

NUMERI UNO

ESSE&EMME NEWS MAGAZINE N° 6 novembre 2009/febbraio 2010

sweden & martina

Dr. R. Monguzzi

*Protesi in zirconio su
impianti ed elementi
naturali*

Nuova partnership

BIS
CO per
*l'odontoiatria
conservativa*



Nuove direzioni per l'odontoiatria

Call for poster

*The Ultimate
Endo-Restorative
Dentistry*



La nuova frontiera: l'innovazione in odontoiatria

4 e 5 dicembre 2009

Sessione Odontoiatri



LIDO DI CAMAIORE (LU)

UNA HOTEL VERSILIA Viale Bernardini, 335/337 55041 Lido di Camaiore LU

4 dicembre 2009

08.30 Registrazione partecipanti

Presidente di Sessione Prof. Franco Borghesan

09.00 Enzo Lamorgese - Opacità e trasparenze nella stratificazione dei compositi. Come creare la giusta illusione

09.45 Adriano Dallari - L'adesione alla dentina radicolare nella cementazione dei perni in fibra

10.30 Coffee Break

11.00 Andrea Gesi - La preparazione del terzo apicale

11.45 Piero Alessandro Marcoli - La preparazione simultanea dei canali radicolari: 7 anni di follow up

12.30 Antonio Magliaro - Le labbra: varianti correttive per le diverse morfologie mediante impianto con nuovo filler a base di acido ialuronico

13.15 Lunch Break

Presidente di Sessione Prof. Ugo Covani

14.30 Alessandro Ceccherini - Software di progettazione: caratteristiche e utilizzo

15.15 Luca Orsetti - Protocollo Operativo MG, dime radiologiche e chirurgiche

16.00 Coffee Break

16.30 Massimiliano Barcali - Chirurgia mini invasiva software assistita: protocollo ModelGuide

17.15 Mario Bosco, Cesare Piacentini, Katya Biondi - Funzione oclusale ed estetica nella quotidianità implantoprotesica: quale idealità?

18.00 Conclusione della giornata

5 dicembre 2009

08.30 Registrazione partecipanti

Presidente di Sessione Dr. Lino Gangale

09.00 Frank Palm, Alessio Barberi e Massimo Casarosa - Protocollo di chirurgia ricostruttiva e rigenerativa ossea pre-implantare

10.15 Giorgio Carusi - La Tecnica MISE (Minimal Invasive Sinus Elevation) nel Sinus Lifting

11.15 Angelo Sisti - Gli impianti post estrattivi: le basi biologiche, gli algoritmi decisionali e gli accorgimenti chirurgici

12.00 Coffe Break

12.30 Ugo Covani - Chirurgia sostitutiva dell'arcata dentaria

13.15 Emanuele Neri - La tomografia computerizzata nella valutazione radiologica pre-implantare

14.00 Conclusione Lavori

Il giorno 4 dicembre 2009 si terranno inoltre le Sessioni Odontotecnici, Igienisti e Assistenti. Per maggiori informazioni consultare il programma nel sito www.sweden-martina.it - Area Corsi ed Eventi. Richiesta di accreditamento ECM effettuata per odontoiatri, odontotecnici e igienisti

Indice

CASE REPORT

Protesi in zirconio su impianti ed elementi naturali

Dr. R. Monguzzi, Dr. E. Pozzi e Dr. F.G. Franceschini pag. 04

Il pontic a conformazione ovoidale in protesi implantare

Dr. Maurizio Mazzella, Dr. Vincenzo Prota e Dr. Aldo Mazzella pag. 06

Innesti ossei o distrazione osteogenetica? Tecniche complementari ai fini implantari

Dr. Bruno De Santis pag. 09

INTERVISTE

Il Dr. Pierangelo Oliveri specialista in implantologia ad Acqui Terme

pag. 11

Il Dr. Marco Calabrese e il Dr. Andrea Gesi a confronto tra eccellenza e nuovi orizzonti in odontoiatria

pag. 12

I centri d'eccellenza in implantologia

pag. 14

NOVITÀ DI PRODOTTO

Kit M.I.S.E (Minimal Invasive Sinus Elevation)

