

NUMERI UNO

ESSE&EMME NEWS MAGAZINE N° 4 aprile/giugno 2009

sweden & martina

Amerigo Vespucci, 23 maggio 2009

"Implantologia vs Endodonzia"
il congresso che si terrà sulla Nave
Scuola Amerigo Vespucci ormeggiata
all'Arsenale Militare di La Spezia

Master di Ortodonzia Intercettiva

Tra i relatori il
Dr. Earl O. Bergersen
ideatore del trattamento con
dispositivi Occlus-O-Guide e
Nite Guide

X Premium Day

Le anticipazioni del congresso
nazionale di implantoprotesi
integrata e il corso precongres-
suale del Prof. Gerard J. Chiche



Sulle rotte dell'Odontoiatria



PREMIUM DAY 2009

X Congresso Nazionale di Implantoprotesi Integrata

18 19 e 20 GIUGNO 2009

TEATRO CONGRESSI
PIETRO D'ABANO

Largo Marconi, 16
35031 Abano Terme Padova
www.abanocongressi.com

sweden & martina

GIOVEDÌ 18 GIUGNO 2009

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

9.00 Recipes for predictable anterior esthetics * **Gerard J. Chiche**

Presidente di corso: **Gaetano Calesini** Moderatore: **Ian Cardarelli**

VENERDÌ 19 GIUGNO 2009

SESSIONE ODONTOIATRI

Sala Plenaria, Teatro Congressi "Pietro d'Abano"

8.30 Registrazione partecipanti

9.15 Inizio lavori e benvenuto

Presidente di sessione: **Gian Antonio Favero**

09.30 **Lectio Magistralis**

Long-Term performance and longevity of porcelain laminate veneers*

Gerard Chiche

10.45 Osteointegrazione implantare nei siti compromessi

Daniele Botticelli

11.15 Valutazioni a lungo termine dell'Impianto Global:

considerazioni radiografiche, cliniche e istologiche

Carlo Maiorana, Davide Farronato

11.45 Coffee Break

12.15 L'interfaccia osso-impianto: il ruolo degli studi in vitro

Guido Macaluso

12.45 Riabilitazione implantoprotesica post-traumatica e post-oncologica

Salvatore Parascandolo

13.15 Lunch Break

Presidente di sessione: **Gaetano Calesini**

14.30 I vantaggi dell'impianto Premium Kohno nella chirurgia sostitutiva

dell'arcata dentaria

Ugo Covani

15.00 Implantologia protesicamente guidata: materiali e metodi

Lorenzo Garagnani, Stefano Valbonesi

15.30 Sollevamento del seno mascellare con approccio crestale

Agostino Scipioni

16.00 Coffee Break

Presidente di Sessione: **Enrico Gherlone**

16.30 Finalizzazione della protesi fissa implantare mediante elementi

singoli

Alfonso Baruffaldi

17.00 Considerazioni estetiche negli impianti post-estrattivi

Roberto Cornolini

17.30 Impianti post-estrattivi biologicamente guidati:

attuali orientamenti chirurgici e protesici

Angelo Sisti, Stefano Conti

18.00 Fine lavori

20.00 **Cena di gala** presso la sede Sweden & Martina di Due Carrare (PD)

SESSIONE ODONTOTECNICI Sala Pietro d'Abano, Teatro Congressi "Pietro d'Abano"

8.45 Registrazione partecipanti

9.30 Applicativi informatici, individualità dei monconi: soluzioni e considerazioni

Diego Bassani

10.15 Soluzioni tecniche per protesi avvitata **Massimo Soattin**

11.00 Coffee Break

11.45 Soluzioni tecniche per protesi cementata **Roberto Canalis**

12.30 Digital work: evoluzione al servizio della creatività **Carlo Baroncini**

13.15 Lunch Break

14.30 Occlusione: 20 anni di esperienze **Ettore Morandini**

15.15 Edentulia totale... **Reginaldo Bartolloni**

16.00 Coffee Break

16.30 Manufatti impianto-protesici in zirconio

Marco Stopaccioli, Graziano Giangiuliani, Giuliano Vitale

17.30 Conclusione dei lavori e consegna degli attestati di partecipazione

20.00 **Cena di gala** presso la sede Sweden & Martina di Due Carrare (PD)

SESSIONE IGIENISTI Sala Astrolabio - A, Teatro Congressi "Pietro d'Abano"

8.45 Registrazione partecipanti

9.30 Evoluzione tecnologica in terapia parodontale non chirurgica

Annamaria Genovesi

11.00 Coffee Break

11.45 Moderni orientamenti in parodontologia non chirurgica:

dalla diagnosi alla scelta terapeutica

Fortunato Alfonsi

12.30 Ruolo dell'igienista dentale nel trattamento delle perimplantiti

Selvaggia Mason

13.15 Lunch Break

14.30 Le lesioni dei tessuti orali: cosa bisogna conoscere

Gianluca Bozzolo

15.15 Cancro orale ed equipe odontoiatrica: moltiplicare le sinergie

Alessandro Zini

16.00 Coffee Break

16.30 La gestione dello stress del paziente nelle varie fasi del trattamento chirurgico

Gianna Maria Nardi

17.15 Conclusione dei lavori e consegna degli attestati di partecipazione

20.00 **Cena di gala** presso la sede Sweden & Martina di Due Carrare (PD)

SESSIONE ASSISTENTI Sala Astrolabio - B, Teatro Congressi "Pietro d'Abano"

8.45 Registrazione partecipanti

9.30 Corso di chirurgia orale e implantare per assistenti (parte I)

Stefano Paci

11.00 Coffee Break

11.45 Corso di chirurgia orale e implantare per assistenti (parte II)

Stefano Paci

13.15 Lunch Break

14.30 Le lesioni dei tessuti orali: cosa bisogna conoscere

Gianluca Bozzolo

15.15 Cancro orale ed equipe odontoiatrica: moltiplicare le sinergie

Alessandro Zini

16.00 Coffee Break

16.30 La gestione dello stress del paziente nelle varie fasi del trattamento chirurgico

Gianna Maria Nardi

17.15 Conclusione dei lavori e consegna degli attestati di partecipazione

20.00 **Cena di gala** presso la sede Sweden & Martina di Due Carrare (PD)

SABATO 20 GIUGNO 2009

SESSIONE ODONTOIATRI

Sala Plenaria, Teatro Congressi "Pietro d'Abano"

8.30 Registrazione partecipanti

Presidente di sessione: **Franco Santoro**

9.00 Il razionale biologico nell'implantologia post-estrattiva

Fabrizio Morelli

9.30 Platform switching: conseguenze cliniche di diversi mismatching

e delle caratteristiche ossee

Luigi Canullo

10.00 Protocolli chirurgici semplificati nelle riabilitazioni delle

edentulie totali

Alberto Becattelli

10.30 Il recupero funzionale ed estetico degli elementi

parodontalmente compromessi

Leonardo Trombelli

11.00 L'Acido poli-lattico nella chiusura delle finestre antrali e in

chirurgia oro-facciale

Gian Paolo Poli, Adriano Bobbio

11.30 Coffee Break

12.00 Predicibilità del risultato estetico nell'implantologia dei settori

frontali; considerazioni biologiche e chirurgiche

Marco Csonka

12.30 Terapia parodontale non chirurgica: possibilità e limiti della

strumentazione con ultrasuoni

Alessandro Bermond des Ambroises, Carlo Saccone

13.00 Conclusione dei lavori e consegna degli attestati di partecipazione

Si prospettano mesi di grandi e interessanti eventi per il mondo odontoiatrico.

Il 17 e 18 aprile 2009 ci incontreremo a Riccione al Meeting Mediterraneo AIOIP che quest'anno si focalizzerà su Il trattamento multidisciplinare: sinergie fra odontoiatria restaurativa, implantologia e ortodonzia. Lo stesso giorno a Roma si terrà il Congresso dei Docenti, in cui il Dr. Gianni Manes Gravina e il Dr. Gaetano Ierardo terranno un workshop sul tema dell'Ortodonzia Intercettiva e Preventiva, Moderatore il Prof. Claudio Chimenti.

Il 23 maggio 2009 Sweden & Martina in collaborazione con la Marina Militare ha organizzato il congresso Sulle Rotte dell'Odontoiatria dedicato a professionisti del mondo odontoiatrico che si terrà sulla Nave Scuola Amerigo Vespucci che in quei giorni sarà ormeggiata presso l'Arsenale Militare di La Spezia. L'evento, dedicato a un numero accuratamente selezionato di professionisti che potranno prenderne parte solo su invito, verterà su un argomento tanto ampio quanto interessante: Implantologia vs Endodonzia. Tra i relatori presenti: il Dr. Dario Andreoni, il Prof. Lorenzo Breschi, il Dr. Luigi Canullo, il Dr. Fabio Gorni, il Dr. Sandro Marcoli.

Questo evento è segnale evidente del desiderio di Sweden & Martina di voler arricchire e innovare il mercato di riferimento con interessanti collaborazioni, continui lavori focalizzati allo sviluppo e al miglioramento dei prodotti che permetteranno di incrementare le conoscenze di tutti i partecipanti, dando innovativi spunti all'attività clinica e all'arricchimento culturale del professionista.

Negli stessi giorni Sweden & Martina sarà presente al 52° Congresso Amici di Brugg che si terrà a Rimini dal 21 al 23 maggio, in un'edizione come al solito ricca di sorprese. Lo stesso giorno a Catania si

svolgerà il Cenacolo Etneo in cui saranno presenti due grandi nomi dell'odontoiatria, il Prof. Ugo Covani e il Prof. Vinio Malagnino.

Formazione e aggiornamento verranno proposte inoltre al prossimo Congresso Nazionale di Implantoprotesi Integrata, il X Premium Day - Abano Terme dal 18 al 20 giugno 2009. Come affermato da numerosi professionisti del settore i contenuti quest'anno sono di elevatissimo spessore scientifico e culturale. Il corso pregressuale sarà tenuto da un relatore di fama internazionale: il Prof. Gerard Chiche che oltre alla giornata del giovedì 18 giugno terrà anche la Lectio Magistralis del 19 giugno per introdurre quindi i numerosi relatori della sessione odontoiatri e delle sessioni parallele dedicate a odontotecnici, igienisti e assistenti di cui avrete una breve anticipazione all'interno di Numeri Uno.

Con grande entusiasmo è stato accolto il Master di Ortodonzia Intercettiva con tecniche Occlus-o-Guide, che si è tenuto lo scorso 21 marzo presso il Centro Congressi Sweden & Martina a Due Carrare (PD), in cui hanno relazionato il Dr. Earl O. Bergersen, colui che ha ideato e sviluppato le tecniche di trattamento di Ortodonzia Intercettiva con dispositivi Occlus-o-Guide e

Nite-Guide; il Prof. Giampietro Farronato, recentemente nominato Direttore della Scuola di Specializzazione di Ortognatodonzia di Milano e la Prof.ssa Antonella Polimeni Direttore del Dipartimento di Scienze Odontostomatologiche dell'Università La Sapienza di Roma. Tra i relatori inoltre il Dr. Pietro Manzini specialista ed autore di numerose pubblicazioni di carattere ortodontico tra cui il libro "L'utilizzo dei dispositivi Nite-Guide e Occlus-o-Guide in terapia preventiva e intercettiva" scritto a due mani con il Dr. E. O. Bergersen; il Dr. Gianni Manes e il Dr. Gaetano Ierardo le cui attività scientifiche sono indirizzate prevalentemente alle problematiche ortodontiche e la Dr.ssa Irene Malagnino, Specialista in Ortognatodonzia che da otto anni svolge attività libero professionale esclusivamente come ortodontista.



È online il nuovo sito web

www.sweden-martina.it

con una navigazione semplice e intuitiva. Iscrivetevi per poter accedere alle Aree Riservate contenenti informazioni e approfondimenti su novità di prodotto, studi clinici in corso, progetti in fase di lavorazione direttamente dall'ufficio Ricerca & Sviluppo.



CASE REPORT: Il successo della terapia implantare è legato a canoni ben descritti nella letteratura classica¹. Oggi il successo del trattamento non può prescindere da una corretta resa estetica finale.

L'utilizzo della tecnologia CadCam *echo* per il trattamento protesico di tipo cementato delle edentulie singole in zona estetica

Dr Gianluca Paniz

Per il raggiungimento di un risultato estetico adeguato è necessaria una corretta pianificazione del caso, un corretto posizionamento tridimensionale implantare e una corretta gestione dei tessuti molli peri-implantari, sia sotto il profilo chirurgico che sotto quello protesico^{2,3,4,5}. La corretta scelta dei materiali inoltre aiuta ad ottenere un aspetto naturale, sia della componente bianca dentale che della componente rosa gengivale. Oggi, con l'avvento dei materiali cosiddetti "metal-free" e delle tecnologie CadCam, le soluzioni protesiche implantari sono svariate e sempre più predicibili^{6,7,8,9}. **Questo case report illustra la finalizzazione protesica di un impianto Sweden & Martina (Outlink, ø 3.75, l 13mm) posizionato nella zona edentula di un incisivo laterale superiore di sinistra. La protesizzazione, di tipo cementato, è stata eseguita con l'utilizzo del sistema CadCam Echo di Sweden & Martina, che ha permesso la fabbricazione di un moncone implantare individuale in zirconio e successivamente di una corona in ceramica integrale.**

Materiali e metodi

Una giovane paziente di 39 anni si presenta alla mia attenzione per completare il trattamento di un incisivo laterale mancante. Un impianto dentale è stato posizionato 4 mesi prima a livello dell'incisivo laterale superiore di sinistra (Fig. 1 e 2).



Figura 1



Figura 2

L'impianto (Outlink, Sweden & Martina) posizionato in maniera tridimensionalmente corretta, è perfettamente integrato, già completo di vite di guarigione transmucosa, presenta sondaggio fisiologico, senza sanguinamento e ISQ di 76 (Fig. 3).



Figura 3

In seguito alla rimozione della vite transmucosa di guarigione, un transfer da impronta per tecnica pick-up viene inserito sull'impianto (Fig. 4) e una radiografia di controllo viene eseguita al fine di verificare il perfetto inserimento della componentistica protesica nell'impianto.



Figura 4

Un'impronta con materiale Polietere (Impregum Penta Soft, 3M ESPE) viene eseguita a livello implantare utilizzando la tecnica "open-tray" (Fig. 5).



Figura 5

L'impronta dentale viene colata in gesso di IV tipo per la fabbricazione del modello di lavoro master, dopo aver opportunamente inserito un appropriato analogo di laboratorio. In seguito alla realizzazione di una ceratura diagnostica dell'elemento in questione, un provvisorio di tipo avvitato viene realizzato con l'utilizzo di un coping provvisorio in titanio rivestito di resina acrilica. Il provvisorio, necessario per una corretta maturazione dei tessuti molli peri-implantari, viene mantenuto in sito per un paio di mesi prima di procedere con le varie prove del restauro definitivo. Il modello master, con e senza ceratura, viene scansiono dallo scanner Sweden & Martina (Echo Scanner).

Sulla base della scansione effettuata, un moncone implantare individuale per protesi di tipo cementata, viene disegnato (Echo Software) e successivamente fabbricato (Centro di Produzione Echo). Una volta realizzato, il moncone implantare viene verificato in bocca della paziente al fine di assicurarne la congruità con i livelli dei tessuti molli peri-implantari (Fig. 6 e 7).



Figura 6



Figura 7

Dopo aver verificato l'adeguatezza dei margini di finitura del moncone, una scansione della superficie dello stesso viene effettuata con lo scanner Echo al fine di realizzare una cappetta in ossido di zirconio per la futura corona in zirconio-ceramica. Verificatane la congruità sul modello di lavoro master, la cappetta viene completata con l'applicazione di una corretta ceramica feldspatica di rivestimento, seguendo le indicazioni della casa produttrice. Al raggiungimento di un'adeguata resa estetica, moncone e corona vengono verificati alla prova biscotto. Dopo aver verificato l'occlusione e determinato le necessarie modifiche, tutte le informazioni vengono nuovamente trasferite al laboratorio per la finalizzazione del lavoro. Una volta verificata anche con la paziente l'adeguata resa estetica, una nuova vite implantare di serraggio del moncone implantare viene utilizzata e il moncone viene serrato a 32N con l'impiego di una chiave dinamometria.

Quindi la corona viene cementata con l'utilizzo di un cemento provvisorio (Hy-Bond temporary cement, Shofu) che viene accuratamente rimosso in seguito a completo indurimento. A circa 3 mesi dalla consegna del manufatto protesico, si nota l'ottima integrazione biologica ed estetica del restauro realizzato (Fig. 8 e 9).



Figura 8



Figura 9

Discussione

La gestione dell'estetica implantare nei casi di edentulia singola, è particolarmente delicata se si vuole riuscire a mimare le caratteristiche estetiche dei tessuti molli e duri adiacenti. Indubbiamente, con l'evoluzione dei sistemi ceramici integrali, notevoli miglioramenti si sono verificati rispetto alle tradizionali ceramiche integrali. A livello implantare, l'avvento della tecnologia CadCam, ha reso possibile la creazione anche di monconi individuali in ceramica integrale, sfruttando le proprietà dell'ossido di zirconio. Nel nostro caso specifico, l'impiego della sistematica CadCam Echo di Sweden & Martina, ha reso possibile il raggiungimento di una buona resa estetica nel trattamento dell'edentulia singola di un incisivo laterale. Nonostante la presenza di una particolare colorazione dentale e soprattutto di un biotipo parodontale, o peri-implantare, sottile, il restauro protesico realizzato si integra adeguatamente con la dentatura circostante.

