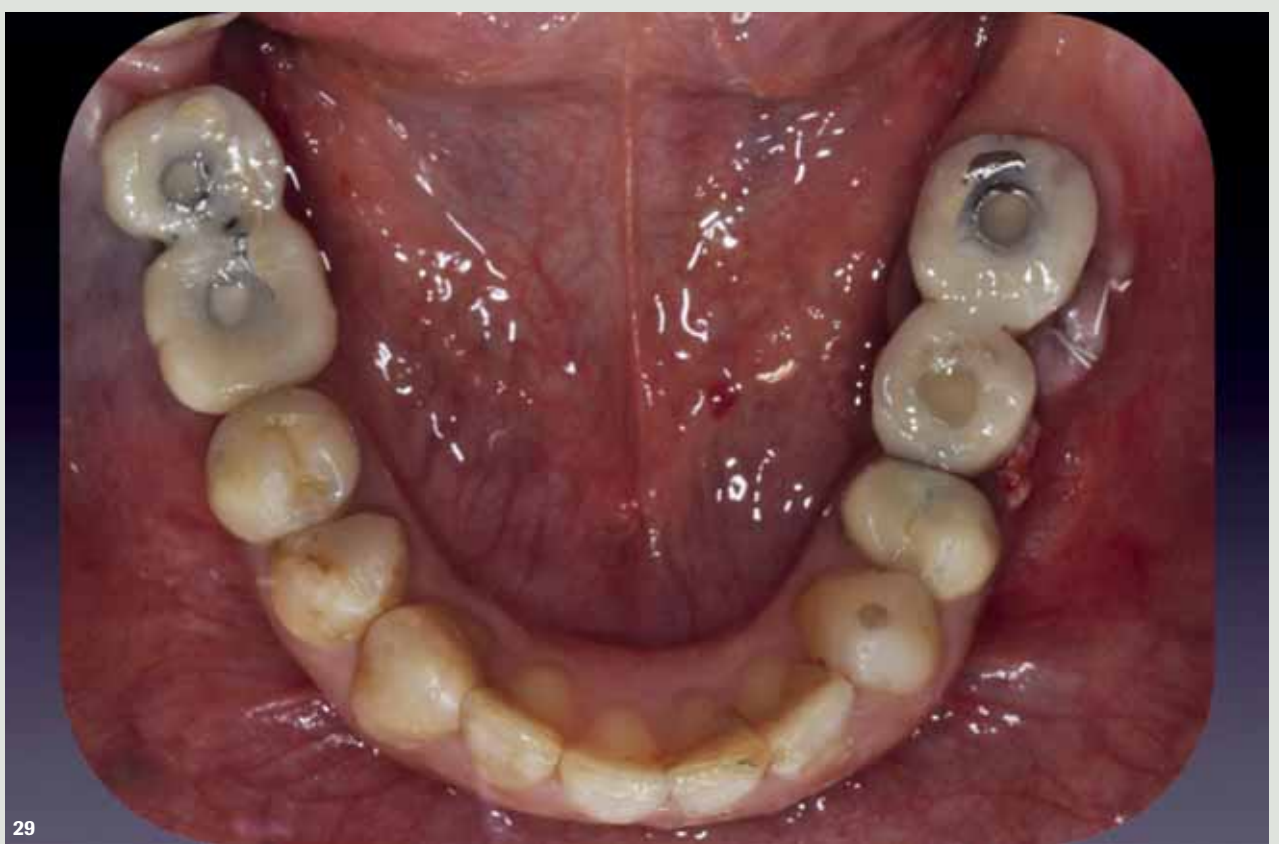
26 Protesi provvisorie costruite preoperatoriamente partendo da Immediate Smile Model da incollare intraoralmente



27 Provvisori incollati e passivati intraoralmente



28 OPT postoperatoria



29 Corone provvisorie su componenti Simple rifinite e avvitate



# echo PLAN kit per l'implantologia guidata



**Un solo kit, due sistematiche, molteplici software**  
Un unico kit compatibile con i principali software per chirurgia guidata e attrezzabile sia per impianti cilindrici ad esagono interno Premium che per impianti cilindrici ad esagono esterno Outlink<sup>2</sup>.

### STOP sicuri

Gli STOP vanno inseriti nelle frese in direzione **gambo**→**punta**, evitando così che si possano accidentalmente sfilare. Gli STOP sono intercambiabili, per essere utilizzati, a parità di lunghezza del foro che si vuole preparare, con le frese di qualsiasi diametro.



### Riconoscimento facilitato dal codice colore

Il **codice colore** che contraddistingue la **fialetta** dell'impianto e la **vite chirurgica** di chiusura identifica anche le **frese** e i **montatori** ECHO PLAN.

I montatori consentono che anche l'inserimento finale dell'impianto risulti guidato, non solo in termini di angolazione e di altezze, ma anche di orientamento dell'esagono di connessione.



### Boccole guida ottimizzate

Gli strumenti del kit si guidano all'interno di boccole disponibili nei diametri 4.15 mm e 5.50 mm.

Queste ultime consentono di lavorare con **minor distanza interimplantare** e con **minor ingombro** all'interno del cavo orale quando si inseriscono impianti fino a 4.10 mm di diametro.



### Misure fondamentali

La strumentazione chirurgica contenuta in questo kit rispetta alcune misure fondamentali per potersi guidare con precisione all'interno delle boccole utilizzate dai produttori delle dime chirurgiche secondo il piano clinico studiato e progettato a computer.

Le boccole sono orientate secondo **assi predeterminati** e a un'**altezza fissa** (pari a **9 mm**) rispetto al livello dell'osso creatale.

### Sistema di frese dedicato

Le frese, cilindriche e con geometria ad elica, sono contraddistinte da un **doppio anello** che guida il diametro e l'altezza della preparazione.

L'anello bianco contraddistingue le frese per preparazione lunga, mentre quello nero si riferisce alle frese per preparazione corta.



Novità di mercato

19



# 20

## Le tecniche di platform switching sono in grado di preservare i tessuti duri perimplantari?

# Sì

**Diversi lavori di tipo sia sperimentale che clinico e quattro revisioni della letteratura testimoniano l'efficacia del Platform Switching nella conservazione sia dell'osso che dei tessuti molli perimplantari**

***Il Platform Switching è una tecnica di riabilitazione protesica che prevede l'uso di abutment di diametro inferiore a quello dell'emergenza coronale dell'impianto.***

*Dalla letteratura si evidenzia che il Platform Switching:*

- ***migliora la distribuzione biomeccanica*** del carico protesico
- ***distanzia*** il punto di giunzione ***impianto-pilastro*** dall'osso coronale, ***limitando*** le ***reazioni infiammatorie*** legate all'infiltrato batterico
- ***mantiene in modo significativamente*** migliore i livelli dei ***tessuti duri e molli*** perimplantari
- ***ottimizza i risultati estetici e funzionali***