pag. 16

Sistema implantologico Kohno/Premium

pag. 17

Bisco, il riferimento per l'odontoiatria conservativa

pag. 18

SINTlife nuova formulazione: pasta ad alta viscosità "Putty" e Resina SUN

pag. 19

Echo, Ponti implantari personalizzabili

pag. 24

FOCUS SULLA RICERCA

Aggiornamenti

pag. 20

CORSI ED EVENTI

Calendario corsi

pag. 22

ANDI Lombardia: Congresso Culturale 2009

pag. 25

Implantologia vs Endodonzia a Palazzo Barberini

pag. 26

Lo stato dell'arte

pag. 28

Numeri UNO #6

Due anni di Numeri UNO dell'odontoiatria



Un 2009 di grandi successi segnato da alcuni momenti fondamentali: il **X Premium Day**, Congresso Nazionale di Implantoprotesi Integrata, che ha visto la presenza di oltre 950 partecipanti al congresso e all'indimenticabile e raffinata festa conclusiva. La **nuova partnership in esclusiva** tra Sweden & Martina e l'azienda americana **BISCO**, le collaborazioni professionali con università e cliniche di rilevanza internazionale e molto altro che potrete leggere sfogliando le prossime pagine.

L'entusiasmo e la passione sono ingredienti fondamentali del successo Sweden & Martina e della rivista Numeri Uno che ormai è arrivata al suo secondo anno e continua a ricevere richieste di abbonamento e pubblicazione. Numerosissimi i professionisti dell'odontoiatria che periodicamente inviano case report, testi e pubblicazioni contribuendo al rilevante spessore culturale e incrementando il favore del pubblico nei confronti di Numeri Uno.

Un augurio di cuore a tutti di un 2010 di entusiasmo e passione!

Protesi in zirconio su impianti ed elementi naturali

Dr. R. Monguzzi, Dr. E. Pozzi e Dr. F.G. Franceschini

Dottorato Ricerca in Parodontologia Sperimentale. Università degli Studi di Milano-Bicocca. Istituto Clinico Universitario di Verano Brianza (MB) - Policlinico di Monza

Scopo del lavoro. Valutare le proprietà strutturali dello zirconio, finora considerato un materiale dall'alto valore estetico, ma poco resistente e quindi scarsamente applicato per la riabilitazione di elementi posteriori.

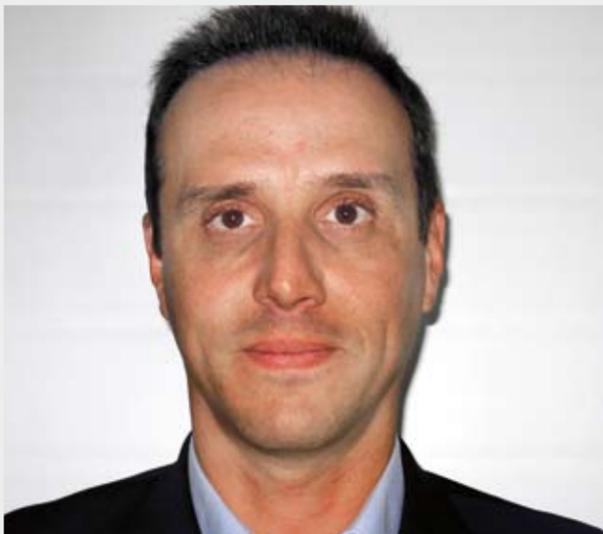
Materiali e metodi. Il caso clinico riguarda un paziente di sesso maschile di 55 anni con elementi dentari posteriori compromessi da un punto di vista parodontale e uno fratturato. Al paziente sono stati estratti gli elementi compromessi, trattando endodonticamente gli elementi anteriori e riabilitandolo con un'arcata completa in zirconio.

Risultati. Il caso clinico esaminato mette in evidenza le proprietà strutturali ed estetiche dello zirconio, che hanno permesso di riabilitare completamente l'arcata superiore del paziente, con risultati estetici e funzionali ottimamente accettati dal paziente.

Conclusioni. Le corone in zirconio garantiscono una riabilitazione completa con ottimi risultati sia estetici sia funzionali, che consentono di solidarizzare elementi naturali e impianti anche su pazienti parafunzionali. È comunque importante monitorare nel tempo questo tipo di manufatto da un punto di vista parodontale.

Parole chiave. Zirconio, malattia parodontale, implantologia.