Conclusioni

La sistematica CadCam Echo rappresenta un'ottima soluzione per trattamenti implanto-protesici in zona estetica quando si voglia optare per soluzioni implanto-protesiche di tipo cementato.

Si ringrazia il Sig. Diego Bassani per la realizzazione di tutte le fasi di laboratorio.

Bibliografia

1. Zarb G, Albrektsson T. Consensus Report: Towards Optimized Treatment Outcomes for Dental Implants. *Int J Prosthodont* 1998; 11:389-396.
2. Grunder U, Gracis S, Capelli M. Influence of 3-D Bone-to-Implant Relationship on Esthetics. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2005; 25:113-119.
3. Buser D, Martin W, Belser UC. Optimizing esthetics for implant restorations in the anterior maxilla: anatomic and surgical considerations. *Int J Oral Maxillofac Implants*. 2004;19 Suppl:43-61.
4. Allen EP. Use of mucogingival surgical procedure to enhance esthetics. *Dent Clin North Am* 1988; 32: 307-330.
5. Rompen E, Raepsaet N, Domken O, Touati B, Van Dooren E. Soft tissue stability at the facial aspect of gingivally converging abutments in the esthetic zone. *J Prosthet Dent* 2007; 97:119.
6. Barclay CW, Last KS, Williams R. The clinical assessment of a ceramic-coated transmucosal collar. *Int J Prosthodontics* 1996; 9(5): 466-472.
7. Glauser R, Sailer I, Wohlwend A, Studer S, Schibli M, Shaker P. Experimental zirconia abutments for implant-supported single-tooth restorations in esthetically demanding regions: 4-year results of a prospective clinical study. *Int J Prosthodont* 2004; 17: 285-290.
8. Henriksson K, Jemt T. Evaluations of custom-made pro-cera ceramic abutments for single-implant tooth replacement: a prospective 1-year follow-up study. *Int J Prosthodont* 2003; 16: 626-630.
9. Jung, R E; Holderegger, C; Sailer, I; Khraisat, A; Suter, A; Hämmerle, C H (2008). The effect of all-ceramic and porcelain-fused-to-metal restorations on marginal peri-implant soft tissue color: a randomized controlled clinical trial. *The International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry*, 28(4): 357-365.

Dr. Gianluca Paniz



- Adjunct Assistant Professor, Graduate and Postgraduate Prosthodontics, Tufts University School of Dental Medicine, Boston, Mass.
- Docente, Master Implantologia Osseointegrata, Università degli Studi di Padova, Italy.
- Laureato presso l'Università degli Studi di Padova con il massimo dei voti nel luglio del 2002 (D.D.S.).

- Dal 2003 al 2006 si trasferisce a Boston (USA) dove frequenta la "TUFTS University School of Dental Medicine". Lì consegue la Specializzazione in Protesi (Certificate of Advanced Education in Prosthodontics) al termine di un corso triennale e il "Master of Science (M.S.)" in Prosthodontics, con una ricerca sul risultato estetico di corone in metallo-ceramica e in ceramica integrale.

- Sempre nel 2006 consegue anche la specializzazione in Estetica Dentale (Certificate of Advanced Education in Esthetic Dentistry).
- Dal gennaio 2007 lavora a Padova e Verona, dedicandosi esclusivamente alla Protesi Fissa e Rimovibile, su denti naturali e su impianti.
- Attualmente è docente nel Master in Implantologia Osseointegrata

dell'Università di Padova e "Adjunct Assistant Professor" nel Dipartimento di Protesi della TUFTS University, dove svolge attività clinica e di ricerca.

- Diplomato dell'American Board of Prosthodontics.

CASE REPORT: Scopo del case report è di presentare i risultati clinici relativamente a un carico precoce, dopo sei settimane dal posizionamento degli stessi, di impianti destinati a supportare una riabilitazione implanto-protesica nella mandibola posteriore edentula.

Carico precoce di impianti dentali che sostengono una protesi fissa nella mandibola posteriore edentula



Dr. Graziano Severi

- Laureato in Medicina e Chirurgia con lode presso l'Università degli studi di Bologna. Ha frequentato per tre anni la clinica Odontoiatrica della stessa Università.

- È stato allievo:
 - al corso annuale di parodontologia e di implantologia tenuto dal Dr. Carlo Tinti di Flero (Brescia)
 - al corso di implantologia e protesi implantare tenuto dal Dr. Angelo Sisti e dal Dr. Stefano Conti presso il centro corsi Sweden & Martina
 - al corso annuale di parodontologia tenuto dal Prof. Leonardo Trombelli di Ferrara

- Si occupa prevalentemente di chirurgia implantare semplice e avanzata, di chirurgia parodontale e di protesi.

- Esercita la libera professione in Carpi (Modena).

- Collabora con numerosi studi Odontoiatrici in Emilia Romagna e Lombardia.

Abstract

Gli impianti sono stati posizionati in sede 45-46 e caricati precocemente entro sei settimane dalla prima fase chirurgica con notevoli benefici psicologici e funzionali per il paziente. L'articolo è rivolto principalmente ai neofiti che vogliono acquisire una tecnica implantoprotesica semplice e di sicuro successo e ai colleghi più esperti dai quali accetto umilmente le critiche.

Introduzione

Il successo a lungo termine degli impianti osteointegrati che supportano protesi totali o parziali è ben documentato in letteratura. Secondo i principi della osteointegrazione descritti da Branemark il contatto diretto tra la superficie dell'impianto in titanio e l'osso viene portato a termine a completa guarigione dopo il posizionamento dell'impianto. I prerequisiti che permettono l'osteointegrazione si possono così riassumere: minimo trauma chirurgico, elevata stabilità primaria, assenza di infezioni e micromovimenti. Il protocollo originale prevedeva pertanto un periodo di attesa tra la fase chirurgica e quella protesica di almeno tre/sei mesi. Il carico prematuro fu considerato dannoso in quanto si pensava portasse alla formazione di un guscio fibroconnettivo tra la vite e l'osso (fibrointegrazione) e di conseguenza il fallimento dell'impianto. Il presupposto che occorresse un periodo di guarigione di tre mesi per gli impianti inseriti nella mandibola e di sei mesi per gli impianti inseriti nel mascellare superiore per ottenere l'osteointegrazione non è mai stato documentato da studi sperimentali. Del Fabbro e collaboratori hanno evidenziato che si possono ottenere percentuali elevate di sopravvivenza di impianti caricati dopo un breve periodo di guarigione entro sei settimane dal posizionamento (CARICO PRECOCE) o immediatamente dopo l'inserimento (CARICO IMMEDIATO). Il carico funzionale di un impianto può essere immediato, precoce o convenzionale. Il carico immediato vede l'attivazione dell'impianto entro due o tre giorni dall'inserimento, quello precoce dopo 6-8 settimane e quello convenzionale dopo 3-6 mesi. Tutto ciò in accordo a quanto stabilito durante il World Congress Consensus Meeting tenutosi a Barcellona (Spagna) nel 2002 e di seguito confermato durante il Consensus Conference di Gstaad in Svizzera nel 2003. Le indicazioni all'utilizzo di ciascuna procedura di carico sono condizionate da fattori di ordine estetico e funzionale. Il carico immediato richiede una buona qualità e quantità di osso per ottenere una buona stabilità primaria dell'impianto dopo l'inserimento. Tale metodica viene solitamente utilizzata per impianti inseriti nel settore anteriore della mandibola.

Il CARICO PRECOCE invece è la procedura maggiormente utilizzata grazie alle nuove superfici implantari con proprietà osteoconduttive che favoriscono lo sviluppo di vasi sanguigni e la formazione di nuovo osso. Con le nuove forme e superfici implantari il carico convenzionale è sempre meno utilizzato. Il requisito essenziale per permettere un carico immediato è la stabilità primaria una volta posizionato nell'osso.

I parametri che concorrono a determinare la stabilità primaria dell'impianto presupposto essenziale per ottenere l'osteointegrazione si possono così riassumere:

- qualità e quantità dell'osso disponibile

- design, superficie e dimensioni dell'impianto

I requisiti che permettono il successo chirurgico si possono così riassumere:

- inserimento dell'impianto in osso preferibilmente di tipo uno-due
- utilizzo di impianti a superficie micro ruvida
- stabilità primaria dell'impianto tra 32 e 55 N/cm²

Materiali e metodi

Un paziente maschio fumatore di 42 anni si è presentato alla nostra osservazione con la mandibola priva di 45-46 come ben visibile nella OPT (Figura 1).



Figura 1

I denti naturali erano stati estratti circa due anni prima residuando un volume osseo adeguato al posizionamento degli impianti con abbondante quantità di gengiva aderente cheratinizzata.

Esame obiettivo:

- mandibola parzialmente edentula per assenza di 45-46
- osso di qualità adeguata al posizionamento dell'impianto
- abbondante quantità di gengiva aderente cheratinizzata
- adeguato spazio interocclusale con la dentatura antagonista riferibile a uno scheletrato, in relazione centrica

Procedura chirurgica

Prima fabbricazione di una ceratura diagnostica e di guida chirurgica si procede alla prima fase chirurgica relativa al posizionamento degli impianti. Dopo anestesia locale indotta mediante infiltrazione plessica di articaina 1:100.000 in paziente sottoposto a profilassi antibiotica con 2gr di amoxicillina un'ora prima della procedura chirurgica si effettua un'incisione crestale a tutto spessore (Figura 2).



Figura 2

Terminata l'incisione crestale si solleva un lembo a tutto spessore (Figure 3 e 4).



Figura 3



Figura 4

Con una sonda parodontale si misura lo spessore della sella edentula (Figura 5) e si procede con una fresa diamantata montata su turbina a regolarizzare la cresta (Figura 6).

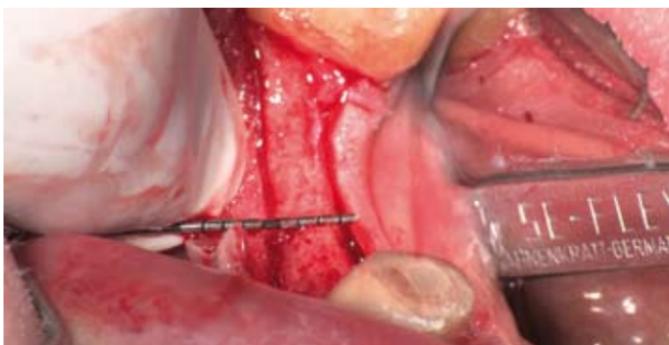


Figura 5



Figura 6

A questo punto inizia la preparazione del sito implantare per l'inserimento del primo impianto in posizione 46.

Con una fresa diamantata Intensiv 200 S si perfora la corticale e si valuta lo spessore della medesima e la qualità dell'osso che andremo successivamente a preparare (Figura 7).



Figura 7

Seguendo scrupolosamente la sequenza delle frese chirurgiche così come previsto dal protocollo Sweden & Martina riferibile agli impianti Kohno si prepara il sito implantare impiegando un drill da 2 mm (Figura 8) e in seguito la fresa dedicata riferibile all'impianto Kohno TPS 3.80-11,5 che abbiamo deciso di inserire in base allo spessore e all'altezza della sella edentula (Figura 9).



Figura 8



Figura 9

Si procede all'inserimento dell'impianto (Figure 10 e 11).



Figura 10



Figura 11

Si ripete la procedura di preparazione e inserimento del secondo impianto in posizione 47 (Figure 12, 13, 14 e 15).



Figura 12



Figura 13



Figura 14



Figura 15

Si procede all'avvitamento delle viti tappo di guarigione (Figura 16).



Figura 16

Si completa l'intervento suturando i lembi con una sutura chirurgica a punti staccati (Figura 17).



Figura 17

Prima di dimettere il paziente si raccomanda di continuare la profilassi antibiotica iniziata prima dell'intervento seguendo le indicazioni e la posologia indicate dal produttore.

Si prescrive inoltre una terapia antidolorifica per almeno tre giorni più collutorio a base di clorexidina 0,20% tre volte al dì. Si raccomanda inoltre di alimentarsi per almeno due settimane con cibi morbidi e di non fumare per almeno sette giorni.

Procedura protesica

Trascorse sei settimane dall'inserimento dell'impianto (CARICO PRECOCE) si procede alla seconda fase chirurgica ovvero alla scoperta degli impianti precedentemente inseriti. Vista la presenza di un'abbondante quantità di gengiva cheratinizzata la scoperta degli impianti viene ef-

Conclusioni

Questa metodica offre indubbi vantaggi sia al clinico che riduce i tempi di trattamento e discomfort per il paziente grazie all'ausilio della terapia laser sia per il paziente stesso che riduce i disagi psicologici e funzionali legati alla condizione edentula. Il ridotto numero di fallimenti, la stabilità dei tessuti duri e molli perimplantari fanno ipotizzare questo nuovo concetto di trattamento per il mascellare inferiore una procedura terapeutica di successo.

Discussione

La presenza in letteratura di dati e articoli scientifici a favore del carico immediato nel mascellare inferiore ci conforta nell'utilizzo di questa metodica che mostra un'elevata percentuale di successo a lungo termine.

Per i colleghi che ne avessero interesse è disponibile un video didattico dell'intervento.

fettuata con tecnica LASER impiegando il laser a diodi Enjoy (Sweden & Martina). Impiegando questa tecnica si ottiene rapidamente nell'arco di qualche giorno la completa guarigione dei tessuti attorno alle viti di guarigione degli impianti senza disturbi postumi per il paziente e senza impiego di anestetico (Figura 18).



Figura 18

A guarigione avvenuta si prende un'impronta in Impregum impiegando gli appositi transfer e un cucchiaio individuale. Ciò permette al tecnico di fabbricare i perni moncone con guida in resina per l'inserimento e il manufatto protesico eseguito nel caso specifico in ceramica zirconio (Figure 19 e 20).



Figura 19



Figura 20

Risultati

Il paziente è stato controllato a 1-2-3 settimane e a 3-6-12 mesi dalla fase chirurgica. I criteri di successo che ci hanno indotto a valutare positivamente questa modalità di carico precoce degli impianti sono da ricercare: nell'assenza di radiotrasparenza attorno agli impianti nelle radiografie periapicali (Figura 22 Eseguita a 12 mesi dal carico protesico), nell'assenza di mobilità clinica e di suppurazioni.



Figura 22

Bibliografia

1. Albrektsson T, Zarb G, Worthington P, Eriksson AR. The long-term efficacy of currently used dental implants: A review and proposed criteria of success. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1986;1:11-25
2. Jemt T, Lekholm U, Adell R. Osseointegrated implants in the treatment of partially edentulous patients: A preliminary study on 876 consecutively placed fixtures. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1989;4:211-217
3. Adell R, Eriksson B, Lekholm U, Branemark P-I, Jemt T. Long-term follow-up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1990;5:347-359.
4. Jemt T, Lekholm U. Oral implant treatment in posterior partially edentulous jaws: A 5-year follow-up report. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1993;8:635-640
5. Branemark P-I, Adell R, Breine U, Hansson BO, Lindstrom J, Ohlsson A. Intra-osseous anchorage of dental prostheses. I. Experimental studies. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1969;3:81-100
6. Schroeder A, Pohler O, Sutter F. Tissue reaction to an implant of a titanium hollow cylinder with a titanium surface spray layer [in German]. *SSO Schweiz Monatsschr Zahnheilkd* 1976;86:713-727.
7. Albrektsson T, Branemark P-I, Hansson HA, Lindstrom J. Osseointegrated titanium implants. Requirements for ensuring a long-lasting, direct-bone-to-implant anchorage in man. *Acta Orthop Scand* 1981;52(2):155-170
8. Ericsson I, Nilson H, Lindh T, Nilner K, Randow K. Immediate functional loading of Branemark single-tooth implants. An 18 months' clinical pilot follow-up study. *Clin Oral Implants Res* 2000;11:26-33
9. Chiapasco M, Abati S, Romeo E, Vogel G. Implant-retained mandibular overdentures supported by Conical transmucosal and standard MK II implants. *Clin Implant Dent Relat Res* 2002;4:190-199
10. Lorenzoni M, Pertl C, Zhang K, Wegscheider WA. In-patient comparison of immediately loaded and non-loaded implants within 6 months. *Clin Oral Implants Res* 2003;14:273-279
11. Carlsson G-E, Lindquist L-W, Jemt T. Long-Term marginal peri-implant bone loss in edentulous patients. *International Journal of Prosthodontics*,2000;13:295-302
12. Buser D, Mericske-Stern R, Bernard J, Behneke A, Behneke N, Hirt H-P, Belser U, Lang N-P. Long-term evaluation of non submerged ITI implants. *Clinical Oral Implant Research*,1997;8:161-172
13. Doring K, Eisenmann E, Stiller M. Functional and esthetic considerations for singletooth Ankylos implant-crowns:8 years of clinical performance. *Journal of oral implantology*,2004;30:198-209
14. Del Fabbro M, Testori T, Francetti L, Taschieri S, Weinstein R. Systematic review of survival rates for immediately loaded dental implants. *Int J periodontics Restorative Dent* 2006;26:249-263
15. Aparicio C, Rangert B, Eng M, Sennerby L. Immediate/Early loading of dental implants: A report from the Sociedad Espanola de Implantes World Congress Consensus meeting in Barcelona,Spain,2002.*Clin Implant Dent Relat Res* 2003;5:57-60
16. Cochran DL, Morton D, Weber HP. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding loading protocols for endosseous dental implants. *Proceedings of the Third ITI Consensus Conference*.*Int J Oral Maxillofac Implants* 2004;19(suppl):109-113

Lo stato dell'arte della radiologia 3D in odontoiatria



Prof. Giampietro Farronato

Riflessioni sulla radiografia digitale tridimensionale: stato dell'arte e orientamenti nei commenti del Professor Giampietro Farronato.