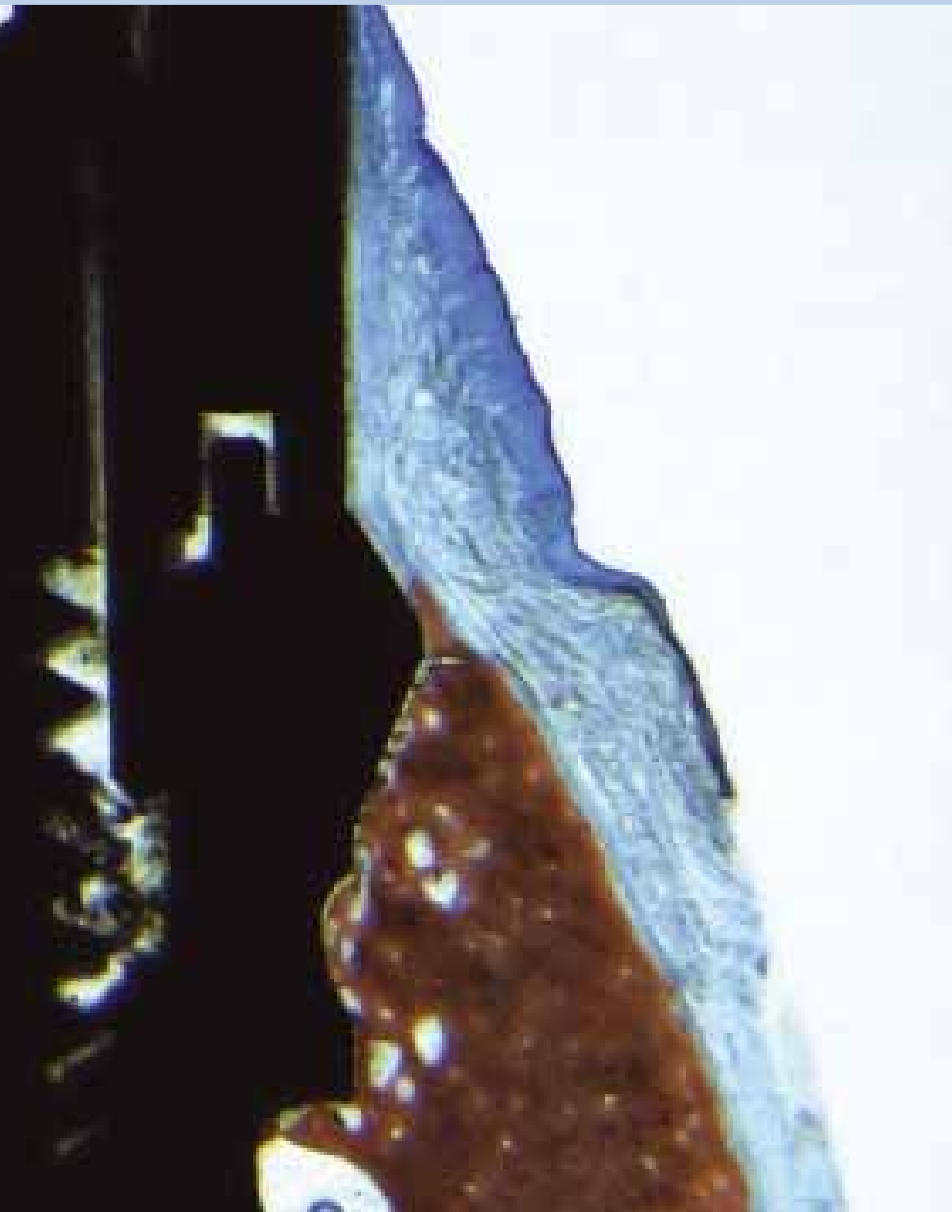
Per una accurata descrizione della tecnica Platform Switching, associata all'uso di protocolli One Abutment-One Time e alla tecnica B.O.P.T. con l'adozione di linee di chiusura verticali, rimandiamo alla lettura del bellissimo libro edito da Quintessenza:

- Canullo L., Cocchetto R., Loi I.; Peri-implant tissues remodeling: scientific background & clinical implications; Quintessenza Edizioni S.r.L., 2012, Milano

## STUDI SPERIMENTALI E CLINICI

Sia gli studi **sperimentali** che gli studi **clinici** hanno dimostrato che il Platform Switching **favorisce** la **preservazione** dei livelli marginali dell'**osso** e sostiene i **tessuti molli**. Tale beneficio è **tanto maggiore quanto maggiore è l'ampiezza del mismatching** fra pilastro e impianto. In 15 studi su 18 la differenza a favore del platform switching era **statisticamente significativa**.

- Della Via C, Canullo L, Allievi C., Lang NP, Pellegrini G, COIR 2013, 63-70
- Canullo L, Iannello G, Penarrocha M, Garcia B, COIR 2012, 1142-6
- Farronato D, Santoro G, Canullo L, Botticelli D, Maiorana C, Lang NP, COIR 2012, 90-94.
- Canullo L, Pellegrini G., Allievi C., Trombelli L., Annibali S., e Dellavia C., JCP 2011, 86-94
- Canullo L., Iannello G., Gotz W., JOMI 2011, 618-630
- Canullo L, Baffone GM, Botticelli D, Pantani F, Beolchini M, Lang NP, EAO 2011
- Baffone, G.M., Botticelli, D., Canullo. L., Scala, A., Beolchini, M. & Lang, N.P., COIR, 2012, 334-9
- Baffone G. M., Botticelli D., Pantani F., Carvalho Cardoso L., Schweikert M.T., Lang N.P., COIR 2011; 438-444,
- Canullo L., Rossi Fedele G., Iannello G., Jepsen S., COIR 2010, 115-21
- Canullo L., Bignozzi I., Cocchetto R., COIR 2010, 1085
- Canullo L., Bignozzi I., Cocchetto R., Cristalli M.P., Iannello G., EJOI 2010, 285-296
- Canullo L., Iurlaro G., Iannello G., Il Dentista Moderno, 2010, 28-30
- Canullo L., Iurlaro G., Iannello G., COIR 2009, 20: 414:420
- Canullo L., Goglia G., Iurlaro G., and Iannello G., Int J Prosthodont 2009;22:277-282
- Canullo L., Goglia G., Iurlaro G., E Iannello G., Protesi 2009;277-282
- Crespi R., Capparè P., Gherlone E., JOMI 2009; 920-926
- Ricci M., Tonelli P., Barone A., Covani U., Dental Cadmos 2009; 31-39
- Canullo L., Iannello G., Jepsen S., COIR 2009, 873-874



## REVISIONI DELLA LETTERATURA

Le seguenti **revisioni sistematiche** della letteratura **concordano** tutte sui risultati delle ricerche e traggono le **seguenti conclusioni**:

- il platform switching è efficace nel **diminuire gli stress meccanici sull'osso coronale**
- il platform switching può **preservare il livello dell'osso coronale e dei tessuti molli**
- **il grado di riassorbimento osseo è inversamente proporzionale all'entità del mismatching**

- Momen A. Atieh, Hadeel M. Ibrahim, Ahmad H. Atieh, JOP 2010, 1350-1366
- Serrano Sánchez P, Calvo-Guirado JL, Manzanera Pastor E, Llorio Castro C, Bretones López P, Pérez Llanes JA, MEDORAL 2011, e400-5
- Annibali S, Bignozzi I, Cristalli MP, Graziani F, La Monaca G, Polimeni A., JCP 2012; 1097-1113
- Al-Nsour M, Chan HL, Wang HL., JOMI 2012; 138-145

## STUDI MECCANICI

Negli impianti caricati con **platform switching** la **distribuzione degli stress nell'osso perimplantare è significativamente inferiore** rispetto a quelli riabilitati con **pilastri tradizionali**.