Dr. Riccardo MONGUZZI



- Laureato in Odontoiatria presso l'Università statale di Milano nel 1991 con una delle prime tesi in Implantologia dal titolo: "Caratteristiche fisiche dei materiali utilizzati in implantologia".
- Dottore di Ricerca in Parodontologia Sperimentale presso l'Università degli Studi di Milano-Bicocca nel 2008 con una tesi "Protocollo di ricerca sulle osteonecrosi dei mascellari da bifosfonati."
- Ha svolto con continuità attività didattica, scientifica e clinica dal 1992.
- Dal 1992 al 2000 tiene corsi teorico-pratici del sistema implantare bio-system.
- Nel 1996 frequenta uno Stage in Oral Implantology presso la New York University College of Dentistry (U.S.A.).
- Dal 2002 al 2008 collabora con l'Università degli Studi di Milano-Bicocca come responsabile della laserterapia e del reparto di parodontologia presso la Clinica Odontoiatrica dell'Ospedale San Gerardo di Monza.
- Dal 2003 Professore a contratto del corso di Laurea in Igiene Dentale dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca e Coordinatore, oltre che Docente di Laserterapia, presso il Corso di Perfezionamento in Medicina Orale e Laserterapia.
- Dal 2004 Coordinatore, oltre che Docente del Corso di Perfezionamento in Parodontologia dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.
- Dal 2004 Docente della Scuola di Specialità in Chirurgia Odontostomatologica.
- Dal 2004 Responsabile del Dottorato di Ricerca in Parodontologia Sperimentale dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.
- Dal 2006 Professore a contratto del Corso di Laurea in Igiene Dentale dell'Università degli Studi dell'Insubria.
- Dal 2007 Professore a contratto del Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi Dentale dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.
- Relatore di numerosi corsi, conferenze e congressi sulla chirurgia, parodontologia, implantologia.

- Autore di numerosi articoli su riviste italiane e internazionali.
- Autore della dispensa di PARODONTOLOGIA per il Corso di Laurea in Igiene Dentale. Università degli Studi Milano-Bicocca. Facoltà di Medicina e Chirurgia. Edizioni Massimo Valdina 2005.
- Ha partecipato alla Monografia e alla stesura del capitolo n° 3 della pubblicazione: "Dalla parodontologia all'osteointegrazione avanzata" - Supplemento a Doctor Os anno XV n° 4 aprile 2004.
- Socio SIDP, SIO, SICO e del Cenacolo.
- Durante il corso di laurea ha frequentato come allievo lo studio del Dott. Bartoli occupandosi esclusivamente di chirurgia ed avendo come esimio maestro il Professor C.Weiss che mensilmente veniva in Italia e il Dr. Citterio.
- Dal 1991 contitolare dello Studio Dentistico Associato Dr. Monguzzi.
- Dal 1991 al 2000 ha collaborato con il Prof. C. Bellavia occupandosi di chirurgia avanzata (implantologia, rialzi di seno, rialzi di cresta, prelievi ossei, mini-rialzi, split crest, PRP, ecc...). Collabora in chirurgia presso altri studi sin dal 1991.
- Dal 1996 al 2004 è "Application site" della ditta Gendex e collabora quindi nello studio e sviluppo dei loro prodotti.
- Dal 1998 si occupa di laser odontoiatrici, sono uno dei primi soci dell'AIOLA, relatore e conferenziere a convegni e congressi nazionali ed internazionali oltre che autore di pubblicazioni sui laser.
- Dal 2002 al 2004 tiene i corsi teorico-pratici sui laser della ditta Sweden & Martina. Si occupa prevalentemente di chirurgia e sviluppo di tecnologie avanzate soprattutto laser.
- Dal 2002 al 2008 lavora c/o l'HSG sia in ambito ambulatoriale che in sala operatoria occupandosi essendone il responsabile di parodontologia.
- Da maggio del 2008 è responsabile del reparto di Odontostomatologia c/o l'Istituto Clinico Universitario di Verano Brianza-Policlinico di Monza.

Le corone in zirconio sono da tempo ampiamente utilizzate per effettuare riabilitazioni protesiche ad alto valore estetico. Non da molto tempo la letteratura si sta occupando dello studio dell'applicazione dello zirconio anche in quanto materiale dalle ottime proprietà fisiche e meccaniche¹⁻⁶.

In passato si utilizzava lo zirconio solamente per la riabilitazione dei settori anteriori, quindi degli elementi sottoposti a ridotto carico masticatorio, mentre oggi questo materiale è applicato anche per la realizzazione di riabilitazioni complesse grazie anche all'utilizzo delle metodiche Cad/Cam^{5,6}. Lo zirconio viene utilizzato quindi per la realizzazioni di monconi su impianti e per la riabilitazione nei settori posteriori, con ottimi risultati anche per quanto riguarda la resistenza ai carichi masticatori⁷⁻¹¹.