Recentemente sono state introdotte in commercio le T.C. volumetriche dedicate all'odontoiatria che si avvalgono di un fascio conico di raggi X sostituendo il fascio a ventaglio delle T.C. Multislice. La distribuzione della dose ai vari organi di un esame con T.C. Cone Beam rispetto alla T.C. Multislice è differente; la dose assorbita in organi come la tiroide e le ghiandole salivari è da 20 a 40 volte inferiore della dose assorbita con T.C. Multislice.¹⁻⁴ Ad oggi, tra l'uso della TC risulta estremamente diffuso in chirurgia impiantare; attraverso la funzione di imaging, la TC consente una puntuale selezione del sito e dell'inclinazione dell'impianto permettendo una più semplice chirurgia senza lembo e/o il carico immediato nonché la visualizzazione in tempo reale della perforazione e un monitoraggio continuo del sito operatorio riducendo l'eventualità di complicanze postoperatorie come emorragie, perforazioni o danneggiamento del nervo alveolare inferiore. Anche in chirurgia ortognatodontica la TC, in associazione alla cefalometria nella diagnosi e nel piano di trattamento, rappresenta una tecnica diagnostica ausiliaria molto importante in particolare modo nei casi di distrazione osteogenica nei pazienti con diverso grado di ipoplasia del ramo mandibolare e/o apnea ostruttiva del sonno. Agevola le scelte terapeutiche di estrazione o recupero ortodontico-chirurgico nei casi di elementi dentali inclusi grazie ad una visualizzazione tridimensionale della struttura in esame e di quelle adiacenti fornendo così un'immagine più completa del caso. Risulta un efficace

strumento anche in caso di osteotomia sagittale del ramo mandibolare nonché di espansione palatale rapida.⁵ In ambito ortognatodontico l'analisi cefalometrica 3D ci permette di analizzare direttamente e visivamente anomalie dento-scheletro-muscolari che si manifestano nei 3 piani dello spazio (sagittale, assiale, frontale), senza dover interpolare diverse misurazioni ricavate singolarmente sui 3 piani dello spazio. A seguito dell'assegnazione da parte dell'operatore dei piani di riferimento e dei punti cefalometrici rappresentanti le strutture anatomiche in esame, la diagnosi si basa principalmente sull'analisi del Volume e del Centroide (punto centrale del volume) del Mascellare superiore e della Mandibola e si avvale della ricostruzione 3D del cranio del paziente, partendo dai file Dicom ricavati da una T.C. Volumetrica Cone Beam a basso dosaggio del paziente.⁶⁻¹² In parodontologia recenti studi dimostrano l'efficacia della TC Cone Beam nella valutazione delle dimensioni e delle relazioni tra le strutture dell'apparato di attacco dentogengivale in maniera del tutto non invasiva.¹³ La letteratura riporta casi di ricorso alla TC anche in endodonzia, al fine di confermare la presenza ad esempio di doppi canali palatali di difficile individuazione.¹⁴ Non meno importante risulta l'ausilio fornito in ambito protesico grazie alla tecnologia combinata Cad/Cam e tomografia computerizzata; esattamente come nella fase chirurgica dell'implantologia, consente di visualizzare in maniera digitale e di produrre fisicamente un manufatto protesico in maniera non invasiva diminuendo notevolmente in discomfort del paziente.¹⁵

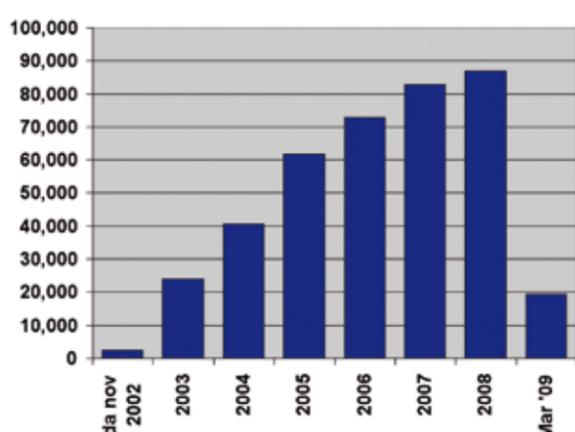
Bibliografia

1. S. Strocchi et al "Dedicated dental volumetric and total body multislice computed tomography: a comparison of image quality and radiation dose", Proc SPIE, Medical Imaging 2007: Physics of Medical Imaging, Vol 6142; 61423G, SPIE PRESS, Mar 3, 2007
2. Frederiksen NL. Health physics. In: White SC. Pharoah MS. Oral Radiology: Principles and interpretation, 5th ed Philadelphia: Mosby, 2004.
3. Compagnone, G.; Angelini, P.; and Pagan, L.: Monitoring of the medical radiological exposures of the population of the Emilia-Romagna Region, Radiol. Med. 111: 469-480, 2006.
4. Compagnone, G.; Angelini, P.; and Boni, S.: Valutazione della dose efficace collettiva alla popolazione emiliano-romagnola per esposizioni a scopo medico, Associazione Italiana di Fisica Medica, Atti del III Congresso Nazionale AIFM, 2003.
5. Farronato G, Maggipinto C, Periti G, Farronato D, Huanca Ghislanzoni LT, Magistro S, Dominici AD: Applicazioni odonto-stomatologiche delle TAC. Dent Cube 2007 Sept; 11-2.
6. Nakajima, A.; Sameshima, G.T.; Arai, Y.; Homme, Y.; Shimizu, N.; Dougherty, H. Sr.: Two- and three-dimensional orthodontic imaging using limited cone beam-computed tomography, Angle Orthod. 75(6):895-903, 2005 Nov.
7. Kau, C.H.; Richmond, S.; Palomo, J.M.; Hans, M.G.: Three-dimensional cone beam computerized tomography in orthodontics, J. Orthod. 32(4):282-93, 2005 Dec.
8. Holberg, C.; Steinhäuser, S.; Geis, P.; Rudzki-Janson, I.: Cone-beam computed tomography in orthodontics: benefits and limitations, J. Orofac. Orthop. 66(6):434-44, 2005 Nov.
9. Stratemann, S.A.; Huang, J.C.; Maki, K.; Miller, A.J.; Hatcher, D.C.: Comparison of cone beam computed tomography imaging with physical measures, Dentomaxillofac. Radiol. 37(2):80-93, 2008 Feb.
10. Suomalainen, A.; Vehmas, T.; Kortensniemi, M.; Robinson, S.; Peltola, J.: Accuracy of linear measurements using dental cone beam and conventional multislice computed tomography, Dentomaxillofac. Radiol. 37(1):10-7, 2008 Jan.
11. Pinsky, H.M.; Dyda, S.; Pinsky, R.W.; Misch, K.A.; Sarment, D.P.: Accuracy of three-dimensional measurements using cone-beam CT, Dentomaxillofac. Radiol. 35(6):410-6, 2006 Nov.
12. Dominici AD, De Nardi S, Luini G, Dickers C, Garagiola U, Farronato G: Analisi cefalometrica 3D dei "10 punti" con T.C. Cone Beam a basso dosaggio, Dent. Mod. 26(12):42-50, 2008 Dec.
13. J Esthet Restor Dent. 2008;20(6):366-73. Soft tissue cone-beam computed tomography: a novel method for the measurement of gingival tissue and the dimensions of the dentogingival unit. Januário AL, Barriviera M, Duarte WR.
14. J Endod. 2009 Jan;35(1):137-9. Epub 2008 Nov 18. Endodontic management of a maxillary first molar with two palatal canals with the aid of spiral computed tomography: a case report. Aggarwal V, Singla M, Logani A, Shah N.
15. Dent Clin North Am. 2008 Oct;52(4):777-808, vii. Computer-aided design/computer-aided manufacturing applications using CT and cone beam CT scanning technology. Ganz SD.

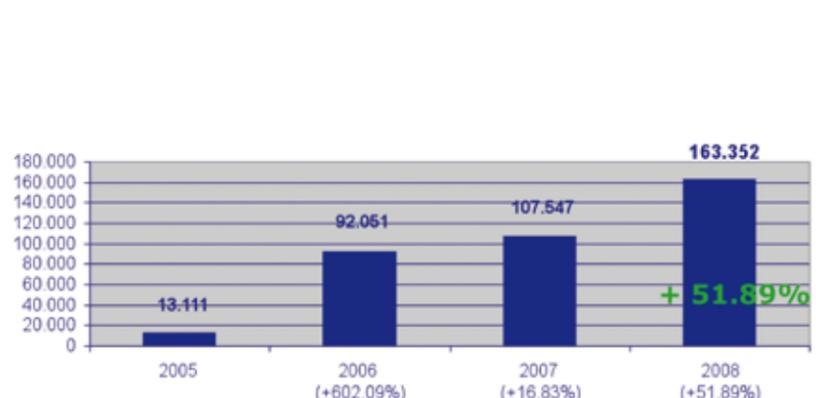
Mtwo un 2008 trionfale

Anche nel 2008 Mtwo ha confermato il suo eccezionale trend. **C'è un insieme sempre crescente di professionisti di tutto il mondo che considera Mtwo come un imprescindibile strumento di lavoro e Sweden & Martina come un insostituibile partner.** Non c'è utilizzatore dello strumento che non manifesti la sua soddisfazione per questo sistema efficace e insostituibile. Sono ormai 6.000 gli odontoiatri italiani che in pochi anni hanno sposato la tecnica Mtwo e se ne avvalgono nella pratica quotidiana; un gruppo di professionisti entusiasti della semplicità del sistema. A testimonianza della superiorità e dell'efficacia di Mtwo, nel 2004, cioè poco dopo il lancio e ai primi forti segnali di successo in Italia, un'azienda del gruppo Dentsply ha richiesto a Sweden & Martina la licenza di distribuzione oltre confine dello strumento, che dal 2005 ha quindi una diffusione internazionale. In quattro anni il sistema Mtwo è stato accolto con estremo favore in oltre 50 Paesi, dove esso è proposto come l'alternativa di successo ai sistemi di preparazione del canale radicolare fino ad ora utilizzati.

Crescita in Italia da novembre 2002 Pezzi venduti dal 2002 al 2009



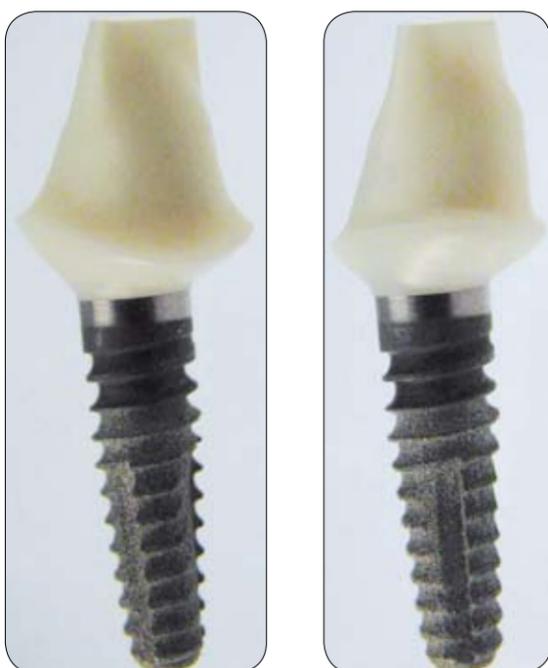
Crescita nel mondo da aprile 2005 Blister venduti dal 2005 al 2009 (Italia esclusa)



Nuovi pilastri individuali Echo in ossido di zirconio

Da aprile in aggiunta ai pilastri individuali in biotitanio saranno disponibili anche dei pilastri individuali in ossido di zirconio Echo per le piattaforme implantari di Sweden & Martina.

I pilastri Echo in ossido di zirconio sono prodotti "custom" realizzati nelle specifiche morfologie secondo le singole necessità individuali del paziente, grazie al software di progettazione CadCam Echo Abutment. Sono prodotti con materiali altamente biocompatibili e garantiscono la massima estetica. I pilastri per impianti Outlink2 sono prodotti completamente in ossido di zirconio, e sono compatibili con le piattaforme ad esagono esterno standard di 4.1 mm. I pilastri per impianti con connessione interna Global, Premium Kohno, e Pilot hanno la connessione in biotitanio. Tutti questi pilastri presentano il margine di connessione implantare in ossido di zirconio, offrono cioè un'**estetica completamente "bianca"**: non ci sono antiestetici collarini o basette in titanio fra il pilastro e la connesione implantare.



- MASSIMA ESTETICA
- MASSIMA LIBERTÀ NEL DISEGNO DELLE MORFOLOGIE
- MASSIMA PRECISIONE E SICUREZZA

| Sistema implantologico | Piattaforme di connessione (mm) |
|------------------------|---------------------------------|
| GLOBAL | 3.80, 4.30, 4.80, 5.50 |
| PREMIUM | 3.80, 4.25, 5.00 |
| KOHNO | 3.80, 4.25, 5.00 |
| OUTLINK2 | 4.10, 5.00 |
| PILOT | 3.80, 4.70, 5.70 |

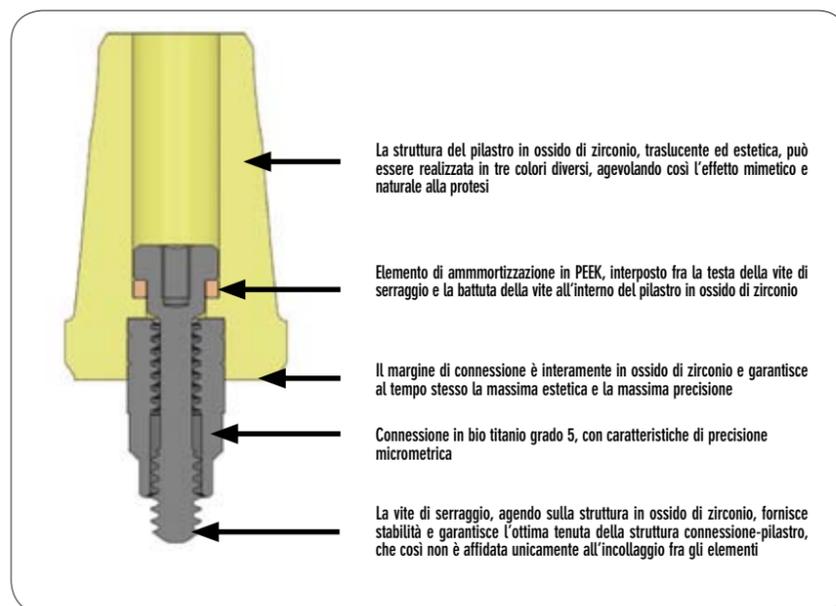
Tabella delle piattaforme e diametri in cui sono disponibili i pilastri individuali ECHO in ossido di zirconio

I pilastri Echo presentano la massima precisione delle connessioni, poiché sono prodotti con le medesime tolleranze micrometriche dei normali pilastri preformati dei sistemi implantologici di Sweden & Martina, con macchine di precisione a controllo numerico CNC di tipo industriale, in grado di offrire standard di qualità e ripetibilità dei manufatti.

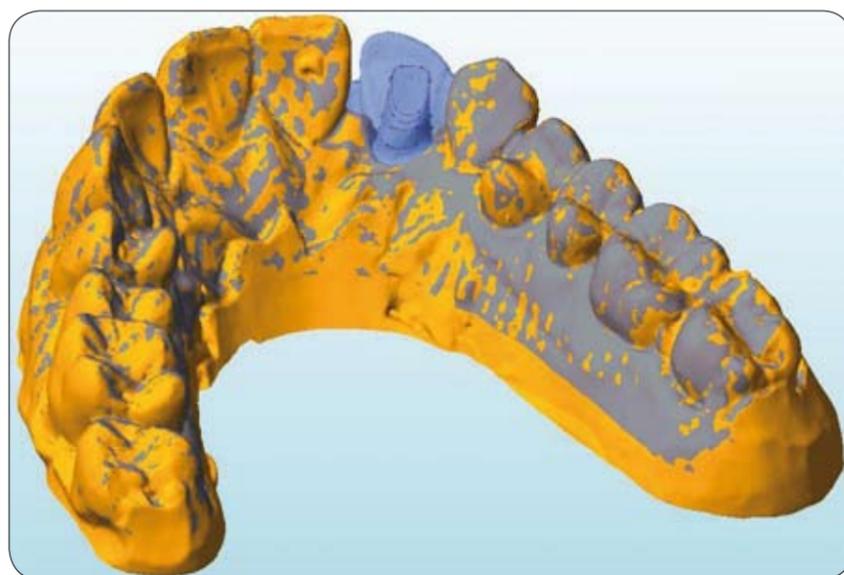
Le caratteristiche fisico-meccaniche dell'ossido di zirconio sono testate ed i valori riscontrati sono in conformità alle norme ISO 13356 e 6872. I pilastri inoltre sono stati testati in accordo alle norme UNI EN ISO 14801:2008. I pilastri hanno superato i test di rottura statica e di resistenza a fatica previsti da tali norme, superando i 5.000.000 di cicli di lavoro, equiparabili

a vita infinita del dispositivo. Questi possono essere utilizzati nelle posizioni sia frontali che posteriori in totale sicurezza, nel rispetto delle prescrizioni del DL 24 Febbraio 1997 n. 46 in attuazione della Direttiva 93/42/CEE concernente i dispositivi medici.