- Canullo L., Pace F., Coelho P., Sciubba E., Voza I., MEDORAL 2011, e852-6



**Tutti gli studi sia sperimentali che clinici citati in queste pagine sono stati eseguiti con impianti di Sweden & Martina. Le quattro revisioni della letteratura citate hanno incluso tutte alcune di queste pubblicazioni.**



# 22

## SPLIT CREST DI UNA CRESTA MOLTO SOTTILE CON IL MAGNETIC MALLETT

**Dott. Marco Csonka**



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

La presenza di una cresta moderatamente sottile nel settore della premaxilla, pur consentendo l'inserzione di impianti sottili e/o molto inclinati, certamente pregiudica il risultato estetico finale della riabilitazione implantoprotetica consigliando quindi procedure di chirurgia rigenerativa. Se invece la cresta è molto sottile (< 3 mm), l'inserzione implantare risulta impossibile senza il ricorso a chirurgie rigenerative. Le diverse tecniche chirurgiche a disposizione dell'implantologo per aumentare lo spessore di creste sottili sono essenzialmente tre:

- Innesto a blocco a fissaggio vestibolare
- GBR con membrane non riassorbibili o con mesh in titanio
- Split Crest

La nostra scelta terapeutica, ogniqualvolta sia possibile, ricade sulla tecnica di Split Crest, che secondo la nostra esperienza presenta rispetto alle tecniche alternative i seguenti vantaggi:

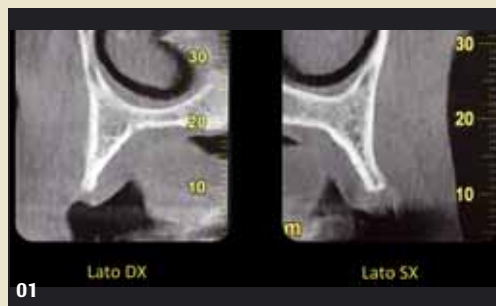
- Nessun prelievo osseo necessario (riduzione di morbilità postoperatoria);
- Guarigione ossea molto predicibile poiché il volume da rigenerare viene a trovarsi tra due pareti ossee vitali;
- Miglioramento della quantità e della qualità della gengiva cheratinizzata perimplantare;
- Possibilità di inserire contestualmente gli impianti (riduzione del numero di interventi e dei tempi totali).

Lo Split Crest di creste particolarmente sottili è da sempre un match difficile anche per il chirurgo esperto, specialmente utilizzando il classico strumentario (martello e scalpelli).

L'avvento del Magnetic Mallet ha indubbiamente reso l'intervento di Split Crest più semplice, veloce e molto più preciso. Infatti, tra gli innumerevoli vantaggi clinici di questo strumento, per l'intervento di Split Crest risulta decisivo il grande controllo bimanuale degli inserti a lama e degli osteotomi, impensabile con la tecnica standard con il martello. La precisione di taglio raggiungibile con questo strumento rappresenta a nostro avviso un grande aiuto per il chirurgo meno esperto di Split e offre una notevole marcia in più per il chirurgo esperto.

Con la ricca documentazione fotografica che accompagna questo case report relativo ad una cresta molto sottile, speriamo di riuscire a trasmettere il nostro protocollo di Split Crest, utilizzato con successo da molti anni in numerosi casi clinici più o meno complessi.

Con un prossimo articolo ci riserviamo di trattare le controindicazioni allo Split Crest (creste interamente di osso corticale, creste più sottili di 2.5 mm, creste di grado IV), le tecniche alternative per questi casi e la gestione delle complicanze intraoperatorie (Tecnica Rescue in caso di frattura della corticale vestibolare).



**01** T.C. preoperatoria del caso in esame. La cresta appare molto sottile (2.4-2.7 mm) sia a destra che a sinistra



**02** Figura preoperatoria della premaxilla da Splittare



**03** La cresta scheletrizzata mostra il suo grado di atrofia. Nel caso di creste più sottili di 3 mm, in accordo con molta letteratura internazionale, preferiamo un accesso a spessore totale unito alla protezione finale della cresta splittata con una membrana da GBR



**04** La lama sottile del Magnetic Mallet, sfruttando la stabilizzazione bimanuale sull'inserto e la più bassa potenza di taglio, disegna con precisione la linea osteotomica crestale



**05** La prima linea osteotomica crestale viene completata da due osteotomie di rilascio vestibolari





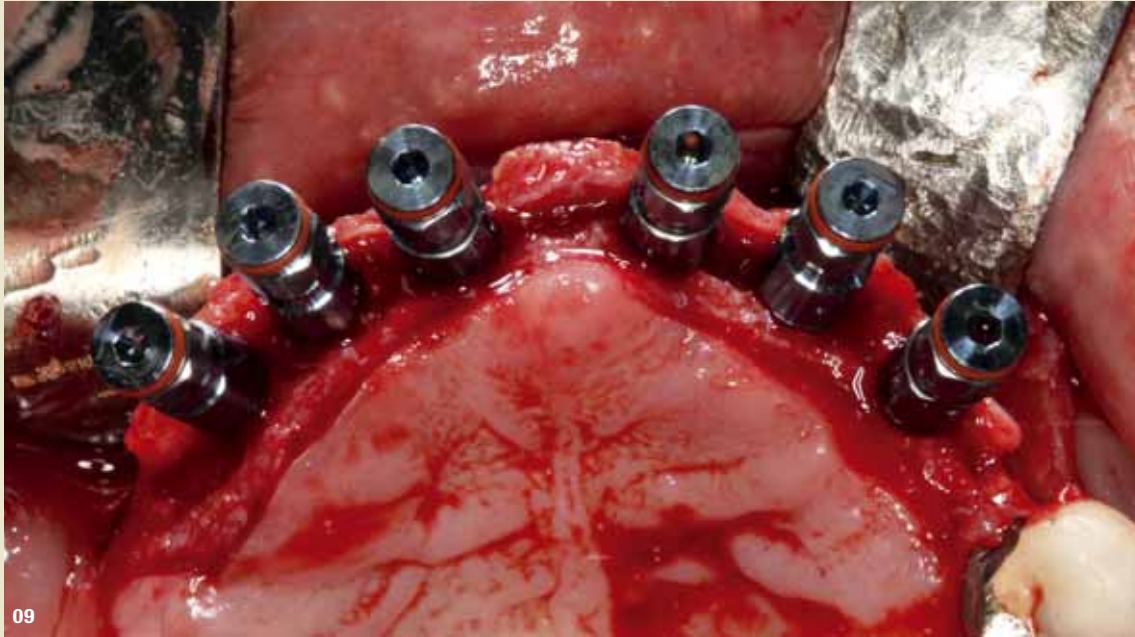
06 *Approfondite le osteotomie alla lunghezza di lavoro stabilita con il Dentascan, si allarga il solco osteotomico con la lama più spessa del Magnetic Mallet. Quindi, si inseriscono i cunei in titanio che manterranno la cresta splittata durante tutte le fasi successive*



07 *Con gli inserti osteotomi del Magnetic Mallet si preparano i siti per gli impianti; in questa fase è fondamentale seguire l'asse della corticale palatina intatta e non quello della corticale vestibolare splittata, al fine di evitare inclinazioni antiestetiche degli impianti*



08 *I primi 4 impianti inseriti con i cunei ancora in situ. Utilizzando l'inserto inseritore del Magnetic Mallet è possibile battere gli impianti inserendoli a pressione per oltre i tre quarti della loro lunghezza; questa manovra aumenta la stabilità implantare finale e riduce il rischio di rovinare la corticale vestibolare durante le manovre di avvitamento delle spire.*



09 *Al posto dei due cunei vengono inseriti ulteriori due impianti*



10 *Del biomateriale in granuli (Sint Life) viene zeppato nella parte più profonda del solco osteotomico al fine di allontanare la cresta splittata dalle spire vestibolari degli impianti. Questa semplice manovra, secondo la nostra esperienza, diminuisce di molto il riassorbimento postoperatorio della corticale vestibolare eliminando il dannoso stimolo al riassorbimento osseo dovuto alla residua memoria elastica della cresta splittata contro le spire degli impianti. La parte restante del solco osteotomico viene riempita con collagene al fine di stabilizzare il coagulo*