In questo case report viene descritta la riabilitazione superiore di un paziente attraverso un bloccaggio in zirconio da 15 a 25. Gli elementi da canino a canino sono naturali, mentre i sostituti dei premolari sono pilastri implantari.

Materiali e metodi

Un paziente di 55 anni di sesso maschile non fumatore, con anamnesi sistemica negativa, si presenta alla nostra attenzione. Si effettua l'anamnesi, l'esame obiettivo, l'ortopantomografia iniziale e si presentano i necessari consensi informati, dall'anamnesi orale si rileva la presenza di bruxismo, che negli anni ha contribuito alla perdita degli elementi posteriori e all'usura delle superfici occlusali di quelli residui. Il paziente evidenzia la compromissione parodontale di 27 e 17 e la frattura di 24 e anche gli elementi dentari residui presentano una significativa perdita di supporto parodontale. L'elemento dentale 12 è stato precedentemente riabilitato attraverso una corona in oro-ceramica, che negli anni si è distaccata (Figura 1).



Figura 1. Situazione clinica iniziale.

Il paziente comunque non è soddisfatto del proprio livello di salute orale da un punto di vista estetico e funzionale. Nonostante la perdita progressiva di attacco parodontale, gli elementi dentari residui non presentano alcun segno di mobilità né alcun problema di natura endodontica, per cui possono essere mantenuti per una riabilitazione protesica. Il paziente esprime la propria volontà nel risolvere sia esteticamente che funzionalmente la propria situazione attraverso una riabilitazione implanto-protesica, che permetta l'aggiunta di due impianti per ogni lato (14, 15, 24 e 25), senza chirurgie aggiuntive di rialzo del pavimento del seno mascellare. Sarà importante considerare inoltre le caratteristiche parafunzionali del soggetto, che hanno significativamente contribuito alla perdita degli elementi dentari posteriori, per cui sarà necessario impostare una riabilitazione protesica che tenga conto di tale aspetto. Il paziente ha quindi accettato una riabilitazione implanto-protesica con corone in zirconio su elementi naturali e su impianti che completassero l'intera arcata superiore fino ai secondi premolari. La caratteristica principale

di queste corone sarà la solidarizzazione reciproca di queste, che permetterà agli elementi residui e agli impianti di resistere alle abitudini parafunzionali del paziente.

In una prima fase si rilevano le impronte per la mascherina chirurgica e per i provvisori degli elementi anteriori. Durante il primo appuntamento si effettua l'estrazione 17, 24 e 27 e il contemporaneo inserimento di tutti e quattro gli impianti con tecnica sommersa (Impianti Premium Sweden & Martina):

- 4,25 mm di diametro x 13 di lunghezza in sede 14
- 4,25 mm di diametro x 11,5 di lunghezza in sede 15
- 3,3 mm di diametro x 13 di lunghezza in sede 25
- 4,25 mm di diametro x 13 di lunghezza in sede 24 post-estrattivo

Si effettua poi chiusura dei siti post-estrattivi e implantari con Vicryl 4-0.



Figura 2. Ortopantomografia dopo 1 mese dall'inserimento degli impianti.

Dopo una settimana si effettua la rimozione dei punti di sutura e la terapia endodontica degli elementi del settore anteriore. Dopo 6 mesi si effettua lo scappucciamento degli impianti e si procede alla conseguente protesizzazione.

La protesizzazione degli impianti è stata effettuata seguendo il protocollo Echo, Sweden & Martina, che ha permesso la realizzazione di monconi individuali in titanio grazie alla tecnica Cad/Cam per gli elementi implantari e un perno moncone per l'elemento 13 (Figura 3, 4, 5 e 6).



Figura 3. Inserimento dei transfer implantari per l'impronta definitiva.



Figura 4. Applicazione dei monconi individualizzati.



Figura 5. Applicazione dei monconi individualizzati.



Figura 6. Applicazione dei monconi individualizzati.

Dopo un'ulteriore settimana si procede alla verifica della mesostruttura, valutando il colore, la passivazione e la dimensione verticale seguendo il progetto protesico predefinito. La registrazione della dimensione verticale inferiore viene effettuata grazie ad un arco facciale per l'inserimento dei modelli in articolatore a valori medi (Figure 7 e 8).



Figura 7. Registrazione dimensione verticale attraverso arco facciale.