Il fissaggio dei pilastri in zirconio alle connessioni implantologiche deve essere eseguito con l'ausilio di apposite viti di fissaggio prodotte in titanio di grado 5, fornite in dotazione ai singoli pilastri. La testa di tali viti è stata progettata in maniera opportuna per non creare tensioni nella struttura in zirconio. Insieme alle viti viene fornito un elemento di ammortizzazione intermedio da interporre fra la testa della vite e la battuta in zirconio dei pilastri. Tale elemento è prodotto in PEEK (polyaryletheretherketone), un polimero tecnico biocompatibile dalle ineguagliabili proprietà fisiche e meccaniche.



Rappresentazione schematica della struttura di un pilastro individuale ECHO in zirconio per impianti a connessione interna.



Il software di disegno dei pilastri individuali, ECHO ABUTMENT, offre la massima libertà di disegno nelle morfologie, è di semplice comprensione e utilizzo, veloce e pratico.

PROPRIETÀ DELL'OSSIDO DI ZIRCONIO

L'ossido di zirconio è un materiale policristallino a struttura tetragonale, stabilizzato con ossido di Yttrio (Y₂O₃, 2-5%). Di eccezionale biocompatibilità e bioinerzia, possiede altissima resistenza alla compressione (900-1200 MPa), è traslucente, possiede eccellente tenacità e si oppone alla formazione di crepe grazie ad una proprietà definita "rafforzamento di trasformazione": se a un elemento in ossido di zirconio si fornisce energia (ad es. applicando una forza o per la diffusione di una microcrepa) i cristalli di ossido di zirconio passano alla fase monoclina, più stabile a temperatura ambiente, determinando un aumento volumetrico localizzato nella zona sollecitata del 3-4% circa, tale da impedire la propagazione delle cricche. Per questo il materiale possiede un eccellente comportamento nel lungo periodo e garantisce un'elevata quota di successi clinici dei restauri sotto carico permanente.

Canullo L., Iurlaro G., Iannello G., Double-blind randomized controlled trial study on post-extraction immediately re-stored implants using the switching platform concept: soft tissue response. Preliminary report, Clinical Oral Implant Research, 2009, 20:414:420.

**COPERTINA
NON ANCORA
DISPONIBILE**

Vi segnaliamo questo lavoro, pubblicato su Clinical Oral Implant Research. Gli autori hanno verificato il comportamento dei tessuti molli perimplantari dopo l'inserimento post-estrattivo di 22 impianti Global (Sweden & Martina) di d. 5.50 mm in altrettanti

pazienti. Subito dopo l'intervento gli impianti sono stati caricati con un provvisorio non funzionale. In 11 pazienti (gruppo test) il pilastro implantare utilizzato aveva diametro 3.80 mm, determinando così uno switching platform protesico rispetto al collo dell'impianto. I rimanenti 11 impianti (gruppo controllo) hanno invece ricevuto un pilastro di diametro 5.50 mm, congruente con il diametro della piattaforma implantare. Sono stati effettuati controlli regolari ogni 6 mesi dei pazienti. Sono state misurate le variazioni della mucosa perimplanta-

re buccale (REC), l'altezza della papilla mesiale e distale (PH), e l'altezza verticale della jumping distance (VHG). Le misurazioni sono state eseguite al momento dell'inserimento implantare e in occasione dei controlli. Il follow up medio è stato di 25 mesi.

A due anni di distanza dall'inserimento degli impianti, i dati medi erano i seguenti:

- gruppo test: REC +0.18 mm, PH +0.045 mm, VHG 7.51 mm (=97.4% di VHG)
- gruppo controllo:

REC -0.45 mm, PH -0.88 mm, VHG 8.57 mm (=95.2% di VHG).

Come si rileva da questi valori, gli impianti Global, utilizzati con protocollo post-estrattivo, sono in grado di mantenere ottimamente la stabilità dei tessuti molli perimplantari, e tale proprietà è ancora più significativa in presenza di switching platform. Questo studio riconferma ancora una volta la validità dell'uso degli impianti Sweden & Martina in applicazioni post-estrattive, anche associate a carico immediato.

Lenzi C.C., La rigenerazione dei difetti ossei nei siti postestrattivi mediante osso bovino deproteinizzato. Valutazione delle differenti tecniche chirurgiche, Implantologia, 2009, 1; 51-59

Lo scopo di questo studio è stata la valutazione delle tecniche chirurgiche atte alla rigenerazione del sito post-estrattivo e all'inserimento dell'impianto, valutando i diversi tempi di intervento chirurgico in funzione dei diversi deficit ossei presenti al momento dell'estrazione e della loro estensione. In particolare, sono stati analizzati due casi clinici. Nel primo case report, in seguito all'avulsione dell'elemento 24 a causa di una estesa lesione periapicale in presenza di radice fratturata, residuava un'ampia fenestrazione vestibolare. Si è optato per una chirurgia sommersa, è stato uti-

lizzato un impianto Premium (Sweden & Martina), e si è eseguita una rigenerazione ossea utilizzando osso bovino deproteinizzato BioOss e una membrana riassorbibile Bio-Guide. L'ampiezza del difetto osseo e la volontà di non rischiare i tessuti neoformati con un carico precoce hanno consigliato un periodo di guarigione di 6 mesi. Dopo la scopertura si è proceduto alla riabilitazione protesica, e a distanza di 36 mesi l'impianto appariva perfettamente integro e i tessuti parodontali in ottima salute. Nel secondo caso, si è resa necessaria la rimozione dell'elemento 21 a causa di una estesa frattura

radicolare che aveva comportato una grave compromissione dei tessuti parodontali. Si è eseguita l'estrazione con tecnica quanto più conservativa possibile, tuttavia la corticale vestibolare era già completamente assente. Pertanto si è eseguita GBR con particolato BioOss, e si è deciso di rimandare l'inserimento dell'impianto a guarigione ossea avvenuta. Si sono lasciati 6 mesi per la guarigione ossea, e dopo tale periodo si è inserito un impianto (Xive-Dentsply) con tecnica chirurgica Two Stage. Alla riapertura si è clinicizzato provvisoriamente l'impianto al fine di consentire anche la

perfetta guarigione dei tessuti molli e successivamente si è proceduto alla protesizzazione definitiva utilizzando un abutment in zirconio e corona in ceramica integrale. La conclusione è che, sebbene i pazienti manifestino sempre più spesso il desiderio di un carico precoce e di ridurre i tempi operatori, deve essere eseguita una accurata valutazione clinica e una accurata pianificazione del caso, intervenendo in tempi adeguati alla necessità di riparazione ossea, così da poter garantire predicibilità del risultato anche nei casi biologicamente più complessi

Piconi C., Rimondini L., Cerroni L., con la collaborazione di Donati C. e Mutone V., La Zirconia in Odontoiatria, Ed. Elsevier Masson, Milano 2008, pp 222



Gli autori passano in rassegna gli aspetti legati alla zirconia e al suo impiego in odontoiatria. La lettura del testo è piacevole per la sua

scorrevolezza, le informazioni fornite sono ampie, articolate, e forniscono indicazioni estremamente utili a tutti coloro che vogliono avvicinarsi o approfondire l'uso di questo biomateriale, la zirconia, il cui utilizzo è divenuto ormai imprescindibile nell'attività quotidiana degli odontoiatri e degli odontotecnici e che è destinata ad acquisire un rilievo ancora maggiore via via che le tecnologie CadCam che ne consentono

l'utilizzo si diffondono nel settore. Sono analizzate in maniera precisa e dettagliata le proprietà della zirconia e la sua biocompatibilità, i vantaggi estetici e i punti critici. Vengono descritte accuratamente le principali tecniche CadCam oggi sul mercato relative all'uso della zirconia per applicazioni odontoiatriche, fra cui il sistema ECHO di Sweden & Martina, con ampie documentazioni fotografiche e dati tecnici. Gli autori fanno

poi il punto della situazione sull'utilizzo dell'ossido di zirconio per la produzione di impianti dentali, di perni endocanalari, e di brackets ortodontici. Vengono fornite indicazioni pratiche molto utili per una corretta preparazione protesica dei monconi e per il disegno dei manufatti in zirconia, tali da garantire una corretta calzatura e la sicurezza della struttura.

Progetto di ricerca: Effetto delle superfici implantari e differenziamento di cellule mesenchimali. Autori: Prof. Guido Maria Macaluso, Dott. Carlo Galli, Cattedra di Parodontologia, Università degli Studi di Parma

Prosegue la collaborazione fra Sweden & Martina e l'Università di Parma, con una ricerca il cui obiettivo è verificare come le superfici implantari, attraverso la loro topografia, possano influenzare o modificare il differenziamento dei progenitori mesenchimali, favorendo lo sviluppo del fenotipo osteoblastico.

Il progetto si articola in 3 steps:

1. Analisi del potenziale differenziativo: viene esaminato come la superficie implantare contribuisca a mantenere la staminalità della popolazione cellulare, cioè la presenza di precursori indifferenziati, o il loro esaurimento
2. Analisi del differenziamento cellulare: viene esaminato come la popolazione cellulare evolva differenziandosi a contatto delle diverse superfici implantari
3. Analisi del potenziale osteoclastogenico: viene esaminato come la popolazione cellulare a contatto di una superficie implantare sostenga e promuova lo sviluppo di osteoclasti, cioè le cellule deputate al riassorbimento di tessuto osseo.

Le superfici sulle quali verranno eseguiti i test sono quelle presenti sugli impianti Sweden & Martina: ZirTi (Zirconium Sandblasted Acid Etched Titanium), HRPS (High Roughness Plasma Spray), e Machined (è la superficie lucida presente a livello del collo implantare in alcune fixtures). Le medesime topografie di superficie saranno inoltre testate dopo essere state sottoposte ad un processo di coating sperimentale, un nuovo tipo di rivestimento attualmente oggetto di indagini precliniche, costituito da un film polimerico ottenuto dalla deposizione di dendrimeri a base di serina e lisina, capace di stimolare la ricrescita ossea per via chimica.

Progetto di ricerca: Studio sperimentale in vivo su tibia di suino di due sistemi di rigenerazione del tessuto osseo. Autori: Prof. Salvatore Parascandolo, Unità Maxillofaciale Ospedale Cardarelli, e Dr. Santolo Cozzolino, Centro di Biotecnologie dell'AORN Cardarelli, Napoli

Sta per essere avviato presso l'avanzatissimo Centro di Biotecnologie dell'AORN Cardarelli di Napoli uno studio sperimentale che si propone di valutare l'efficacia dei sostituti ossei in modo da ottenere, attraverso diverse metodiche (studio istomorfometrico, meccanico, biomeccanico), il maggior numero possibile di dati sulla qualità dell'osso neoformato, sia dal punto di vista qualitativo sia quantitativo. Al fine di rendere i dati quanto più possibile vicini alla pratica clinica, si è scelto un modello animale, il suino, che per dimensioni, metabolismo e struttura istologica presenta numerose somiglianze con l'osso umano. Saranno impiegati 2 gruppi da 6 suini, per testare 2 materiali. Su ognuno di questi gruppi si testeranno due biomateriali alloplastici. I materiali saranno inseriti in difetti ossei creati sulla tibia dell'animale mediante frese per osso; nel difetto osseo sarà apposto un impianto Premium e verrà rilevato il grado di stabilità e integrazione dell'impianto con la metodica Osstell®.

A 90 giorni saranno disponibili numerosi dati circa il processo di integrazione, in particolare:

- Esami Radiologici pre intervento, post intervento, 45 e 90 giorni post intervento.
- Diagnostica per immagini 3D-micro dell'osso neoformato (Densità/Quantità/Struttura)
- Rilevazioni Osstell® (IFQ= grado di integrazione) post intervento, 45 e 90 giorni post intervento
- Analisi istologica ex vivo a 90giorni
- Analisi meccanica ex vivo a 90giorni

L'intervista

A Torino incontriamo il Dr. Giuseppe Corrente e il Dr. Roberto Abundo della Sicor S.r.l., una struttura all'avanguardia finalizzata alla ricerca scientifica avanzata, all'aggiornamento continuo sulle problematiche parodontali, alla sensibilizzazione dei colleghi verso nuove tecniche operative. Sorta in origine per raccogliere le numerose esperienze cliniche maturate nel campo dell'odontoiatria dal Dr. Giuseppe Corrente e dal suo staff tecnico, con il tempo ha ampliato i suoi orizzonti interessandosi agli aspetti della medicina in generale. La filosofia e il principio guida di questa struttura didattica, nel raccogliere il lavoro quotidiano di un centro dentistico è la multidisciplinarietà: parodontologia, implantologia, protesi, endodonzia, ortodonzia non sono discipline a compartimenti stagni, ma comunicanti nell'obiettivo di perseguire i migliori risultati clinici. È l'occasione per farci esporre dai due medici la visione che Sicor ha sull'odontoiatria moderna e su come evolveranno nel prossimo futuro la professione e la scienza in funzione delle nuove tecnologie, sulle nuove specializzazioni e su quelle che sono le rinnovate esigenze dei pazienti.

Come vede lo stato dell'odontoiatria e nello specifico dell'implantologia in Italia?

Dr. Giuseppe Corrente: Per quanto riguarda conoscenze teoriche e capacità pratiche, senza dubbio il livello odontoiatrico in Italia è elevato e con un "trend" in crescita. Percentualmente è via via più alto nel tempo il numero di professionisti che si collocano ad un livello medio-alto. Da sempre poi il nostro Paese ha presentato in ogni branca dell'odontoiatria numerose eccellenze cliniche: questo è attualmente vero anche per ciò che riguarda l'implantologia, tuttavia, dal punto di vista della "visibilità" di tale livello qualitativo, ovvero sotto l'aspetto di comunicazione all'utenza di tutto ciò, c'è ancora molto da lavorare. E' positivo dunque che tanto le associazioni di categoria quanto le società scientifiche si stiano prodigando in tal senso.

Come valuta le competenze e la professionalità degli implantologi Italiani rispetto a quelli Europei?

Dr. Giuseppe Corrente: Sicuramente i professionisti italiani nel campo dell'implantologia hanno poco o nulla da invidiare ai colleghi del resto d'Europa. È da sottolineare peraltro come il nostro "estro latino" necessita talora di essere tenuto a freno mantenendosi all'interno dei binari delle procedure scientificamente comprovate, senza indulgere ad improvvisazioni o sperimentazioni sul singolo paziente. Questo perché ancora troppo spesso si vedono in Italia trattamenti condotti in maniera improvvisata e senza tener conto di criteri scientifici in fatto di materiali e di tecniche utilizzati. Questo è probabilmente l'unica pecca grave della nostra implantologia rispetto almeno a paesi come Svizzera e Germania.



Negli ultimi anni si sta verificando un'evoluzione sempre più rapida dei protocolli implantologici e un continuo sviluppo di nuove morfologie implantari da parte dei produttori.

Come valuta la collaborazione a riguardo tra aziende produttrici, ricerca universitaria e liberi professionisti?

Dr. Giuseppe Corrente: Storicamente abbiamo sempre avuto in Italia una certa separazione tra le attività di Università, Professione e Industria. Fortunatamente negli ultimi anni si è osservato un cambiamento di rotta che è auspicabile porti a sempre maggiori forme di cooperazione, poiché le tre parti hanno reciprocamente bisogno l'una dell'altra per raggiungere un continuo sviluppo. La speranza è di portarsi a quel livello di fattiva sinergia che abbiamo imparato ad apprezzare nell'ambito della nostra attività universitaria negli Stati Uniti.

Viste le rapide evoluzioni cui assistiamo, ritiene che la preparazione media degli odontoiatri sia adeguata e sufficiente? Come valuta il processo di formazione e gli aggiornamenti professionali, anche alla luce delle necessità di Crediti Formativi? Quali ritiene debbano essere gli sforzi che le associazioni di categoria, le aziende e i professionisti dovrebbero mettere in atto a riguardo?

Dr. Giuseppe Corrente: Per quanto riguarda la preparazione media degli Odontoiatri, è purtroppo da sottolineare come esistano ancora disparità da un ateneo all'altro. In ogni caso tale bagaglio di nozioni e, dove sia stato consentito dalla formazione, di conoscenze pratiche può costituire una base da integrare con la successiva formazione continua. A tale proposito s'assume alla proposta di una pletera di eventi formativi, molti dei quali non certo all'altezza delle necessità di aggiornamento. Qui certamente sarebbe opportuna una maggiore selezione a monte che, di nuovo, necessiterebbe di un'attività sinergica da parte di associazioni di categoria, nonché ordini professionali e società scientifiche, aziende e professionisti.

A proposito di evoluzione in implantologia, qual'è il Suo pensiero sulle tecniche post-estrattive e sul carico immediato? Quali ritiene siano le morfologie implantari più adeguate a ricoprire le diverse esigenze?

Dr. Giuseppe Corrente: Certamente la nostra opinione nei confronti degli impianti post-estrattivi non può che essere positiva, dal momento che abbiamo anche scritto un libro di testo su tale tecnica che, tradotto in quattro lingue, è utilizzato da numerose scuole nel mondo. A parte però questo aspetto, oggi la bontà di tali tecniche è oltremodo confortata anche dall'evidenza scientifica. Studi controllati hanno infatti negli ultimi due anni confermato i risultati di varie casistiche precedentemente pubblicate, confermando in un certo senso

quanto in precedenza era risultato in alcuni studi animali nei quali erano presenti dei vizi metodologici e delle interpretazioni un po' fuorvianti delle conclusioni. Per quanto riguarda il carico immediato ormai in numerose situazioni cliniche, sulla base di evidenza scientifica e del rapporto rischi/benefici, esso rappresenta un'opzione di prima scelta. Occorre però una selezione del caso estremamente attenta, poiché spesso, per ragioni "commerciali", tale approccio terapeutico viene presentato, addirittura in associazione sistematica alle tecniche "flapless", come la possibile soluzione per tutti, o quasi tutti, i casi implantari. A proposito invece della morfologia implantare ideale, oggi davvero possiamo affermare che non può esistere una che rappresenti l'optimum per ogni condizione clinica di morfologia crestale e qualità ossea. Volendo però esprimere un gradimento personale attraverso una risposta secca, la morfologia conica, più o meno pronunciata, è quella personalmente preferita.