11 *Due membrane lentamente riassorbibili da GBR vengono posizionate a protezione della corticale vestibolare; questa manovra appare fondamentale nel prevenire il riassorbimento postoperatorio, specialmente nei casi di corticale vestibolare molto sottile (circa 1.2 mm nel caso in esame).*



12 *Con l'opportuna passivazione dei lembi, si ricerca una chiusura passiva ed ermetica con la tecnica delle suture per piani. A fine intervento, la cresta appare assolutamente diversa da quella preoperatoria in fig. 2*



13 *T.C. dopo 5 mesi. La guarigione ossea interimplantare appare ottimale e la corticale vestibolare ben guarita nella sua nuova posizione splittata. Sul lato dx si apprezza anche la maturazione del Sinus Lift eseguito con osso autologo e Sint Life*



14 *L'architettura della cresta dopo 6 mesi di funzionalizzazione con i provvisori Simple*



15a *Profilo preoperatorio della paziente (15a). Il grave riassorbimento centripeto della premaxilla riduce il sostegno osseo del labbro superiore; di conseguenza appaiono squilibrati e poco gradevoli i rapporti dimensionali tra il labbro superiore, il naso ed il labbro inferiore*  
 15b *Profilo postoperatorio (15b). Il nuovo diametro della premaxilla ottenuto con lo split crest offre un corretto sostegno al labbro superiore, che adesso appare ben armonizzato con il resto del volto*



16 *OPT a 12 mesi*



Il video di questo intervento è visionabile su YouTube cercando il canale a nome Csonka Marco





## Centro de investigaciones BORG Il centro ricerche BORG

### Dott. Xavier Vela

*Licenciado en Medicina por la Universidad de Barcelona en 1989  
Licenciado en Odontología por la Universidad de Barcelona en 1992  
Práctica privada en Barcelona con dedicación exclusiva a implantología y prótesis desde 1992 en Clínica Vela.*

*Como co-fundador y miembro del BORG desde 2005 ha participado en numerosos artículos y ponencias de ámbito internacional sobre estética y rehabilitaciones orales multidisciplinares, así como también en estudios colaborando con universidades de Barcelona, Madrid, Kyoto, Turín, New York y Murcia.*

*Laureato in Medicina presso l'Università di Barcellona nel 1989,  
Specializzato in Odontoiatria presso l'Università di Barcellona nel 1992.  
Libero professionista in Barcellona, con specializzazione in implantologia e protesi dal 1992 presso la Clínica Vela come co-fondatore e membro del BORG dal 2005, ha partecipato alla stesura di numerosi articoli e conferenze a livello internazionale sull'estetica e le riabilitazioni orali multidisciplinares, così come anche a numerosi studi collaborando con le università di Barcellona, Madrid, Kyoto, Torino, New York e Murcia.*

### **Dr. Vela, BORG o bien Barcelona Osseointegration Research Group. ¿Quiere Usted contar brevemente a nuestros lectores la génesis de Vuestro grupo?**

*Desde hace ya algunos años he tenido el placer de trabajar junto a la Dr.a Maribel Segalà, el Dr. Xavier Rodríguez Ciurana y el Dr. Víctor Méndez. El trabajo en equipo te permite comentar pequeñas observaciones clínicas de las que se pueden ir sacando numerosas conclusiones que nos ayudan en nuestra práctica diaria. Fruto de estas pequeñas sesiones de revisión de casos y búsqueda de respuestas surgió nuestro primer proyecto relacionado con el Platform Switching y la preservación crestral que nos podía ofrecer este concepto. Estamos hablando del año 2005 aproximadamente. Decidimos protocolizar todas nuestras observaciones, darles un rigor científico y crear un grupo de estudio que debutó en el año 2006 con su primera publicación en una revista de impacto. A pesar de nuestros limitados medios, seguimos nuestra actividad clínica y científica para poder exponer en diferentes foros y/o publicaciones los resultados que obteníamos. Desde los inicios, la participación del Sr. Daniel Vela fué fundamental en nuestra actividad como conferenciantes ya que nos ayudó a expresar en imágenes con alta carga docente aquello que pretendíamos mostrar.*

*Progresivamente hemos ido creciendo, participando en foros cada vez más importantes mientras seguíamos con nuestra actividad científica. En este tiempo hemos tenido el placer de colaborar con profesionales tan brillantes como Dennis Tarnow, Myron Nevins, Christian Stappert, Kazuto Makigusa, Tomohiro Ishikawa, Akiyoshi Funato, Ignazio Loi, Roberto Cocchetto, etc... De todos ellos hemos aprendido y todos nos han ayudado a crecer como grupo.*

*Finalmente el pasado año 2012 inauguramos nuestro BORG Center. El espacio donde seguimos desarrollando nuestras reuniones, nuestras publicaciones, nuestras presentaciones y donde además pretendemos que sea un lugar abierto a todos aquellos que como nosotros viven la profesión con pasión.*

### **BORG, un centro de investigación que es también un punto de referencia para la didáctica no sólo española, sino también internacional: ¿Os ha dado satisfacción esta experiencia? ¿Qué resultados habéis obtenido?**

*BORG Center es como nuestra segunda casa, es el espacio físico donde desarrollamos nuestros proyectos, donde intercambiamos opiniones con gente venida de todo el mundo, donde enseñamos y aprendemos, donde revisamos conceptos y generamos nuevas tendencias y materiales... en resumen es el lugar ideal para vivir y compartir nuestro trabajo. La experiencia del BORG Center es sumamente satisfactoria y cada semana que pasa son más y más las personas interesadas en nuestro proyecto y que se acercan a nosotros para dar su opinión y soporte. Esto es sumamente satisfactorio y nos llena de orgullo.*

### **Dott. Vela, BORG ovvero Barcelona Osseointegration Research Group. Vorrebbe raccontare brevemente per i nostri lettori la genesi del Vostro gruppo?**

Già da alcuni anni ho avuto il piacere di lavorare insieme alla Dott.ssa Maribel Segalà, al Dott. Xavier Rodríguez Ciurana e al Dott. Victor Méndez. Il lavoro in gruppo permette di discutere su piccole osservazioni cliniche dalle quali si possono trarre numerose conclusioni che aiutano il lavoro quotidiano. Proprio da queste piccole sessioni di revisione di casi e di ricerca di risposte è nato il nostro primo progetto legato al Switching Platform e al mantenimento crestale che questo protocollo è in grado di offrire. Stiamo parlando all'incirca del 2005. Abbiamo deciso di protocollare tutte le nostre osservazioni, di organizzarle con rigore scientifico e di creare un gruppo di studio che ha preso forma nel 2006 con la sua prima pubblicazione in una rivista impattata. Nonostante i nostri mezzi limitati, abbiamo continuato con la nostra attività clinica e scientifica per poter esporre a diverse platee e/o in diverse pubblicazioni i risultati ottenuti. Fin dagli inizi, la partecipazione del Sig. Daniel Vela è stata fondamentale nella nostra attività di conferenze, dal momento che ci ha aiutati a esprimere in immagini altamente didattiche ciò che intendevamo comunicare. Progressivamente siamo cresciuti, partecipando a congressi sempre più importanti e contemporaneamente continuando la nostra attività scientifica. Abbiamo così avuto il piacere di collaborare con professionisti del calibro di Dennis Tarnow, Myron Nevins, Christian Stappert, Kazuto Makigusa, Tomohiro Ishikawa, Akiyoshi Funato, Ignazio Loi, Roberto Cocchetto, etc... Da ciascuno di essi abbiamo imparato qualcosa e tutti insieme ci hanno aiutati a crescere come gruppo. Nel 2012 abbiamo finalmente inaugurato il nostro BORG Center: lo spazio nel quale teniamo le nostre riunioni, sviluppiamo le nostre pubblicazioni, le nostre presentazioni, e che vorremmo fosse un luogo aperto a tutti coloro che, come noi, vivono la professione con passione.