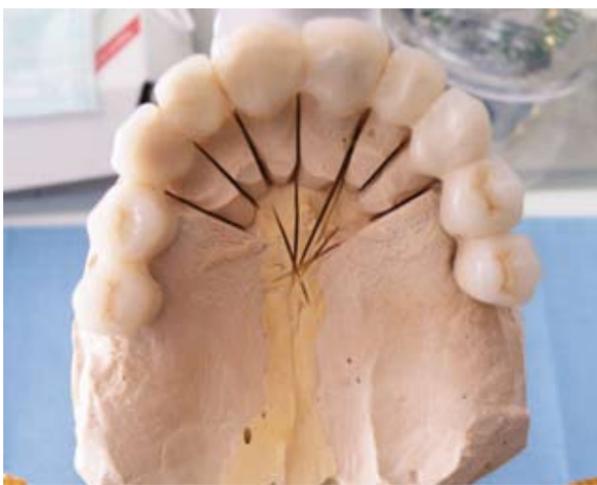


Figura 8. Inserimento dei modelli in articolatore a valori medi.

Durante un altro appuntamento si effettua quindi sia la prova estetica delle corone in zirconio e quindi si passa alla cementazione definitiva (Figura 9).



Figura 9. Prova mesostruttura.

Risultati

Grazie al progetto protesico, il paziente viene completamente riabilitato attraverso una struttura protesica fissa in zirconio da 15 a 25, che consente la solidarizzazione di tutti gli elementi tra loro, allo scopo di meglio tollerare tutte le possibili interferenze dovute alle abitudini parafunzionali del paziente.

Il nostro protocollo ha consentito il mantenimento di buoni livelli di salute parodontale, che migliorano la prognosi della riabilitazione. Le aspettative del paziente sono ampiamente soddisfatte da un punto di vista sia estetico che funzionale (Figure 10 e 11).



Figura 10. Riabilitazione protesica definitiva



Figura 11. Riabilitazione protesica definitiva

Conclusioni

L'attuazione del protocollo protesico Echo su impianti Premium, Sweden & Martina, consente di ottenere manufatti protesici con ottime caratteristiche funzionali. È anche importante considerare le caratteristiche estetiche dello zirconio, che hanno permesso il raggiungimento di risultati ottimali anche da un punto di vista estetico. È importante ricordare come l'intera mesostruttura sia stata realizzata completamente in zirconio, garantendo risultati eccellenti da un punto di vista strutturale.

La solidarizzazione degli elementi prevede inoltre una monitoraggio dei tessuti parodontali anche grazie a sedute di igiene professionale ogni 4 mesi, durante le quali si verificano i livelli

di igiene domiciliare. Questo caso clinico rappresenta senz'altro un esempio di protesizzazione grazie a corone in zirconio che, se opportunamente solidarizzate, permettono il mantenimento dell'integrità morfo-strutturale degli elementi dentari residui¹²⁻¹⁴. Sarà di fondamentale importanza poter verificare l'integrità del manufatto anche da un punto di vista radiologico, che consentirà l'osservazione dei livelli ossei peri-implantari e parodontali anche a distanza di tempo^{13,15}.