Fino a che punto si deve tentare di salvare un dente compromesso e quando è lecita la scelta dell'impianto? E' vero secondo Lei che oggi si assiste spesso alla scelta più "facile", che nella maggior parte dei casi si identifica con la soluzione implantoprotesica?

Dr. Roberto Abundo: Oggi, alla luce dell'elevata affidabilità degli impianti, è quanto mai opportuno effettuare un'attenta valutazione del rapporto tra costi, rischi e benefici delle varie opzioni di trattamento che possano essere prese in considerazione. E' purtroppo vero, tuttavia, che molto spesso il trattamento implantare viene scelto sulla base della maggior semplicità di esecuzione rispetto ad altre procedure o, ancor più, della scarsa conoscenza di altre branche, più complesse e spesso meno remunerative dal punto di vista strettamente economico, quali la Parodontologia.

Oggi i pazienti sono molto esigenti in fatto di estetica: per ottimizzare i risultati estetici, l'implantologia non può concentrarsi esclusivamente sulla gestione dei tessuti ossei, ma deve considerare con attenzione anche la funzione e il mantenimento dei tessuti molli. Come giudica il livello estetico raggiunto oggi dall'implantologia? Quali sono le competenze che deve avere un odontoiatra per ottenere risultati estetici di successo?

Dr. Roberto Abundo: Oggi l'implantologia, attraverso un'ottimale gestione dei tessuti molli, può raggiungere dei risultati estetici di assoluta eccellenza. Appunto per questo, nonché, per rifarsi alla precedente domanda, per migliorare l'adeguatezza dei piani di trattamento, occorre approfondire le conoscenze teoriche e pratiche nell'ambito della parodontologia. Non è un caso infatti che negli Stati Uniti nelle Università più prestigiose, come quella della Pennsylvania dove il Dr. Corrente e io insegniamo, l'implantologia non costituisce specialità a sé ma rappresenta solo una delle materie d'insegnamento, quantunque assai corposa, all'interno della Parodontologia.

Corsi Sicor 2009

4 aprile Corso teorico - videoguidato

Video-corso: Tecniche operative in chirurgia plastica parodontale.

Dr. R. Abundo

18 aprile Corso teorico

Gestione del contenzioso odontoiatra - paziente e odontoiatria legale.

Dr. E. A. Gavotti, Avv. G. Vinciguerra, Dr.ssa S. Corrente e Dr. A. Quattrocchio

dal 27 aprile al 1 maggio Stage teorico

Stage presso la Pennsylvania University, Philadelphia - USA. Soluzioni multidisciplinari nel trattamento dei casi complessi.

Dr. J.P. Fiorellini, Dr. M. Nevins, Dr. H Baumgarten, Dr. M. Blatz, Dr. O. Gonzalez, Dr. S. Kim, Dr. E. Lee e Dr. R. Vanarsdall

9 maggio Corso pratico

Corso pratico: Principi di preparazione per intarsi estetici nei settori posteriori.

Dr. M. Favatà

Dal 28 settembre Corso teorico - pratico

La rigenerazione ossea ed il rialzo del seno mascellare per via crestale nella gestione dei volumi ossei inadeguati

Dr. G. Corrente

24 ottobre Corso teorico

Terapia parodontale non chirurgica: strumentazione mediante ultrasuoni.

Dr. A. Bermond Des Ambrois e Dr. C. Saccone

21 novembre Corso teorico

La selezione di una strategia operativa di successo in situazioni cliniche complesse.

Dr. R. Abundo

Gennaio 2010 Corso teorico - pratico

Corso intensivo annuale di Parodontologia 2010.

Dr. G. Corrente e Dr. R. Abundo

Febbraio 2010 Corso teorico - pratico

Corso Avanzato di Implantologia 2009

Dr. G. Corrente e Dr. R. Abundo

La Sicor è accreditata presso il Ministero della Salute come Provider ECM



Dr. Giuseppe Corrente

- Adjunct Professor - Department of Periodontics - University of Pennsylvania - Philadelphia (USA).
- Già Professore a Contratto in Parodontologia presso la Scuola di Specializzazione in chirurgia Odontostomatologica dell'Università di Torino.
- Premio S.I.d.P. "H.M. Goldman" per la ricerca clinica in Parodontologia anno 2000.
- Autore di numerose pubblicazioni di argomento parodontale ed implantare su riviste scientifiche internazionali nonché autore del testo "Impianti post-estrattivi immediati - Rialzo del seno mascellare per via crestale", pubblicato in lingua italiana, inglese, spagnola e coreana.
- Libero professionista in Torino presso la struttura odontoiatrica multidisciplinare da lui diretta, si occupa esclusivamente di Parodontologia e Implantologia.



Dr. Roberto Abundo

- Adjunct Professor - Department of Periodontics - University of Pennsylvania - Philadelphia (USA).
- Già Professore a Contratto in Parodontologia presso la Scuola di Specializzazione in chirurgia Odontostomatologica dell'Università di Torino.
- Premio S.I.d.P. "H.M. Goldman" per la ricerca clinica in Parodontologia anno 2000.
- Autore di numerose pubblicazioni di argomento parodontale ed implantare su riviste scientifiche internazionali nonché autore del testo "Impianti post-estrattivi immediati - Rialzo del seno mascellare per via crestale", pubblicato in lingua italiana, inglese, spagnola e coreana.
- Libero Professionista con pratica limitata a Parodontologia e Implantologia - Torino.



Domande e risposte

Durante il "Master di ortodonzia intercettiva con tecnica Occlus-o-Guide" del 21 marzo, abbiamo chiesto a due relatori, il Dr. Bergersen e il Dr. Manzini, due domande che riassumono i concetti più moderni dell'ortodonzia.

Dr. Bergersen, Lei che è l'ideatore della metodica Occlus-o-Guide e che ha profuso energie e competenza clinica nella sua divulgazione a livello internazionale, che bilancio può farci dell'utilizzo di questi dispositivi nell'arco temporale di 30 anni?

Dr. Earl O. Bergersen: Negli ultimi trent'anni si è verificato un significativo incremento nell'interesse e nell'implementazione delle procedure di trattamento in età precoce attraverso l'utilizzo di dispositivi preformati e rimovibili. L'Occlus-o-Guide ha rappresentato la prima tecnica affidabile che utilizza dispositivi preformati, in grado di correggere effettivamente tutte le tipologie di malocclusione, come ad esempio overbite, overjet, affollamento, rotazioni, diastemi e problemi legati alla giunzione temporo-mandibolare. In ogni caso, secondo la mia opinione, l'introduzione della filosofia di prevenzione con i dispositivi Nite Guide nei bambini dai 5 ai 7 anni può favorire risultati ripetibili e attendibili. Uno studio finlandese di recente pubblicazione dimostra come su 271 bambini oggetto di studio, in nessuno dei casi portati a termine con tali dispositivi si sia verificata la necessità di ulteriori trattamenti ortodontici.

Dr. Bergersen quale evoluzione pensa possa avere la metodica da Lei ideata e più in generale l'ortodonzia nei prossimi anni?

Dr. Earl O. Bergersen: Considerando la facilità ed il successo di trattamenti preventivi precoci in bambini dai 5 ai 7 anni, sembrerebbe abbastanza ovvio che la futura direzione dell'ortodonzia si debba concentrare su questa fascia d'età. Tenendo in considerazione il fatto che overjet e overbite possono essere facilmente intercettati e corretti durante il periodo di eruzione degli incisivi e che essi sono invece molto difficili da correggere al termine dello sviluppo di una dentizione mista a 11-12 anni con apparecchi di ortodonzia fissa, questa forma di prevenzione dovrebbe trovare una larga diffusione in futuro. Una volta che le fibre di collagene si sviluppano attorno ai denti, il loro scopo è quello di stabilizzare la dentizione. Una correzione preventiva avviene prima che si verifichi lo sviluppo di tali fibre, mentre un'ortodonzia tradizionale a 11 o 12 anni d'età avviene dopo che la dentizione si è stabilizzata da diversi anni. Un intervento di ortodonzia intercettiva in età precoce, quindi, sembra la soluzione più ovvia e più logica ai frequenti problemi di recidive, tipici delle attuali procedure ortodontiche.

Dr. Manzini, Lei che, unitamente al Dr. Bergersen, ha in questi anni contribuito alla diffusione della metodica ortodontica Occlus-o-Guide/Nite-Guide in Italia, che bilancio si sente di fare da un punto di vista clinico e professionale di questa esperienza?

Dr. Pietro Manzini: Per me è stata, senza dubbio, un'esperienza importante. Dal punto di vista clinico 15 anni di utilizzo dei dispositivi ortodontici Occlus-o-Guide/Nite-Guide mi hanno permesso di intervenire in senso preventivo e intercettivo nell'ambito di malocclusioni anche di grado severo, con ottima stabilità dei risultati ottenuti, verificati e analizzati nei follow-up a medio-lungo termine. Dal punto di vista professionale, nelle vesti di relatore in corsi e congressi, lo scambio di idee, talora anche acceso, con tantissimi Colleghi e la possibilità di fornire loro la mia modesta esperienza in tale metodica, mi ha enormemente arricchito.

Dr. Manzini, ha incontrato difficoltà in questa Sua "opera di divulgazione" di tale metodica?

Dr. Pietro Manzini: All'inizio enormi, molto scetticismo, anche comprensibile, soprattutto da parte di chi, utilizzando tecniche fisse, era poco abituato a questo nuovo approccio funzionale. Il messaggio che ho voluto portare è stato che l'utilizzo di varie metodiche ortodontiche consente all'ortodontista una più agevole, migliore e stabile correzione delle malocclusioni. In tal senso si viene a collocare l'efficacia e la praticità della metodica Occlus-o-Guide/Nite-Guide, che consente di correggere o, quantomeno, di ridurre la gravità delle malocclusioni di Classe II e I con relative problematiche di overjet, overbite e affollamento dentale, facilitando e riducendo i tempi di utilizzo dei dispositivi fissi. È per questo che sono riuscito a convincere il Dr. Bergersen a realizzare il progetto di stesura di un testo specifico sulla metodica Occlus-o-Guide. Ricordo sempre con una certa nostalgia il primo incontro con il Dr. Bergersen: Parigi, nella saletta di un piccolo hotel nei pressi della Gare de Lyon, la mia valigia piena di diapositive. In quelle diapositive c'era tutta la passione per il mio lavoro e la conferma della Sua geniale intuizione.



Dr. Earl O. Bergersen

D.D.S. Northwestern University Dental School.

M.S.D. Northwestern University Graduate School in Dentistry.

Il Dottor Bergersen ha insegnato alla Northwestern University per 25 anni dedicandosi allo studio dello sviluppo e della crescita del cranio nonché alla radiografia cefalometrica. Relatore presso la Facoltà di Ortodonzia dell'Università del Nebraska, Illinois, alla Loyola University e presso il Dipartimento di Ortodonzia dell'Università di Marquette. Nel 1968 ha sviluppato i dispositivi preformati Ortho-Tain Positioner, nel 1975 i dispositivi per l'eruzione guidata Occlus-o-Guide e nel 1989 i dispositivi Nite-Guide. Ha depositato più di 75 brevetti sia negli Stati Uniti che all'estero, in qualità di inventore e titolare.

Dr. Pietro Manzini

Nato a Suzzara (MN) il 12 agosto 1952.

Laureato in Medicina e Chirurgia, specialista in Ortodonzia.

È responsabile del Servizio di Ortodonzia della Divisione di Chirurgia Maxillo-Facciale presso l'Ospedale "Carlo Poma" di Mantova ed esercita la sua attività come libero professionista a Mantova.

Autore di numerose pubblicazioni di carattere ortodontico; ha pubblicato con il Prof. E. O. Bergersen il libro "L'utilizzo dei dispositivi Nite-Guide e Occlus-o-Guide in terapia preventiva e intercettiva" edito da UTET.

Professore a contratto presso l'Università degli Studi di Chieti "G. D'Annunzio".

ANDI Lombardia, il congresso culturale di Mantova



Il Congresso Culturale Lombardo 2008 ha rappresentato anche quest'anno un'opportunità culturale per tutti i soci di ANDI Lombardia.

La particolarità dell'evento realizzatosi in data 28 novembre è stata la cornice straordinaria e suggestiva del teatro Bibiena di Mantova: grazie alla sezione ANDI Mantova, il congresso ha potuto svolgersi all'interno del teatro settecentesco, intatto dal punto di vista artistico e ricco di storia, considerando che in quello stesso teatro suonò il giovane Mozart, proponendo uno dei suoi primi concerti in Italia.

Il relatore del congresso è stato il **Professor Sandro Palla, dell'Università di Zurigo**, il quale con indiscusso prestigio ha portato ai colleghi la propria esperienza clinica in merito al dolore orofacciale, nei suoi risvolti di diagnosi e terapia. La magia dell'ambiente ha accompagnato la "sinfonia culturale", determinando nei colleghi presenti il senso di prestigio e di particolarità nell'essere presenti ad un Congresso Culturale Lombardo, proposto all'interno di un gioiello artistico, unico nel suo genere. La risposta dei colleghi è stata corposa ed entusiasta, segno e dimostrazione che ogni collega, quando direttamente interessato e coinvolto, è disposto a "muoversi" utilizzando concretamente le risorse organizzative.

Come Segretario Culturale ANDI Lombardia, ringrazio perciò tutti coloro che hanno collaborato alla realizzazione del Congresso Culturale Lombardo 2008. Un grazie ad ANDI Mantova, ANDI Lombardia, al Provider Regionale COSMO e a tutti coloro che hanno saputo cogliere l'importanza di essere presenti là dove Storia e Cultura si fondono, nell'atmosfera di un Teatro Settecentesco, in ascolto di note culturali scritte sullo spartito dell'aggiornamento professionale.

Dr. Stefano Almini

Segretario Culturale
Dipartimento ANDI Regione Lombardia



Medicina estetica, trattamenti per il ringiovanimento del volto direttamente dall'odontoiatra.

Un'intervista con il Professor Andrea Corbo

Elungo la Via Cassia, l'antica strada consolare romana, che si trova MedicalSpa, una struttura d'eccellenza per l'odontoiatria, la dermatologia e la medicina estetica. Totalmente informatizzata dispone di apparecchiature all'avanguardia. Nata più di quindici anni fa la MedicalSpa è una struttura polifunzionale di dermatologia, odontoiatria e medicina estetica. Il centro realizzato su tre piani ospita una sala convegni, polo formativo per medici e operatori del settore ed è dotato delle più avanzate tecnologie audio-video. Ad accoglierci il Professor Andrea Corbo, medico dermatologo, tra i più conosciuti a livello nazionale e internazionale e tra i primi in Italia che ha iniziato a usare i filler per la medicina estetica.

Andrea Corbo laureato in medicina e specializzato in dermatologia, da sempre si è occupato anche di medicina estetica. Ha iniziato a utilizzare i filler nel 1988 e quindi ha maturato un'esperienza ventennale su tecniche e materiali.

Ci parli della medicina estetica in Italia, di quanto è interessata/o il/la paziente a tutti questi trattamenti per il miglioramento dell'estetica del volto.

Sempre più donne ma anche sempre più uomini scelgono di sottoporsi a trattamenti di medicina estetica per migliorare l'aspetto del proprio viso. Senza ricorrere al bisturi, sono tantissime le possibilità per una persona che vuole ottenere un aspetto più giovane e armonico. La medicina estetica che ha preso piede negli anni Novanta, oggi è in crescita esponenziale. Visto l'aumento della richiesta, è uno dei pochi settori che ancora non ha risentito della crisi.

Vuole definire la medicina estetica e come questa disciplina si è evoluta nel corso degli anni?

La medicina estetica è quella branca della medicina che sta superando anche per tanti aspetti la stessa chirurgia. Mi spiego meglio, la medicina estetica è nata all'interno della chirurgia plastica attorno agli anni Settanta e negli anni Ottanta si è sviluppata con tutti quei trattamenti non invasivi e non aggressivi, più soft e alla portata di tutti. Infatti, per la facilità di esecuzione rispetto ai trattamenti chirurgici più complessi come il lifting chirurgico, il trattamento di medicina estetica è più avvicinabile per i medici, con risultati sicuramente ottimi. Questo ha fatto sì che negli anni la medicina estetica ha preso sempre più piede e la richiesta di trattamenti è sensibilmente aumentata. Questo vuol dire anche che l'orientamento dello stesso paziente, prima di avvicinarsi al lifting chirurgico o a un trattamento invasivo, è di avvicinarsi con trattamenti più soft quali possono essere i filler, la biostimolazione, la tossina botulinica, il peeling e quant'altro, ovvero tutti quei trattamenti che hanno un rapporto migliore tra costi e benefici tangibili immediati tra gli interventi estetici. Con un impegno minimo di tempo, di disagio e costi, si hanno dei risultati che in alcune occasioni sono davvero eclatanti.

Quanto conta per il paziente l'informazione prima di affrontare un trattamento di tipo estetico?