### **BORG, un centro ricerche che è anche un punto di riferimento per la didattica non solo spagnola ma internazionale: vi ha dato soddisfazione questa esperienza? Quali risultati avete ottenuto?**

Il BORG Center è come una seconda casa per noi, è lo spazio fisico dove sviluppiamo i nostri progetti, dove ci scambiamo opinioni con gente proveniente da tutto il mondo, dove insegniamo ed impariamo, dove rivediamo concetti e generiamo nuove tendenze e materiali... insomma, è il luogo ideale per vivere e condividere il nostro lavoro. L'esperienza del BORG Center è estremamente soddisfacente e ogni settimana che passa sono sempre di più le persone interessate al nostro progetto e che si avvicinano a noi per farci avere la loro opinione e il loro supporto. Questo dà molta soddisfazione e ci riempie di orgoglio.

**Platform Switching y mantenimiento de hueso crestal: un desafío evidentemente de éxito. ¿Cuáles nuevos desafíos en el futuro de la implantología?**

*Platform Switching fue fundamental para nosotros por que en el intento de entender por qué funcionaba nos ayudó a conocer mejor el comportamiento de los tejidos periimplantarios. En la actualidad nuestro gran reto es entender la biología y adaptar nuestros materiales y protocolos en busca de esta respuesta biológica ideal. Durante años hemos definido protocolos pensando que la biología se adaptaría a nosotros, pero los resultados nos demuestran que esto no ocurrirá. El gran desafío de la implantología es el logro de rehabilitaciones implanto-soportadas naturales y sobre todo estables. Debemos imitar el diente en su función de estabilización tisular pero no perder de vista que trabajamos con implantes.*

**Evidence based dentistry e investigación experimental y clínica: en una realidad no sólo nacional que está pasando un momento económico difícil, ¿cómo vive/sobrevive hoy la investigación? ¿Cuál es Vuestro modelo de referencia?**

*Cuando creamos BORG no teníamos ningún modelo de referencia a seguir por que en nuestro sector no existía o al menos nosotros no lo conocíamos. Toda la investigación que hacíamos era soportada por nuestra propia economía y les puedo asegurar que la investigación es cara, carísima. Afortunadamente lo aceptamos como un hobby y seguimos adelante. En la actualidad hemos conseguido el soporte de algunas casas comerciales que nos ayudan a desarrollar nuestros proyectos y estamos colaborando con Universidades de todo el mundo. Esto nos permite abordar proyectos de mayor envergadura con medios óptimos. No obstante seguimos enterrando muchísimas horas en BORG y evidentemente como negocio es poco aconsejable. Tenemos un problema cuando creemos que lo sabemos todo, el mundo del dentista es reducido, en su clínica es el rey y todos le dan la razón y esto nos va empobreciendo científicamente. Es fundamental el debate, la discrepancia, la revisión, el aprendizaje ya que así aumentará nuestro nivel de exigencia.*

**En Su opinión, ¿cuál es el aporte que pueden traer las empresas productoras al mejoramiento de las técnicas quirúrgicas y protésicas?**

*Creo sinceramente que las empresas deben colaborar con las iniciativas privadas de investigación, apoyando los grupos de estudio en los que gente motivada expone sus dudas, revisa casos y genera un nivel alto de exigencia necesario para revitalizar nuestra profesión y para dar ideas a las grandes compañías que creen nuevos productos o mejores los que tenemos.*

**Odontología española y odontología mundial: ¿cómo las coloca recíprocamente Usted?**

*En la Odontología española hay grandes, grandísimos profesionales, gente con inquietudes, autoexigencia y una formación muy sólida, gente reconocida internacionalmente en todos los campos y de los que debemos sentirnos orgullosos. Desgraciadamente en los congresos siempre somos los mismos y hay un porcentaje elevadísimo de nuestra profesión que no ha vuelto a reciclarse tras abandonar la universidad. Esto genera un panorama profesional muy heterogéneo. Creo sinceramente que esto es intolerable y que deberíamos crear un plan de formación continuada obligatoria que nos asegure a nosotros y nuestros pacientes un nivel de atención odontológica más homogénea.*

**Platform Switching e mantenimiento di osso crestale: una sfida evidentemente vincente. Quali nuove sfide nel futuro dell'implantologia?**

Il Platform Switching è stato fondamentale per noi, perché nel tentativo di comprendere a fondo i motivi per cui funzionava abbiamo potuto approfondire la conoscenza del comportamento dei tessuti perimplantari. Attualmente il nostro obiettivo principale è comprendere la biologia e adattare i nostri materiali e protocolli, ricercando la risposta biologica ideale. Per anni abbiamo definito protocolli pensando che la biologia si adattasse a noi, però i risultati ci dimostrano che ciò non accade. La grande sfida dell'implantologia è il raggiungimento di riabilitazioni implanto-supportate naturali e soprattutto stabili. Dobbiamo riprodurre il dente nella sua funzione di stabilizzazione tissutale, ma anche non perdere di vista che lavoriamo con impianti.

**Evidence based dentistry e ricerca sperimentale e clinica: in una realtà non solo nazionale che attraversa un difficile momento economico, come vive/sopravvive oggi la ricerca? Qual è il Vostro modello di riferimento?**

Quando abbiamo creato il BORG non avevamo alcun modello di riferimento da seguire, perché nel nostro settore non esisteva o per lo meno noi non ne eravamo a conoscenza. Tutta la ricerca che facevamo era a nostre spese e Le posso assicurare che la ricerca è cara, carissima. Fortunatamente lo avevamo preso come un hobby, e siamo andati avanti. Attualmente abbiamo ottenuto il supporto di alcune aziende che ci aiutano a sviluppare nuovi progetti, e stiamo collaborando con Università di tutto il mondo. Ciò ci consente di affrontare progetti di maggior rilevanza con mezzi ottimali. Nonostante continuiamo a trascorrere moltissime ore nel BORG è evidente che come business non sia proficuo. La presunzione è un problema: nel microcosmo del suo studio l'odontoiatra comanda e tutti gli danno ragione; ciò contribuisce ad un impoverimento anche scientifico. Il dibattito è fondamentale, la divergenza di idee, la revisione, l'apprendimento sono fondamentali dal momento che è proprio così che aumenterà il nostro livello di competenza.

**Secondo Lei, qual è il contributo che possono e/o devono dare le aziende produttrici al miglioramento delle tecniche chirurgiche e protesiche?**

Creo sinceramente che le aziende debbano collaborare con le iniziative private di ricerca, appoggiando i gruppi di studio nei quali gente motivata espone i suoi dubbi, rivede casi e genera un alto livello di pretese, necessario a rivitalizzare la nostra professione e per dare idee alle grandi industrie in modo che creino nuovi prodotti o migliorino quelli già esistenti.

**Odontoiatria spagnola e odontoiatria mondiale: come le posiziona recíprocamente?**

Nell'odontoiatria spagnola ci sono grandi, grandissimi professionisti, gente scalpitante, con alte pretese e con una formazione molto solida, gente riconosciuta internazionalmente in tutti i campi e della quale dobbiamo essere orgogliosi. Malauguratamente nei congressi siamo sempre gli stessi, e c'è una percentuale altissima di colleghi che non si è più rimessa in gioco dopo l'università. Ciò genera un panorama professionale molto eterogeneo. Credo sinceramente che ciò sia intollerabile e che dovremmo creare un piano di formazione continua obbligatoria, che assicuri a noi e ai nostri pazienti un livello più omogeneo di attenzione odontoiatrica.



## ANTEPRIMA Outlink<sup>2</sup>: nuovo mounter multifunzione

A 11 anni dalla sua nascita, l'ormai ampiamente apprezzato impianto ad esagono esterno Outlink<sup>2</sup> si rinnova ora con l'abbinamento ad un nuovo mounter multifunzione.



Grazie alla sua particolare conformazione, oltre a svolgere la tradizionale funzione di carrier per il trasporto e per l'inserimento dell'impianto in situ, il nuovo mounter Outlink<sup>2</sup> funge anche da transfer per l'impronta e da pilastro per la successiva riabilitazione protesica.



La parte superiore del mounter ha un disegno opportunamente studiato per la presa dell'impronta. Esso offre un buon compromesso sia per la tecnica pick-up, poiché presenta delle alette di ritenzione sufficienti a stabilizzarlo nell'impronta, sia per la tecnica a cucchiaio chiuso, poiché tutti i bordi sono arrotondati e ne facilitano il riposizionamento.



Per usare il mounter con funzione di pilastro è sufficiente rimuoverne la parte coronale con una opportuna fresa da titanio o con un disco separatore.

Il colore dorato consente di ottenere un'ottima estetica delle ricostruzioni.

Lo spessore delle pareti permette al clinico di fresare e di abbassare il mounter, individualizzandolo a seconda delle esigenze cliniche ed estetiche.



Il nuovo mounter Outlink<sup>2</sup> presenta nella parte superiore una connessione interna ottagonale, che consente il prelievo dalla fialetta con l'apposito driver, presente nel kit chirurgico, nella versione ora aggiornata; i possessori del kit nella versione precedente potranno fare richiesta del nuovo driver.



Insieme al nuovo driver è disponibile anche un nuovo, pratico strumento che consente di mantenere fermo il mounter dell'impianto, dopo l'inserimento nell'osso, durante lo svitamento della vite di fissaggio, per prevenire lo svitamento della fixture.

## PLASMA R: chair side plasma cleaning

Dopo un lungo percorso di validazione sperimentale e clinica, i cui risultati sono stati presentati ai più importanti congressi di implantologia e protesi internazionali, Sweden & Martina è pronta a lanciare sul mercato un'apparecchiatura che ha generato molte aspettative tra i professionisti attenti alla riuscita estetica delle proprie riabilitazioni in modo che possano essere definite successi e non solo sopravvivenze implanto-protesi.

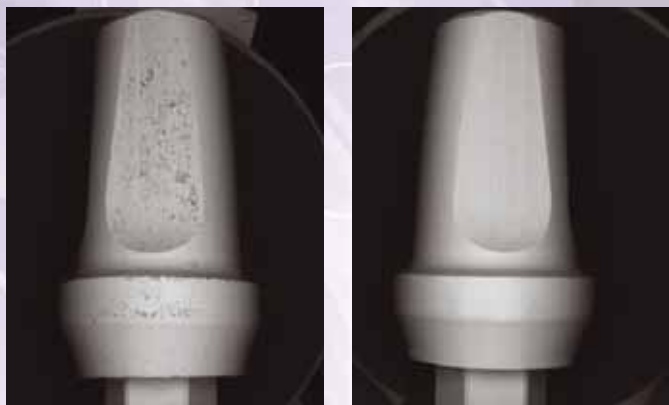


Immagine al microscopio elettronico di un pilastro al termine delle lavorazioni di laboratorio (sx) e dopo trattamento con Plasma R (dx), in cui si nota la totale assenza di contaminanti

Il progetto, promosso e curato dal Dott. Luigi Canullo di Roma con il supporto di collaborazioni universitarie di grande valore (Bonn, Valencia, Bologna, Trieste) nasce dall'osservazione del grado di contaminazione superficiale con cui i manufatti protesici giungono allo studio odontoiatrico, anche quando essi vengono sottoposti ai consueti protocolli di pulizia di laboratorio. Le impurità residue sulla protesi sembrano essere responsabili di diverse problematiche, tra cui risposte infiammatorie da parte dei tessuti molli perimplantari, mancanza di precisione nell'accoppiamento impianto/abutment a livello della connessione, svitamento delle viti protesiche, e non ultimo una adesione non ottimale tra i diversi materiali di struttura e di rivestimento.

Il trattamento di decontaminazione con plasma di Argon a freddo rende disponibile alla poltrona i benefici di una tecnologia già utilizzata a livello industriale per il trattamento dei migliori impianti, risolvendo dunque il problema della contaminazione che avviene quando le componenti protesiche vengono aperte e manipolate in laboratorio. Inoltre è stato dimostrato dai protocolli eseguiti in vitro che il plasma cleaning induce nelle fasi precoci di guarigione una migliore risposta biologica da parte dei fibroblasti, che si stabilizzano più rapidamente in tessuto mucoso cheratinizzato a protezione del complesso osseo perimplantare neoformato.

Questo effetto è legato alla tensione di bagnabilità che il trattamento con Plasma R conferisce ai materiali e che, se opportunamente preservata, mantiene il suo effetto sino a circa 72 ore, rendendo l'apparecchiatura di Sweden & Martina un innovativo processo attuabile sia dal laboratorio odontotecnico sia dal dentista alla poltrona, tanto semplice con il suo ciclo a potenza pre-impostata da poter essere affidato anche al personale ausiliario.

Un liquido assume morfologie differenti a seconda della superficie con cui viene a contatto: su una superficie con scarsa bagnabilità una goccia di sangue tenderà a mantenere la sua forma isotropica



Su una superficie ad alta bagnabilità manifesterà una morfologia molto appiattita, occupando con il contatto un'area molto maggiore, attivando un maggior numero di componenti biologiche interessate nei processi di guarigione.



La bibliografia ad oggi pubblicata è contenuta nel terzo volume di Scientifica - Rassegna Bibliografica di implantologia.

## OZONE DTA: generatore di ozono

L'ozonoterapia è uno dei trattamenti del futuro in odontoiatria: per le sue proprietà ossidanti e antimicrobiche l'ozono, conosciuto e utilizzato in vari ambiti industriali e medici, ha dimostrato di essere un valido ausilio anche nei trattamenti odontoiatrici. Attraverso l'ossidazione della membrana cellulare dei batteri esso impedisce i normali flussi e gli scambi tra l'ambiente e la cellula batterica, interrompendone quindi le funzioni vitali. Di qui le comprovate proprietà antimicrobiche e disinfettanti dell'ozono e la conseguente capacità di **favorire la guarigione delle ferite**. Uno studio recente ha inoltre evidenziato la spiccata e rapida azione antiedemica dell'ozonoterapia nel trattamento post operatorio: ciò consente al paziente un ritorno rapido alle sue attività quotidiane, senza l'assunzione di alcun farmaco e senza effetti collaterali.

Ozone DTA è una unità che genera ozono studiata specificamente per l'ambito odontoiatrico.

- Sicura, perché la concentrazione di ozono ed i tempi di applicazione sono stati predeterminati per rendere il trattamento medico efficace in totale sicurezza
- Agile, perché piccolissima e leggera
- Facile da usare, perché dotata di 5 comode sonde di forme diverse progettate per poter affrontare le diverse problematiche del cavo orale

I campi di applicazione sono numerosi: disinfezione delle tasche parodontali, disinfezione di cavità, dei canali radicolari, trattamento dei processi infiammatori, disinfezione e guarigione delle ferite nel post operatorio e post estrattivo, riduzione dell'edema, trattamento di afte orali, lesioni da herpes, candidosi orale.