Sull'informazione c'è un grosso capitolo da aprire. Dovere del medico prima di fare un atto medico è quello di informare il paziente, sia se l'atto medico è curativo sia se è un atto medico di medicina estetica. D'altro lato il paziente che viene da noi ha un'informazione che deriva dalle riviste più disparate, dalla televisione e soprattutto da internet e molto spesso è un'informazione non completa quindi è dovere del medico prima di fare qualsiasi cosa di valutare il paziente, sentire le richieste, capire le aspettative e spiegare attentamente il tipo di trattamento e i risultati che si andranno a ottenere.

Può essere che sia il cliente a richiedere determinati trattamenti?

Il paziente può chiedere "mi dia un consiglio per migliorare in generale" oppure "voglio rifare le rughe nasogeniene piuttosto che voglio rifare la bocca e voglio correggere il tal inestetismo". Il paziente che viene da noi sa già che esistono delle pratiche che possono risolvere determinati inestetismi; un minimo di informazione di base c'è. A volte però i pazienti hanno informazioni scorrette (per esempio capita che dicano "vorrei migliorare la bocca, le labbra con la tossina botulinica" cosa che assolutamente non può essere fatta). Però capita che pazienti che vengono qui per migliorare l'estetica del sorriso chiedano anche come migliorare tutto il volto nel suo complesso. Oppure altri clienti dicono "io è da un po' di tempo che mi vedo con il volto stanco, il viso sciupato, cosa posso fare per migliorare" e chiedono un consiglio. Ripeto una base di informazione ce l'hanno sempre: sanno cos'è l'acido ialuronico, sanno che cosa è la tossina botulinica, sanno cos'è un filler.

Come un odontoiatra si può avvicinare alla medicina estetica?

L'odontoiatra della vecchia generazione come il dermatologo della vecchia generazione curavano principalmente le grandi patologie. Per esempio fino a qualche tempo fa il paziente del dermatologo era solo il grande psoriasico o il paziente con il penfigo, patologie dermato-

logiche importanti. Oppure fino a cinquanta anni fa nessun paziente avrebbe immaginato di andare dal medico a curare l'acne, i brufoli, lo si riteneva un problema banale. Lo stesso era per il dentista, colui che curava solo le grandi patologie dei denti. Non si stava a pensare se le faccette dei denti erano bianche, colorate o non colorate, o se c'era tartaro. Sempre di più aumentano le esigenze del paziente, migliorano le tecniche, si affinano sia le metodologie che la strumentazione e i materiali e si guarda non solo alla risoluzione del problema ma anche alla qualità, alla funzionalità e all'estetica del risultato. Infatti nel modo di operare moderno la mia attenzione di medico deve essere rivolta anche all'estetica, a quella che viene definita la qualità della ricostruzione, ovvero operare per lo star bene ma anche per la qualità della vita.

Esistono particolari difficoltà da parte degli odontoiatri a usare questi prodotti?

Assolutamente no. Non c'è alcuna difficoltà per tanti motivi. Primo: perché l'odontoiatra per il lavoro che fa ha sviluppato una buona manualità. Mentre il dietologo piuttosto che il cardiologo o il pediatra per esempio sono professionisti che hanno poca dimestichezza con la manualità, l'odontoiatra invece lavora con le mani. Il nostro lavoro (di dermatologo e medico estetico n.d.r.) è un lavoro prettamente manuale. Quindi per un odontoiatra medio che è abituato a lavorare con le mani e possiede una buona manualità, l'approccio a queste tecniche a maggior ragione è davvero molto semplice.

Ma le tecnologie si stanno sviluppando?

Ci sono tante ricerche e tanto sviluppo, escono materiali nuovi, escono tecniche nuove, escono metodiche migliorative e per alcuni settori, le do un dato abbastanza attendibile, c'è stata una chiusura nel 2008 con un trend di crescita del 61%. La tossina botulinica in particolare ha avuto un incremento del 61% da un anno all'altro, mentre un famoso istituto di credito italiano ha perso il 50%. Paradossalmente in un periodo di crisi come questo la medicina estetica ha un trend di crescita più che positivo. Quindi c'è tanta richiesta, perché le tecniche sono semplici, sicure, più che collaudate e ci si avvicina sempre di più alle aspettative del cliente grazie a una durata dei singoli trattamenti sempre maggiore e a costi ridotti.

Predicibilità dei risultati in medicina estetica come in odontoiatria?

Questo a volte per noi è difficile e sta soprattutto nella chiarezza e correttezza del medico. Il medico può dire "Sappia che se le facciamo un filler lo standard vuole che duri 4 mesi" e ci sarà il paziente al quale dura sei mesi e quello a cui dura due mesi. Per quello che invece riguarda i risultati, sono perfettamente raggiungibili. Con questi prodotti riusciamo a raggiungere gli obiettivi in maniera corretta dove il risultato si intende migliorativo e mai di trasformazione.

Esiste la diffidenza da parte dei pazienti a sottoporsi a questo tipo di trattamenti? Non è che per caso esista la paura di associare la medicina estetica alla chirurgia estetica e magari pensare che rifarsi la bocca significhi farsi iniettare del silicone come vediamo frequentemente per televisione o sui giornali?

Il problema è che quel tipo di bocche esagerate sono il risultato di impianti di materiali che ormai non si utilizzano più, tipo il silicone. L'olio di silicone iniettabile che è vietato da diversi anni è quello che ha causato gran parte delle mostruosità che si vedono. Oggi c'è ancora timore da parte del paziente ad avvicinarsi a certi trattamenti perché purtroppo esistono esempi di attrici che sono state trasformate con impianti di sostanze vietate e dannose. Quelle mostruosità sono la conseguenza di lavori fatti male, frutto di una pratica sbagliata e dell'utilizzo di prodotti (molto spesso silicone) non idonei. L'effetto gommone, l'effetto salsiccio, quelle cose orrende e a volte volgari, sono il risultato di applicazioni con tecniche sbagliate di prodotti sbagliati. In questo senso i prodotti più sicuri sono l'acido ialuronico, che è un prodotto naturale e non di sintesi, e il collagene, che è antecedente all'acido ialuronico di qualche anno, e che ancora adesso viene utilizzato. Il collagene però richiede più esperienza ed è più costoso, mentre l'acido ialuronico è molto più facile da iniettare e ha un range di applicazioni più ampio. Dal punto di vista clinico l'acido ialuronico è un materiale elastico mentre il collagene è un materiale plastico e proprio perché è plastico il medico che lo applica deve avere molta sensibilità ed esperienza.

Prof. Andrea Corbo



- Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data 24.06.1988 presso l'Università degli studi di Roma "La Sapienza" con votazione 110 e lode/110. Tesi di laurea in dermatologia su "Ipomelanosi di Ito".
- Vincitore nell'anno 1988 del concorso per l'ingresso alla scuola di specializzazione in Dermatologia e Venereologia all'Università degli studi di Roma "La Sapienza".
- Specializzazione conseguita nell'anno 1992 con votazione 70/70.
- Docente dal 1998 presso l'Università di Roma "Tor Vergata" al Corso di perfezionamento medicina estetica con l'insegnamento di "Dermatologia correttiva". Dal 2006 è anche docente per il corso di formazione estetica.
- Membro della SIDEV - Società Italiana di Dermatologia e Venereologia e dell'AIDA - Società Italiana Dermatologi Ambulatoriali.

Consulente Scientifico per diverse aziende dermo-cosmetiche italiane e straniere.

- Esperto di molti argomenti sia in materia di dermatologia, - con particolare riguardo alla prevenzione dei melanomi cutanei, - che di dermatologia estetica.
- Relatore nell'anno 1994 in occasione del Congresso Nazionale AIDA In cui ha presentato ampia casistica sull'utilizzo dell'Acido Glicolico e degli Alfa-Idrossi-Acidi in dermatologia.
- Autore dei primi studi sull'attività dell'Acido Glicolico (Kojic acid) sulle iperpigmentazioni cutanee. Risultati presentati per la prima volta in Italia al Congresso Nazionale AIDA del 1995.
- Autore in materia di attività del TEA TREE OIL per il trattamento dell'acne e delle mucosi cutanee.
- Co - autore di alcuni articoli in campo dermatologico pubblicati su periodici e riviste quali "Salve", "Star Bene", "Dossier Salute", etc.
- Relatore in occasione di numerosi congressi nazionali ed internazionali, nonché docente a corsi e seminari di perfezionamento per medici dermatologici.
- Nell'anno 2005 è stato incaricato Consigliere A.I.M.E. (Associazione Internazionale Medicina Estetica). L'IAF (Istituto di Alta Formazione) ha affidato l'incarico di attività formativa per l'anno 2005-2006 relativo all'insegnamento del "Filler".
- Fondazione Internazionale Fatebenefratelli Scuola Internazionale di Medicina Estetica, insegnamento nella scuola di Medicina Estetica dell'Anno Accademico 2006-2007.
- L'IAF (Istituto di Alta Formazione) ha affidato l'incarico di attività formativa per l'anno 2005-2006 relativo all'insegnamento del "Filler", "Tossina Botulinica" e "Peeling".

I nuovi corsi di estetica

Per imparare a usare i nuovi prodotti relativi alla medicina estetica, Sweden & Martina ha messo a punto un calendario ricco di appuntamenti in tutta Italia. I corsi sono tenuti da professionisti di chiara fama nazionale e alla fine del corso ai partecipanti viene consegnato un dvd interattivo con la teoria studiata in aula, i casi clinici e i video con le tecniche di iniezione.



Plinest Fast, gel biorivitalizzante per la chirurgia paradontale

Il nuovo gel viscoelastico ai polinucleotidi che viene proposto da Sweden & Martina nel settore odontoiatrico, per un'azione biorivitalizzante della cute del volto e per importanti applicazioni in campo chirurgico/parodontale.

Questa sostanza rivitalizzante rappresenta il trattamento di base della medicina estetica, migliorando le condizioni del derma e la performance di eventuali ulteriori trattamenti. La caratteristica fondamentale di Plinest Fast è quella di stimolare la crescita cellulare che si manifesta in modo particolare in un significativo aumento dei fibroblasti.

Il meccanismo d'azione esplicito da questi metaboliti del DNA è duplice:

- da un lato attraverso la "via di salvataggio" (salvage) delle basi puriniche e pirimidiniche che derivano dall'apporto del Plinest Fast, si arriva ad una replicazione cellulare agevolata di nuovo DNA, caratterizzata da un notevole risparmio energetico e, quindi, da un intenso stimolo al rinnovo della matrice;
- dall'altro, grazie alla stimolazione del sistema purinergico (attivazione dei recettori purinergici), si ottiene un incremento del numero dei fibroblasti e della loro attività metabolica.

La sinergia di tali azioni comporta come risposta definitiva una rigenerazione tissutale efficiente e rapida, agendo tanto sul turnover cellulare quanto su quello della matrice. L'ambito chirurgico e parodontale sono quindi i settori dove il prodotto può esprimere al meglio le proprie potenzialità.

Nell'ambito di un trattamento di ringiovanimento del volto sono possibili varie tipologie di intervento. Ad esempio, in preparazione all'iniezione di un riempitivo a base di acido ialuronico come Kallisté - sia esso per attenuare rughe sottili, medie o profonde oppure per l'aumento di volume di zigomi o labbra - può essere di vero aiuto stimolare il derma (cioè in particolare i fibroblasti) con dispositivi deputati alla produzione autologa di fibre collagene ed elastiche, molecole che costituiscono la sostanza intercellulare fondamentale del tessuto dermico. Plinest Fast è un gel viscoelastico, trasparente, sterile, confezionato in siringhe di vetro pre-riempite; il prodotto è co-

stituito da macromolecole polinucleotidiche con concentrazione pari a 7,5 mg/ml, totalmente riassorbibili, di origine naturale.

I POLINUCLEOTIDI

L'iniezione di POLINUCLEOTIDI è un metodo pratico, sicuro ed efficace di apportare "mattoncini" al nostro organismo dall'esterno. Brevettato da Mastelli, Plinest Fast è l'unico dispositivo medico a base di polinucleotidi.

I POLINUCLEOTIDI sono la frazione attiva estratta da sperma di pesce secondo una metodica originale.

I POLINUCLEOTIDI sono formati da polimeri di desossiribonucleotidi con catene di diverse lunghezze comprese tra 50 e 2000 paia di basi (unità di misura del peso molecolare).

I POLINUCLEOTIDI sono la principale sostanza usata nella rigenerazione cellulare e nella guarigione, poiché fornisce alle cellule quelle grandi quantità di NUCLEOTIDI, NUCLEOSIDI, e basi mitogenetiche (che favoriscono la mitosi).

I POLINUCLEOTIDI sono un fortissimo fattore di stimolazione dei fibroblasti, capace di aumentare il loro numero e la loro attività metabolica.

I centri d'eccellenza in implantologia

Per continuare il reportage fotografico iniziato lo scorso anno, anche in questo numero pubblichiamo centri di eccellenza in implantologia che ci hanno spedito le loro foto e che si sono distinti per la continua e proficua collaborazione con Sweden & Martina. Come segno distintivo la targa d'eccellenza in implantologia. La crescita e lo sviluppo aziendale procedono a braccia tese di ciascuno dei centri odontoiatrici che per questo motivo sono stati insigniti della targa "Centro d'eccellenza in implantologia".

Dr. Bianchet Ester e Barbara, Verona



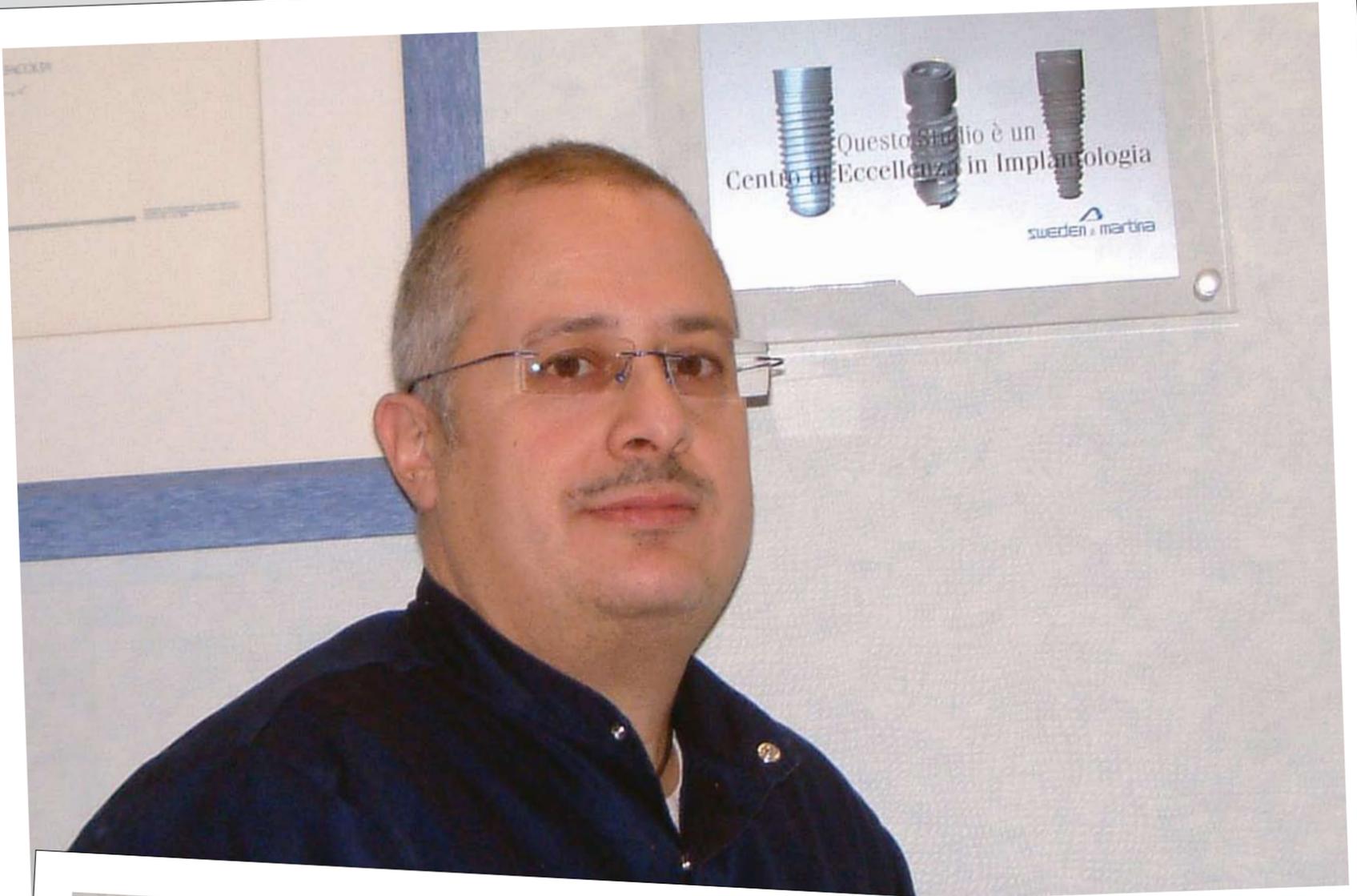
Dr. Carlo Pronesti, Messina



le foto di alcuni studi di eccellenza di im-
zazione e per questo motivo hanno ricevuto
edono parallelamente al perfezionamento
eccellenza in implantologia".