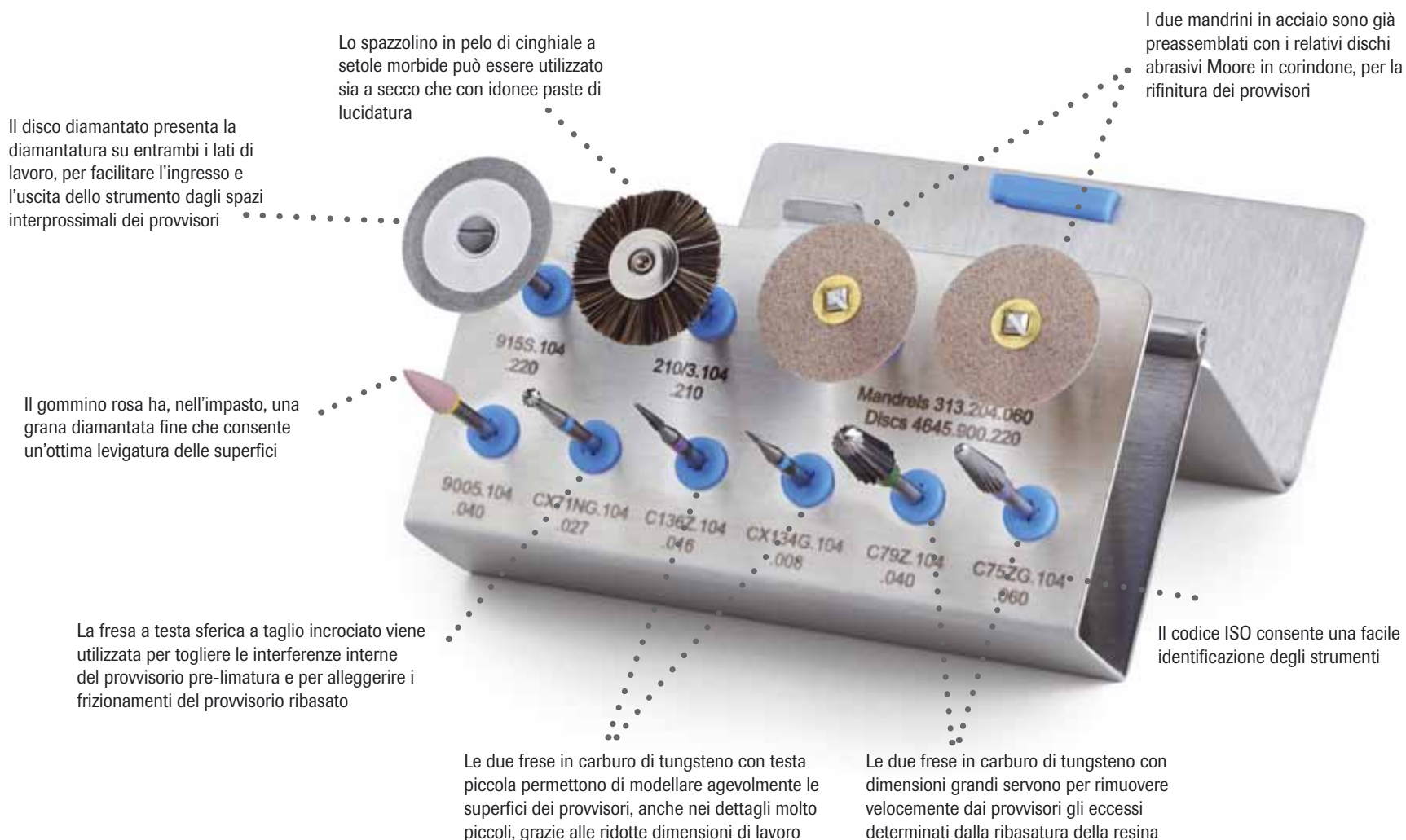




## Preparation and finishing drills for temporary bridges B.O.P.T. technique del Dott. Ignazio Loi

Dopo il grande successo ottenuto dal set di frese per la preparazione a finire del moncone naturale, viene presentato in occasione del 12° Premium Day, International Congress on Implant Prosthodontics, il nuovo kit di frese per la preparazione e finitura dei provvisori in resina secondo la tecnica B.O.P.T., che prevede la preparazione verticale del moncone 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 ad adattarsi naturalmente alla preparazione ed al restauro.

Questa selezione di strumenti rotativi consente di affrontare tutti gli step di adattamento e finitura dei provvisori in resina per la riabilitazione dei monconi preparati verticalmente secondo la tecnica B.O.P.T..



## GENESYS L'evoluzione dell'otturazione canalare

Genesys è un nuovo sistema di otturazione completo per il trattamento tridimensionale dell'intero canale radicolare.

Un innovativo processo di riscaldamento dei plugger consente di **raggiungere rapidamente temperature di lavoro sopra i 300°C**: questo il vero plus del dispositivo.

Composto da due distinte unità wireless molto leggere e da una basetta, che funge sia da supporto che da caricatore, il sistema Genesys è alimentato da batterie ricaricabili al litio di ultima generazione.

Genesys Pack mantiene le stesse funzionalità dei manipoli per otturazione verticale per effettuare la sigillatura del terzo apicale, del terzo medio e dei canali laterali.

Genesys Fill rappresenta l'evoluzione della pistola wireless per effettuare la sigillatura del terzo coronale; l'estrusione della guttaperca è comandata da un motore elettrico che permette di dosarla con molta facilità.

Entrambi i manipoli presentano un design snello per la massima ergonomia.

Gli esclusivi plugger (compattatori e portatori di calore) per il manipolo Pack beneficiano di un semplice sistema di inserimento e sono disponibili in cinque misure.

Il cilindro di guttaperca che viene portato in tempi rapidi alla temperatura impostata è alloggiato all'interno dell'ago del manipolo Fill, in modo che la guttaperca sia scaldata in prossimità del punto di estrusione.

## V Meeting Mediterraneo AIOP



Riccione, 12-13 Aprile



“Interazione fra le varie discipline nel trattamento restaurativo dell’area estetica”: con questa sessione clinica congiunta si è aperto venerdì 12 aprile il V Meeting Mediterraneo dell’AIOP, un evento compartecipato tra i protesisti dell’AIOP e gli ortodontisti del gruppo FACE (Functional And Cosmetic Excellence), riuniti per trattare in modo veramente multidisciplinare l’estetica del viso, esplorando nuove possibilità di interazione tra queste due branche.

## III Congresso Odontoiatrico Mediterraneo

Bari, 12-13 aprile 2013

Pubblichiamo il messaggio giunto dalla direzione organizzativa dell’evento:

Un sincero ringraziamento all’azienda SWEDEN & MARTINA per la preziosa collaborazione nella realizzazione del III Congresso Odontoiatrico Mediterraneo (XIII Memorial Vittorio Nisio, X Congresso AIO, III Convegno Appulo-Lucano AIDI). Il successo della manifestazione, che offre ogni anno un programma di alta rilevanza scientifica, ha superato ogni più rosea aspettativa nonostante la contemporanea presenza di numerosi eventi in ambito odontoiatrico a livello nazionale. I risultati ottenuti confermano l’importanza del lavoro di squadra svolto con professionalità e tenacia per realizzare un evento nel sud Italia, di caratura nazionale, con relatori di chiara fama, per ricordare una delle figure più rappresentative dell’odontoiatria pugliese, il “Prof Vittorio Nisio”.

I positivi riscontri della manifestazione sono stati possibili anche grazie al Vostro contributo. Vi siamo particolarmente riconoscenti per la disponibilità, la collaborazione e il sostegno in un periodo difficile, non solo per il mondo odontoiatrico. Nuovi orizzonti si intravedono per l’edizione futura del convegno che, grazie alle Vostre osservazioni, organizzeremo con il solito impegno migliorando sempre più la qualità dell’aggiornamento in ambito odontoiatrico.



## Collegio dei Docenti



Roma, 18-20 Aprile

Da giovedì 18 a sabato 20 aprile, presso gli Studios di Cinecittà, si è svolto il XX Congresso nazionale del Collegio dei docenti di odontoiatria. Filo conduttore i tre temi chiave: Evidenza Scientifica, Interdisciplinarietà e Tecnologie Avanzate. Come ha sottolineato la prof.ssa Antonella Polimeni, Presidente del Collegio dei Docenti di Odontoiatria nonché direttore del dipartimento di Scienze odontostomatologiche della Sapienza “Attraverso il coinvolgimento di prestigiose Società Scientifiche del nostro settore che hanno previsto un’offerta formativa anche internazionale, congiuntamente al Collegio, si è rafforzato il rapporto di osmosi con la Comunità Accademica”.

## Endodonzia dell’ultimo ventennio



Prof. Vinio Malagnino, Vicenza, 18 Maggio



“Endodonzia dell’ultimo ventennio, dagli strumenti in acciaio al movimento reciprocante con strumenti in nichel-titanio: considerazioni tecniche, cliniche e biologiche”: questo il vastissimo argomento affrontato davanti ad un pubblico numeroso dal prof. Vinio Malagnino a Vicenza, in collaborazione con ANDI.





# 30

**Prof. Ugo Covani, Prof. Juan Manuel Aragonese, Madrid, 17-18 maggio**

## Corso teorico pratico sull'utilizzo del dispositivo Magnetic Mallet

In collaborazione con l'Università Mississippi di Madrid Sweden & Martina ha organizzato lo scorso 17 e 18 maggio un corso sul corretto uso del dispositivo magneto-dinamico Magnetic Mallet, approfondendo le tecniche di suturazione dei tessuti molli e le tecniche di rialzo del seno. Il corso, diretto dal Prof. Ugo Covani e dal Prof. Juan Manuel Aragonese, ha permesso ai numerosi partecipanti l'utilizzo pratico del dispositivo in tutte le sue applicazioni.



**Dott. Ignazio Loi, odt Antonello Di Felice, Barcellona, 10-11 maggio**

## Corso sulla Tecnica B.O.P.T., dott. Ignazio Loi e odt Antonello Di Felice



L'attesa era molta, a Barcellona, per la presentazione della tecnica B.O.P.T. da parte del dott. Ignazio Loi con l'odt Di Felice. E i riscontri talmente entusiasti da aver generato immediatamente l'invito al dott. Ignazio Loi da parte del Presidente della SEPES Spagnola, per tenere un altro corso sulla stessa tecnica il 31 gennaio e 1 febbraio p.v. a Madrid.



Eventi Internazionali



## ITALIA BRASILE "ESTETICA FUORI DAGLI SCHEMI"

**Dott. R. Cocchetto**  
**Dott.R. Hirata**  
**Dott. S. Kina**  
**Dott. I. Loi**  
**Dott. O. Scopin**  
**Dott.ssa F. Vailati**

Il sorriso, è uno degli aspetti che attira maggiormente l'attenzione nei rapporti umani, e i denti, nella loro armonia di forma e colore, hanno molta rilevanza nel renderlo più gradevole. L'estetica e la funzione sono oggi i nostri obiettivi nelle riabilitazioni dentali. Grandi sono stati i progressi della ricerca nel campo della tecnologia e dei materiali dentali con l'obiettivo di raggiungere e imitare il dente naturale nella struttura, funzione e nella sua bellezza estetica. Lo stato dell'arte oggi, "usando i materiali a disposizione, tecniche di preparazione di denti naturali e degli abutments, fuori dai consueti protocolli e i restauri adesivi in ceramica e composito", ci consente di raggiungere risultati estetici e funzionali di assoluta eccellenza. L'obiettivo di questo incontro è mostrare, partendo da solide basi scientifiche, cliniche ed odontotecniche, le procedure, le tecniche e i materiali per raggiungere gli obiettivi preposti. Il culto estetico dei brasiliani, la fantasia e il culto dell'arte italiana e la precisione svizzera, riescono a fondere arte e scienza, realizzando autentiche opere d'arte dentali.

**San Marino**  
**Centro Congressi Kursaal**  
27 e 28 Settembre 2013

Corso

Linea protesica B.O.P.T. su impianti  
BIOLOGIC PROTESIS



COMING SOON



# Lo stato dell'Arte in Odontoiatria

Dott. Gianfranco Politano e  
Dott. Panagiotis Bazos,  
Gruppo Bioemulations

Prof. Giuseppe Iaria



Lo stato dell'arte oggi in odontoiatria adesiva è promuovere un approccio a basso impatto biologico, che tenda a preservare la struttura dentale residua utile alla funzione meccanica del complesso dente-restauro.

Ove ne esistano le condizioni meccaniche, una protesi adesiva parziale si sta sostituendo a restauri completi ritentivi: ciò produce grandi vantaggi biologici, meccanici ed economici.

Purché diligentemente progettati ed eseguiti, i substrati adesivi hanno dimostrato di essere affidabili nel tempo, conferendo così un legame sicuro tra dente e restauro. Tuttavia, la profonda conoscenza delle enormi variabili che inevitabilmente si esprimono su ogni elemento dentale da trattare, dei principi biomeccanici ad esse correlate e delle tecniche conservative di preparazione del dente e dei substrati adesivi, sono fattori essenziali per creare le condizioni ottimali e la sinergia tra odontoiatra ed odontotecnico per la realizzazione di una ripristino dell'elemento dentale con buona prognosi a lungo termine.

I progressi tecnologici applicati nei vari ambiti odontoiatrici hanno permesso il raggiungimento di standard qualitativi difficilmente ipotizzabili anche solo qualche anno fa.

Ciò ha rappresentato per noi odontoiatri un passaggio epocale da "mestieranti" o "grandi maestri" a professionisti capaci di applicare routinariamente con conoscenza, capacità ed arte le moderne conquiste tecnologiche.

Nanotecnologie, nuove superfici, materiali, attrezzature elettromedicali soniche, magnetiche, piezo-elettriche, laser, cad-cam, cone-beam, microscopia, ma anche nuove tecniche, hanno rivoluzionato la nostra professione facendo sì che lo "stato dell'arte" debba considerarsi come il raggiungimento di una eccellenza clinica alla data.

Hanno collaborato a questo numero:

Roberto Abundo  
Lorraine Bettin  
Valeria Bonotto  
Gaetano Calesini  
Luigi Canullo  
Paola Cicchese  
Marco Csonka  
Silvia Cuccarolo  
Isabella D'Angelo  
Gianfranco Politano  
Panagiotis Bazos  
Giuseppe Iaria  
Fabio Marinotti  
Marina Mirandola Minuzzi  
Maria Pia Mottola  
Paolo Mottola  
Gianfranco Parente  
Armando Ponzi  
Angelo Sisti  
Agostino Scipioni  
Alessio Terziani  
Xavier Vela  
Giulia Volpin  
Glorianna Zangiacomì

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 16  
giugno/novembre 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



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

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

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

Cell. \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

È già cliente Sweden & Martina?  SÌ  NO

- Sono interessato a ricevere copia cartacea della rivista
- Sono interessato a ricevere la newsletter alla mia casella di posta elettronica
- Sono interessato a ricevere la visita di uno specialista di prodotto \_\_\_\_\_
- Sono interessato a venire a visitare l'azienda
- Sono interessato a pubblicare un case report su Numeri UNO
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Implantologia**
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Implantologia Vol. 2**
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Implantologia Vol. 3**
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Strumenti Canalari Mtwo**  
Seconda edizione, giugno 2012
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Cementazione Adesiva Bisco**