Dr. Massimo Tocci, Roma



Dr. Giancarlo Braggio, San Giovanni Lupatoto (VR)



Calendario corsi aprile/giugno 2009

CHIRURGIA

LA CHIRURGIA ORALE E L'IMPLANTOLOGIA SOTTO IL PROFILO ANATOMICO CA455

15-16 maggio 2009 TORINO
Relatori: Angelo Sisti e Salvatore Gabriele

CORSO TEORICO DI ANATOMIA ORALE CLINICA E CHIRURGICA CA444

23 maggio 2009 TARANTO
Relatore: Salvatore Gabriele

CONSERVATIVA

CORSO TEORICO-PRATICO DI CONSERVATIVA - IL RESTAURO ADESIVO DIRETTO DEL DENTE ANTERIORE CC037

9 maggio 2009 BOLOGNA
Relatore: Adamo Monari

CORSO TEORICO-PRATICO DI CONSERVATIVA - IL RESTAURO ADESIVO DIRETTO DEL DENTE ANTERIORE CC039

30 maggio 2009 CINISELLO BALSAMO (MI)
Relatori: Paolo Ferrari e Stefano Bottacchiari

CORSO TEORICO-PRATICO DI CONSERVATIVA - I FATTORI PREDOMINANTI DEL SUCCESSO ESTETICO NEL RESTAURO DIRETTO DEGLI ANTERIORI CC036

13 giugno 2009 LAMEZIA TERME (CZ)
Relatore: Enzo Lamorgese

ENDODONZIA

CORSO TEORICO DI CHIRURGIA ENDODONTICA CF401

18 aprile 2009 DUE CARRARE (PD)
Relatore: Vinio Malagnino

CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE CF402

8 maggio 2009 MILANO
Relatore: Angelo Fassi

CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE CF418

15 maggio 2009 CASTEL MELLA (BS)
Relatore: Angelo Fassi

CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE CF403

16 maggio 2009 ROMA
Relatore: Vinio Malagnino

CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE CF404

29 maggio 2009 TORINO
Relatore: Piero Alessandro Marcoli

CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE CF405

30 maggio 2009 CAGLIARI
Relatore: Piero Alessandro Marcoli

CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE CF407

6 giugno 2009 LECCE
Relatore: Piero Alessandro Marcoli

CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE

SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE CF408

12 giugno 2009 DUE CARRARE (PD)
Relatore: Piero Alessandro Marcoli

CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE CF409

13 giugno 2009 BOLOGNA
Relatore: Piero Alessandro Marcoli

IMPLANTOLOGIA

CORSO DI CHIRURGIA E PROTESI IMPLANTARE CA388

17-18 aprile/15-16 maggio/5-6 giugno/18-19 settembre 2009 PESARO
Relatori: Giovanni B. Bruschi e Ivo Agabiti

CORSO PRATICO SU TESSUTI ANIMALI DI IMPLANTOLOGIA AVANZATA CA448

17-18 aprile 2009 PALERMO
Relatore: Marco Csonka

SEMINARIO DI CHIRURGIA E PATOLOGIA ORALE CA442

18 aprile 2009 LECCE
Relatori: Maurizio Franco e Alessandro Viscioni

LA PIANIFICAZIONE RADIOLOGICA IMPLANTARE: CHE COSA L'ODONTOIATRIA DEVE SAPERE CA447

18 aprile 2009 LUCCA
Relatori: Emanuele Neri e Francesca Cerri

IL CARICO IMMEDIATO: PERCHÉ E QUANDO CA453G

22 aprile 2009 ROSSANO (CS)
Relatore: Antonino Cipriotti

LA PROTESI TOTALE E L'OVERDENTURE SU IMPIANTI CA429

8-9 maggio 2009 CASTEL MELLA (BS)
Relatori: Alessio Papini e Ugo Zambelli

CORSO PRATICO SU TESSUTI ANIMALI DI IMPLANTOLOGIA AVANZATA CA430

8-9 maggio 2009 FOGGIA
Relatore: Marco Csonka

CHIRURGIA SOFTWARE ASSISTITA MODELGUIDE: PROGETTO 3D, CARATTERISTICHE DELLE DIME CHIRURGICHE, CHIRURGIA CON PROTESI IMMEDIATA PRECOSTRUITA CA450

9 maggio 2009 LUCCA
Relatori: Massimo Brillì, Luca Orsetti, Stefano Silvestrelli, Luca Nobili, Elena Ivanova, Mauro Bottai e Renato Turrini

ESTETICA IN IMPLANTOLOGIA CA441

11-12 maggio 2009 BARLETTA
Relatore: Marco Csonka

CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE E IMPLANTOPROTESI CA390

22-23 Maggio/12-13 Giugno/3-4 Luglio 2009 ROMA
Relatori: Giovanni B. Bruschi, Sandro Pelo e Roberto Crespi

PATOLOGIA DISTROFICA DEI MASCELLARI E COMPLICANZE SINUSALI - SURGERY ON LIVE CA446

5-6 giugno 2009 TORINO
Relatori: Gian Paolo Poli e Adriano Bobbio

PREMIUM DAY 2009 - CORSO PRECONGRESSUALE RECIPES FOR PREDICTABLE ANTERIOR ESTHETICS CA436

18 giugno 2009 ABANO TERME (PD)
Relatore: Gerard J. Chiche

PREMIUM DAY 2009 MB29

19-20 giugno 2009 ABANO TERME (PD)

LASER & TECNOLOGIE AVANZATE

CORSO SUL CORRETTO UTILIZZO DEL LASER A DIODI IN ODONTOIATRIA CD470

8 maggio 2009 BIELLA
Relatore: Giuseppa Iaria

CORSO SUL CORRETTO UTILIZZO DEL LASER ERBIUM IN ODONTOIATRIA CD469

15 maggio 2009 ESTE (PD)
Relatore: Vulzio Lazzarini

ODONTOIATRIA ESTETICA

I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO CI0718

18 aprile 2009 REGGIO EMILIA
Relatore: Filippo Brighetti

I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO CI102

18 aprile 2009 CASERTA
Relatore: Stefania Bizzarri

I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - 1° LIVELLO CI092

18 aprile 2009 MILANO
Relatore: Enrico Bernè

I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - 2° LIVELLO CI080

24 aprile 2009 ROMA
Relatore: Andrea Corbo

I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIVELLO BASE CI081

8 maggio 2009 ROMA
Relatore: Stefania Bizzarri

I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - 1° LIVELLO CI099

9 maggio 2009 CAMPAGNA (SA)
Relatore: Stefania Bizzarri

I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - 1° LIVELLO CI082

9 maggio 2009 MONTAGNANA (PD)
Relatore: Claudio Trainotti

I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIVELLO BASE CI093

16 maggio 2009 MILANO
Relatore: Enrico Bernè

I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - 1° LIVELLO CI083

22 maggio 2009 ROMA
Relatore: Andrea Corbo

I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO CI103

23 maggio 2009 COPERTINO (LE)
Relatore: Mauro Rana

I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - 2° LIVELLO CI084

30 maggio 2009 SAN VENDEMIANO (TV)
Relatore: Claudio Trainotti

I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - 1° LIVELLO CI097

5 giugno 2009 GENOVA
Relatore: Stefania Bizzarri

I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - 1° LIVELLO CI085

5 giugno 2009 NAPOLI
Relatore: Andrea Corbo

I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - 2° LIVELLO CI094

13 giugno 2009 MILANO
Relatore: Enrico Bernè

I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO CI086

26 giugno 2009 MILANO
Relatore: Andrea Corbo

ORTODONZIA

CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA CE224

18 aprile 2009 ROMA
Relatore: Gianni Manes Gravina

CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA CE225

9 maggio 2009 CINISELLO BALSAMO (MI)
Relatore: Gaetano Ierardo

CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA CE226

23 maggio 2009 COSENZA
Relatore: Gaetano Ierardo

CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA CE237

23 Maggio 2009 RAGUSA
Relatore: Gianni Manes Gravina

CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA - 2° LIVELLO CE227

30 maggio 2009 ROMA
Relatori: Antonella Polimeni, Gianni Manes Gravina e Gaetano Ierardo

CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA CE228

6 giugno 2009 MONDELLO (PA)
Relatore: Gaetano Ierardo

CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA CE229

6 giugno 2009 TORINO
Relatore: Gianni Manes Gravina

CAD/CAM

CORSO CAD/CAM ECHO - 2° LIVELLO CH090G

15 e 16 aprile 2009 ALBEROBELLO (BA)
Relatore: Rita Garelli

INTRODUZIONE ALLA SISTEMATICA CAD/CAM CH077

27 aprile 2009 DUE CARRARE (PD)
Relatore: Carlo Baroncini

INTRODUZIONE ALLA SISTEMATICA CAD/CAM CH088G

9 maggio 2009 LECCE
Relatore: Rita Garelli

CORSO CAD/CAM ECHO - 2° LIVELLO CH087G

11 maggio 2009 ROMA
Relatore: Rita Garelli

INTRODUZIONE ALLA SISTEMATICA CAD/CAM CH078

11 maggio 2009 DUE CARRARE (PD)
Relatore: Diego Bassani

Per ulteriori informazioni chiamare il nostro

Numero Verde



o visitare il sito www.sweden-martina.it



Anticipazioni

X Premium Day, Congresso Nazionale di Implantoprotesi Integrata

Sweden & Martina presenta con grande soddisfazione la X Edizione del Premium Day, che si svolgerà ad Abano Terme, presso il teatro Congressi Pietro D'Abano, il 19 e 20 Giugno 2009. L'evento sarà inaugurato da un corso precongressuale, nella giornata di giovedì 18 Giugno 2009, al quale è stato invitato il Prof. Gerard J. Chiche, direttore e docente del dipartimento di Protesi Dentaria della facoltà di Odontoiatria della Louisiana State University. Il corso "Recipes for predictable anterior esthetics" sarà presentato dal Dr. Gaetano Calesini, presidente dell'AIOP (Accademia Italiana di Odontoiatria Protesica).



La sera di venerdì 19 giugno si terrà la consueta cena di gala, caratterizzata anche quest'anno da personalità del settore odontoiatrico, politico e industriale che aggiungeranno un tocco di glamour alla serietà e professionalità dell'evento.

PAD **Protesi Avvitata Disparallela**

Sarà presentata in anteprima al prossimo Premium Day la sistemática protesica P.A.D. Protesi Avvitata Disparallela. Tale sistemática è stata studiata per facilitare la realizzazione di protesi multiple avvitata anche in presenza di impianti molto divergenti e assi di emergenza protesici disparalleli.

La sistemática P.A.D. sarà disponibile per le seguenti piattaforme implantologiche:

| SISTEMA IMPLANTOLOGICO | DIAMETRI DI PIATTAFORMA |
|------------------------|-------------------------|
| OUTLINK2 | 4.10 mm |
| PREMIUM KOHNO | 3.80 e 4.25 mm |
| GLOBAL | 3.80 e 4.30 mm |

La sistemática offre una grande versatilità, poiché consente di ri-orientare la divergenza dell'asse delle connessioni utilizzando abutment dritti (con altezze trasmuose di 1,5 o 3 mm), e abutment angolati con inclinazioni di 17 gradi o di 30 gradi. Gli abutment, qualunque sia la loro angolazione, possiedono tutti un comune cono superiore che facilita l'inserimento delle sovrastrutture e compensa ulteriormente le divergenze protesiche, permettendo di correggerle di ulteriori 13 gradi rispetto all'asse di angolazione già insito nell'abutment. Gli abutment P.A.D. sono prodotti in biotitanio grado 5, con macchine a controllo numerico CNC che garantiscono la massima precisione micromeccanica.

La sistemática è completa di tutta la componentistica necessaria alla produzione delle sovra-

strutture:

- cuffie di guarigione
- transfer da impronta di precisione pick-up
- analoghi da laboratorio, che riproducono fedelmente l'emergenza degli abutment
- cannule in titanio per la realizzazione di provvisori, sia in versione rotante che riposizionabile
- cannule calcinabili in PMMA per la ceratura delle strutture da ottenere per fusione. Anche queste sono disponibili sia rotanti che riposizionabili.

Grazie alla sistemática P.A.D., la riabilitazione di edentulie totali tramite protocolli chirurgici che prevedono l'inserimento di impianti distali molto inclinati è ora possibile anche con l'utilizzo di impianti Global e Premium Kohno, poiché la connessione protesica viene riposizionata esternamente con molta facilità. Gli abutment P.A.D. realizzati per gli impianti Outlink2, a connessione esterna, sono compatibili con le connessioni ad esagono esterno standard di 4.10 mm.



Semplificazione in implantoprotesi - Dr. Alberto Becattelli

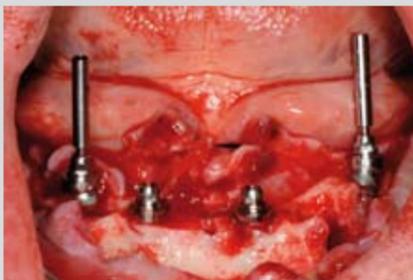
Riabilitazione di edentulie totali con l'utilizzo di 4 impianti e della sistemática protesica PAD

In occasione del prossimo Premium Day, il Dott. Alberto Becattelli presenterà numerosi lavori relativi a riabilitazione di edentulie totali con l'utilizzo di soli 4 impianti, protesizzati con l'utilizzo della sistemática P.A.D. La relazione del Dott. Becattelli verterà sul raffronto fra le varie possibilità di riabilitazione delle edentulie, comparandole con tale tecnica. Nella riabilitazione dell'edentulia totale con impianti osteointegrati, il rispetto del protocollo impone svantaggi spesso non accettabili dal paziente che esige il mantenimento di una adeguata qualità di vita durante la terapia. La frequente presenza di problematiche anatomiche nei settori posteriori rende necessario ricorrere a tecniche chirurgiche invasive per poter inserire gli impianti. La metodica che utilizza solo 4 impianti, i due mediali, ortogonali al piano oclusale, e i due terminali, inclinati distalmente di 45° rispetto alla cresta ossea, è stata descritta per la prima

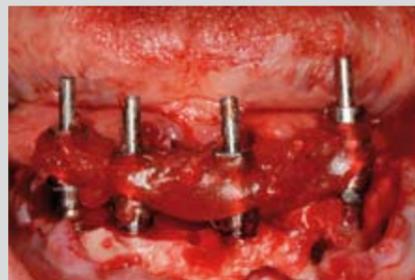
volta nel 2003 in uno studio retrospettivo relativo all' arcata inferiore (Malo et al., 2003).

Questa metodica ha consentito di standardizzare un protocollo con vantaggi sia chirurgici che protesici. Vengono inseriti infatti, inclinandoli, impianti di lunghezza maggiore a quanto consentirebbe un intervento tradizionale, con aumento del contatto osso-impianto e con una conseguente maggiore stabilità primaria. Si possono inoltre evitare componenti anatomiche importanti (ed interventi chirurgici più invasivi) quali l'emergenza del nervo alveolare ed il seno mascellare e al contempo si possono impegnare gli impianti in osso di buona qualità, quale quello che si trova nella premaxilla e nella zona intraforaminale mandibolare. Vengono riportate le foto reali a due casi clinici, il primo in mandibola, il secondo in mascella.

CASO CLINICO 1



Visione frontale con transfert inseriti



Transfert in situ bloccati con pattern resin



Visione frontale della guarigione prima dell'inserimento della protesi



Visione frontale della protesi provvisoria in situ

CASO CLINICO 2



Visione oclusale con abutment inseriti



Solidarizzazione dei transfert alla protesi opportunamente scaricata



Visione oclusale della protesi totale trasformata in protesi fissa



Visione frontale della protesi provvisoria in situ

Inoltre in questo modo risultano eliminati i cantilever o comunque vengono ridotte le loro estensioni, che spesso sono correlate a riassorbimenti, svitamenti o fratture. L'aumento delle distanze interimplantari consente la formazione di poligoni protesici migliori e grazie al numero minore di impianti inseriti il più facile raggiungimento di un fit protesico passivo. Per il paziente il minor numero di impianti e la più grande distanza fra loro consente il più facile mantenimento igienico, oltre al vantaggio economico dovuto al minor costo del manufatto protesico.

Si ringraziano per la collaborazione il Dr. Leonardo Biscaro e il Sig. Massimo Soattin

Corso di implantoprotesi a Valencia (Spagna)

Si è svolto alla fine di novembre del 2008 il Corso di Implantoprotesi a Valencia in Spagna. Organizzato e promosso da Sweden & Martina Mediterranea ha visto la partecipazione di diversi odontoiatri spagnoli. I relatori del corso erano il Professor Ugo Covani e il Professor Miguel Peñarrocha Diaco, docente di Chirurgia Orale dell'Università di Valencia.



🇮🇹 Visite in azienda, la testimonianza del Dottor Fajardo

La visita del Dottor Fajardo è stata l'occasione per chiedergli i dettagli del corso che terrà in Spagna in collaborazione con Sweden & Martina

Dottor Fajardo, Lei ha visitato la sede di Sweden & Martina in Italia. Che impressione ne ha avuto?

Sorpresa e ammirazione. Sorpresa per la grandezza imponente degli edifici e di tutte le sue infrastrutture. Ammirazione per la serietà e coesione dell'equipe che vi lavora. Ero già stato in altre sedi negli Stati Uniti, ma la pulizia degli impianti di Sweden & Martina e la gentilezza del personale nel mostrarci tutto il processo di lavorazione degli impianti hanno realmente impressionato e soddisfatto tutti i componenti del nostro gruppo.

Parliamo del suo corso: in cosa si differenzia da tutti gli altri? Al giorno d'oggi quali caratteristiche deve avere un corso per essere interessante?

Abbiamo voluto sviluppare un corso diverso da tutti gli altri che vengono proposti. A questo proposito, abbiamo preso in considerazione esclusivamente le richieste degli odontoiatri che sono: poter scegliere in modo personalizzato le tecniche chirurgiche, fare pratica su pazienti reali e stabilire un sistema di date elastico. In prima battuta l'alunno realizzerà delle prove pratiche su osso animale e su manichini. Il

🇬🇧 Visits to the company, the testimony of Dr. Fajardo

The visit of Dr. Fajardo it was an opportunity to ask details of the course that held in Spain in collaboration with Sweden & Martina

Dr. Fajardo, you have visited the headquarters of Sweden & Martina in Italy. What was your impression?

Surprise and admiration. Surprise because of the impressive size of the buildings and the entire infrastructure. Admiration because of the seriousness and collaboration of the team working there. I had already been to other offices in the United States, but the cleanliness of the Sweden & Martina facilities and the kindness of the personnel when showing us the entire manufacturing process really impressed and satisfied all the members of our group.

Let's talk about your course: how is it different from all the others? Which characteristics must a course have to be interesting nowadays?

We wanted to develop a different course from all the others on the market. Therefore, we only considered dentists' requests, which are: being able to choose surgical techniques in a personalized way, practicing on real patients and establishing an elastic data system. First the student will have hands-on practice using animal bone and mannequins. On Friday afternoon the course will conclude with some

🇪🇸 Visitas a la empresa, el testimonio de Dr. Fajardo

La visita del Dr. Fajardo fue una oportunidad para pedirle detalles del curso que celebrará en España en colaboración con Sweden & Martina

Doctor Fajardo, Usted estuvo en Italia visitando Sweden & Martina. ¿Qué impresión tuvo?

Sorpresa y admiración. Sorpresa por la imponente magnitud de la edificación y toda su infraestructura. Admiración por la seriedad y cohesión del equipo humano que alberga. Yo ya había estado en otras sedes en Estados Unidos, pero la pulcritud de las instalaciones de Sweden y la amabilidad de su equipo humano, mostrándonos todo el proceso de elaboración de sus implantes, realmente nos dejó a todo el grupo muy impresionados y satisfechos.

Hablamos de su curso, en que se diferencia de los demás cursos? Que tiene que tener un curso hoy en día para ser interesante?

Hemos querido formar un curso diferente al resto de los ofertados. Para ello nos hemos basado, exclusivamente, en atender las demandas de los propios odontólogos, que son: Poder elegir de manera individualizada las técnicas quirúrgicas, practicarlas en pacientes reales y establecer un sistema de fechas elásticas. Previamente, el alumno realizará las prácticas en hueso animal y fantomas. Los Viernes por la

venerdì pomeriggio si completerà con alcune presentazioni teoriche molto efficaci per assimilare le prove pratiche che si terranno il sabato. In breve, che un odontoiatra desideri apprendere una tecnica di elevazione del seno o di inserto osseo, o che voglia iniziare a collocare impianti senza averlo mai fatto prima, il lunedì potrà già realizzare questo stesso intervento nella sua clinica senza aver bisogno di aiuto da parte di nessuno.

Come vede il mercato dentale in Spagna? Quale ruolo potrà rivestire un'azienda del calibro di Sweden & Martina?

In Spagna c'è una grande offerta di sistemi implantari, che saturano il mercato. Per questo c'è bisogno di tempo e studio per saper scegliere l'opzione migliore. Io do valore a due aspetti fondamentali: in primo luogo la qualità dell'impianto, che deve avere una storia clinica verificata ed avallata da studi seri. In secondo luogo, che di supporto ci sia personale efficiente e preparato che appoggi costantemente le diverse necessità che questa disciplina richiede. Io fino ad ora avevo utilizzato un altro sistema e sono passato a Sweden & Martina perchè mi ha offerto in maniera più efficace questi due aspetti, ma mi ha sorpreso il fatto che, oltre a questo, tutta la sistematica sia molto più semplice e i costi siano molto inferiori.

Un messaggio ai giovani che iniziano oggi questa professione.

La prima cosa che direi loro è che sono fortunati di poter disporre oggi giorno di privilegi che non aveva chi ha iniziato negli anni addietro: hanno più corsi e questi sono più adeguati per iniziare subito a lavorare. Inoltre hanno più impianti e di migliore qualità rispetto al passato. Devono solo saper approfittare di queste risorse per ottimizzare i trattamenti dei loro pazienti in maniera fruttuosa.

Il corso: implantologia su pazienti reali

Alla Clinica Fajardo si sono aperte le iscrizioni ai corsi organizzati in collaborazione con Sweden & Martina. I moduli si divideranno nel corso del 2009 e del 2010 e integreranno le diverse tecniche chirurgiche, dall'implantologia di base fino alle tecniche più complesse di rigenerazione ossea. La singolarità di questi corsi si riassume in due aspetti: innanzitutto gli alunni eseguiranno le pratiche chirurgiche su pazienti reali, monitorati da un'equipe di 5 professori, in secondo luogo ogni singolo alunno sceglierà il modulo che più gli interessa in funzione delle sue richieste. Tutto questo si può gestire attraverso la pagina www.implantep Practico.es. I corsi sono accreditati dal Sistema de Salud de la Conselleria de Sanidad de la Xunta de Galicia (Sistema Sanitario del Consiglio di Sanità della Giunta Galiziana) e si terranno a La Coruña nella clinica del Dr. García Fajardo e nella nuova sala conferenze annessa alla clinica stessa.

very effective theoretical presentations in order to assimilate the practical experience planned for Saturday. In a few words, whether a dentist wants to learn a technique to lift the sinus or insert bone or to start to put in implants without having ever done it before, by Monday he or she will already be able to do it without needing help from anyone.

How do you perceive the dental market in Spain? Which role can a company of the caliber of Sweden & Martina play?

In Spain there is a great supply of implant systems, which saturate the market. Therefore, you need time and research to be able to choose the best option. I value two fundamental aspects: first of all the quality of the implant, which must have been tested and confirmed by serious studies. Secondly, there must be support from an efficient and qualified staff that constantly meets the different needs this discipline requires. Until now I had used another system and I switched to Sweden & Martina because they fulfill these two aspects much more efficiently, but I was surprised by the fact that, apart from this, all the systematics are much simpler and the costs much lower.

Do you have a message to young people who would like to enter this profession today?

The first thing I would tell them is that they are very lucky to be have certain privileges today that didn't exist in the past: there are more courses and they are more suitable for immediately starting to work. There are also more implants with better quality than in the past. They only need to know how to take advantage of these resources in order to optimize treatments for their patients in a fruitful way.

The course: implantology on real patients

The Clínica Fajardo has opened registration for courses organized in collaboration with Sweden & Martina. The application forms are divided between the 2009 course and the 2010 one, and they integrate different surgical techniques, from basic implantology to more complex bone regeneration techniques. The singularity of these courses can be summarized in two aspects: first of all the participants will practice techniques on real patients, monitored by a team of 5 professors, secondly each individual student will choose the module he or she is most interested in, based on his or her requests. The registration process can be done on the web page www.implantep Practico.es. The courses are accredited by the Sistema de Salud de la Conselleria de Sanidad de la Xunta de Galicia (the Healthcare System of the Galician Board of Health) and will be held in La Coruña at Dr. García Fajardo's clinic and the new conference room belonging to the clinic.

tarde, se complementará con unas presentaciones teóricas muy eficaces para asimilar las prácticas que son el Sábado. En resumen, se trata de que si un odontólogo quiere aprender a hacer una elevación de seno o un injerto de hueso o empezar a poner implantes porque no ha colocado nunca ninguno, pues que el Lunes ya pueda realizar esa intervención en su propia clínica sin ayuda de nadie.

Como ve el mercado odontológico en España? Que rol podrá tener una empresa importante como la Sweden & Martina?

Hay una gran oferta de sistemas de implantes en España que saturan el mercado. Por ello se necesita tiempo y estudio para saber elegir la mejor opción. Yo valoro dos aspectos primordiales: En primer lugar, la calidad del implante, que tiene que tener un historial clínico contrastado y avalado por estudios de calidad serios. En segundo lugar, que esté respaldado por un equipo humano eficiente y preparado y que apoye constantemente las diversas necesidades que esta disciplina demanda. Yo, hasta ahora, utilizaba otro sistema y he cambiado a Sweden & Martina porque me ofrecía estos dos puntos de una manera más eficaz. Pero mi sorpresa fue que, además, toda la sistemática era más sencilla y que tenía unos costes mucho más bajos.

Un mensaje a los jóvenes que empiezan hoy la profesión.

Lo primero que les diría a estos jóvenes es la suerte que tienen de poder disponer hoy en día de unos privilegios que no teníamos los que empezamos hace años: Tienen más cursos y más eficaces para empezar a trabajar y tienen más implantes y mejores que hace años. Sólo falta que sepan aprovechar estas recursos para optimizar el tratamiento a sus pacientes de una manera exitosa.

El curso: implantologia en pacientes reales

Se ha abierto el plazo de matricula, en la Clínica Fajardo, para inscribirse en los cursos que organiza Sweden & Martina. Los módulos se repartirán a lo largo del año 2009-2010 e integrarán las diversas técnicas quirúrgicas, desde implantología básica para iniciados hasta las más complejas técnicas de regeneración ósea. La singularidad de estos cursos se resume en dos aspectos: las prácticas de los alumnos se realizarán en pacientes reales monitorizados por un equipo de 5 profesores. Y en segundo lugar, el propio alumno seleccionará el módulo que más le interese en función de sus demandas particulares. Todo ello se puede gestionar a través de la página www.implantep Practico.es. Los cursos están acreditados por el Sistema de Salud de la Conselleria de Sanidad de la Xunta de Galicia y se realizarán en La Coruña en la clínica del Dr. García Fajardo y en la nueva sala de conferencias anexa a la clínica.

Carlos Garcia-Fajardo Palacios



- Degree in Medicine and Surgery from the Universidad de Santiago de Compostela in 1989.
- Dental surgeon specialized in Craniomandibular Disorders and Orofacial Pain therapy.
- Director of the "Centro de Disfunción Cráneomandibular" (Center for Craniomandibular Disorder) La Coruña - Spain
- Member of the "American Academy of Craniofacial Pain"
- Masters in the Treatment of Temporomandibular Joint Syndrome and Orofacial Pain (Teknon Center, Barcelona 2002)
- Ordinary member of the Teknon Clinic Study Group
- Lecturer at numerous conferences and teacher of various courses
- Scientific articles published in various specialized journals
- Guest Professor at the Masters programs in Surgery and Orthodontics at the Universidad de Santiago de Compostela 2005-2008
- Lecturer at different courses in the continued training program in Advanced Surgery and Implantology at Astra Tech and Eckermann Laboratorium in Spain and Portugal (2004-2008)
- Holds a diploma from the Implant Course at the Department of Restorative Dentistry, Harvard School of Dental Medicine, Boston 2004.
- Author of two books: "Dolor Orofacial de Origen Temporomandibular, Estomatológico y Miofascial" (Orofacial Pain with Temporomandibular, Stomatological and Myofascial Origin) and "Dolor Odontostomatogénico" (Odontostomatogenic Pain) published by Ed. Ripano. Spain.



Convention...

PERIODICAMENTE LA NOSTRA FORZA VENDITA PARTECIPA A CORSI TEORICO PRATICI DI FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO TENUTI DA PROFESSIONISTI DEL SETTORE.





... e Sharm El Sheik
 I MIGLIORI PROFESSIONISTI DELLA VENDITA SONO STATI PREMIATI CON UN VIAGGIO DI UNA SETTIMANA PER RIPOSARSI, DIVERTIRSI E INIZIARE IL 2009 CON LA PROFESSIONALITÀ E L'ENTUSIASMO CHE DA SEMPRE LI CARATTERIZZANO.



NUMERI UNO

Lo stato dell'arte in odontoiatria

Il rapporto tra Parodontologia e Implantologia

Credo che una delle maggiori sfide per chi si occupa di formazione in Odontoiatria (come docente universitario o opinion leader libero-professionale) per gli anni futuri sia quella di far riguardare ai nostri discendenti la "fiducia" nelle potenzialità degli approcci preventivi e terapeutici atti al mantenimento o al recupero degli elementi dentali compromessi. Continuo a pensare che la "mission" prioritaria dell'Odontoiatria sia quella di salvaguardare la dentizione naturale in condizioni di confort estetico e funzionale per il paziente. L'Implantologia è una meravigliosa risorsa riabilitativa, destinata alla sostituzione degli elementi dentali mancanti. È determinante che i giovani colleghi che si affacciano alla professione non cadano nella tentazione di considerare una radice bionica di titanio la priorità di trattamento, a scapito di soluzioni terapeutiche parodontali semplici, affidabili e con una lunga e validata documentazione clinica.

Prof. Leonardo Trombelli (Ferrara)

Sinergie e risultati

Si parla molto di estetica trascurando il fatto che, oltre a dover necessariamente inserire i nostri restauri protesici in un contesto quale il viso del paziente, la valutazione delle aspettative dello stesso devono relazionarsi con l'obbligo terapeutico di coniugare l'aspetto estetico con la funzionalità e l'integrazione biologica del restauro finale. Oggi, la ricerca e lo sviluppo di nuove tecnologie ha messo a disposizione del dentista differenti ceramiche altamente estetiche, silicate e non-silicate, "prive" di metallo, con differenti proprietà di traslucenza e di resistenza alla flessione. L'attenta valutazione di parametri estetici altamente riconosciuti consente al professionista di migliorare il livello qualitativo dei propri lavori protesici potendo scegliere il materiale più idoneo in relazione ad ogni singolo caso clinico. Un'efficace e stretta collaborazione tra dentista e tecnico risulta determinante per la realizzazione di una corretta riabilitazione in protesi fissa, a condizione che entrambi operino in sinergia e nel rispetto delle proprie competenze specifiche.

Dr. Oscar Arnaboldi (Milano)

I principi della Medicina Estetica

La medicina estetica si prefigge di migliorare l'aspetto di un paziente, correggendo alcuni inestetismi fisici, senza arrivare a ricorrere al bisturi. Nella tensione ad un modello e a canoni estetici sempre più spesso dettati dai media, troppe volte vediamo scempi di stampo Hollywoodiano: labbra sovra-dimensionate, zigomi tumefatti, volti inespressivi. E' auspicabile lavorare senza permettere che la routine e la sistematica reiterazione dei nostri "gesti" professionali (dall'applicazione di un semplice bracket sino alle procedure più complesse) ci facciano dimenticare il razionale che li muove: migliorare, per quanto ci sia dato, la salute psico-fisica del paziente... non creare maschere.

Dr. Filippo Brighetti (Bologna)

L'implantoprotesi del futuro

È stimolante vedere come nell'"odontoiatria del terzo millennio" le nostre riabilitazioni implantoprotesiche si avvalgano di strumenti, tecnologie e materiali sempre più performanti. Lo zirconio, ceramiche sempre più traslucide, impianti con forme e superfici sempre più accattivanti, tecnologie CadCam o software che ci permettono di eseguire interventi di "chirurgia implantare assistita", giocano sicuramente a nostro favore, aiutandoci a rendere più predicibile il nostro lavoro. Del resto i pazienti ci chiedono sempre più riabilitazioni funzionali e soprattutto estetiche, quindi ben venga un aiuto alla predicibilità, alla funzionalità e all'estetica. Tuttavia credo che questo incessante bombardamento di informazioni, materiali e tecnologie possa generare in noi clinici dubbi e perplessità, per non dire confusione, facendoci a volte dimenticare che l'ottenimento del successo clinico nasce sempre e comunque da una corretta diagnosi. È infatti da una corretta diagnosi che possiamo avere le corrette indicazioni cliniche per un adeguato utilizzo dei materiali e delle tecnologie messe a nostra disposizione. Ergo... ben venga il futuro, ma non dimentichiamoci del presente... i nostri pazienti.

Dr. Stefano Conti (Parma)

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 2, numero 4
aprile/giugno 2009

Editore

Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto 10
Due Carrare (PD)
Tel. +39 049 912.43.00
Fax +39 049 912.42.90
www.sweden-martina.it

Direttore editoriale

Pier Francesco Rupolo

Coordinamento editoriale

Valeria Bonotto
vbonotto@sweden-martina.it

Direttore scientifico

Glorianna Zangiacomì

Direttore responsabile

Valentina Visentin

Progetto e direzione grafica

Pier Francesco Rupolo

Stampa

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

Redazione e proprietà

Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto, 10
35020 Due Carrare PD Italia
Tel. +39 049 912.43.00
Fax +39 049 912.42.90

Hanno collaborato a questo numero:

Roberto Abundo
Stefano Almini
Oscar Arnaboldi
Alberto Becattelli
Earl O. Bergersen
Barbara Bianchet
Ester Bianchet
Giancarlo Braggio
Filippo Brighetti
Katia Celebre
Stefano Conti
Andrea Corbo
Giuseppe Corrente
Carlos Garcia Fajardo Palacios
Giampietro Farronato
Pietro Manzini
Marina Mirandola Minuzzi
Valeria Musner
Gianluca Paniz
Tommaso Pezzato
Carlo Pronesti
Manuel Scali
Graziano Severi
Alessio Terziani
Leonardo Trombelli
Massimo Tocci

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 _____
c.a.p. _____ città _____ provincia _____
tel. _____ fax _____ cell. _____
email _____ P. IVA _____ cod. fisc. _____

E' già cliente Sweden & Martina?

SÌ

NO

- Sono interessato a ricevere copia cartacea della rivista
- Sono interessato a ricevere la rivista 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

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

firma _____