Bibliografia

1. McLaren EA, White SN. Survival on InCeram crowns in private practice: a prospective clinical trial. *J Prosthet Dent* 2000; 83, 216-222.
2. McLaren EA, White SN. Glass-infiltrated Zirconia/Alumina-Based Ceramic for Crowns and fixed partial dentures. *Pract Periodontics Aesthet Dent* 1999; 11, 985-994.
3. Luthardt RG, Sandkuhl O, Herold V, Walter MH. Accuracy of mechanical digitizing with a CAD/CAM system for fixed restorations. *Int J Prosthodont*. 2001 Mar-Apr;14(2):146-51.
4. Mahn DH, Polack MA. Comparing three abutment types with a zirconia crown in the aesthetic zone: a case report. *Dent Today*. 2009 Mar;28(3):108, 110-1.
5. Tsitrou EA, van Noort R. Minimal preparation designs for single posterior indirect prostheses with the use of the Cerec system. *Int J Comput Dent*. 2008;11(3-4):227-40.
6. Ichikawa Y, Akagawa Y, Nikai H, Tsuru H. Tissue compatibility and stability of a new zirconia ceramic in vivo. *J Prosthet Dent* 1992. 68, 322-326.
7. Covacci V, Bruzzese N, Maccauro G, Andreassi C, Ricci GA, Piconi C, Marmo E, Burger W, Cittadini A. In vitro evaluation of the mutagenic and carcinogenic power of high purity zirconia ceramic. *Biomaterials*. 1999 Feb;20(4):371-6.
8. Lee CY, Hasegawa H. Immediate load and esthetic zone considerations to replace maxillary incisor teeth using a new zirconia implant abutment in the bone grafted anterior maxilla. *J Oral Implantol*. 2008;34(5):259-67.
9. Pirker W, Kocher A. Immediate, non-submerged, root-analogue zirconia implant in single tooth replacement. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2008 Mar;37(3):293-5. Epub 2008 Feb 12.
10. Balmer S, Mericske-Stern R. Rehabilitation of a periodontally compromised dentition with implant-supported zirconia bridges. Case report. *Schweiz Monatsschr Zahnmed*. 2009;119(1):23-44.
11. Rosentritt M, Kolbeck C, Ries S, Gross M, Behr M, Handel G. Zirconia resin-bonded fixed partial dentures in the anterior maxilla. *Quintessence Int*. 2008 Apr; 39(4):313-9.
12. Reich S, Kappe K, Teschner H, Schmitt J. Clinical fit of four-unit zirconia posterior fixed dental prostheses. *Eur J Oral Sci*. 2008 Dec;116(6):579-84.
13. Franceschini FG, Pozzi E, Monguzzi R, Lauritano D, Mingardi M. Valutazioni parodontali di protesi in zirconio. *Protech* 2009;2:1-7.
14. Vigolo P, Fonzi F. An in vitro evaluation of fit of zirconium-oxide-based ceramic four-unit fixed partial dentures, generated with three different CAD/CAM systems, before and after porcelain firing cycles and after glaze cycles. *J Prosthodont*. 2008 Dec;17(8):621-6. Epub 2008 Sep 16.
15. Kollar A, Huber S, Mericske E, Mericske-Stern R. Zirconia for teeth and implants: a case series. *Int J Periodontics Restorative Dent*. 2008 Oct;28(5):479-87.

Il pontic a conformazione ovoidale in protesi implantare

La versatilità dell'impianto Global, dotato di un fixture mounter utilizzabile come pilastro provvisorio, consente al clinico di condizionare i tessuti molli da subito alla scoperta degli impianti.

Dr. Maurizio Mazzella, Dr. Vincenzo Prota e Dr. Aldo Mazzella

Dr. Maurizio MAZZELLA



- Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria con lode e pubblicazione della tesi presso l'Università degli studi di Napoli Federico II nel 1997.
- Perfezionamento I-II Grado in Patologia Odontostomatologica presso l'Università degli studi di Napoli Federico II nel 1997-1998-1999-2000.
- Advanced studies in Periodontics and Implantology Berna University School of Dental Medicine Prof. Niklaus P. Lang nel 2002.
- Postgraduated in implantology and periodontics Italian Association of New York University College.
- Socio Ordinario della Società italiana di Parodontologia (SidP) dal 2001.
- Socio Ordinario dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Protetica (AIOP) dal 2003.
- Socio Ordinario della Società Italiana di Endodonzia (SIE) dal 2006.
- Corsista dei moduli di aggiornamento in Parodontologia ed Implantologia tenuti dai Dott. Cortellini, Tonetti e Prof. Pini Prato.
- Autore di numerose pubblicazioni di Parodontologia ed Implantologia.

Dr. Vincenzo PROTA



- Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1992 e specializzazione con lode in Chirurgia Maxillo-Facciale presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II nel 1997.
- Ha frequentato l'University Hospital K.U. Luven reparto di Chirurgia Oncologica e ricotrutiva di testa-collo, diretto dal Prof. E. Fossion, e il General Hospital St-Jan in Genk dove si è occupato di Chirurgia Ortognatica e Chirurgia Orale Minor.
- Advanced studies in Periodontics and Implantology Berna University School of Dental Medicine Prof. Niklaus P. Lang nel 2002.
- Postgraduated in implantology and periodontics Italian Association of New York University College.
- Graduato al corso biennale "Two Years Clinical Orthodontics Program" riconosciuta dalla Roth Williams Foundation.
- Socio Ordinario della Società Italiana di Chirurgia Maxillo-Facciale (SICMF) dal 1997.
- Socio Ordinario della Società Italiana di Parodontologia (SidP) dal 2001.
- Corsista dei moduli di aggiornamento in Parodontologia ed Implantologia tenuti dai Dott. Cortellini, Tonetti e Prof. Pini Prato.
- Attualmente frequenta il reparto di Chirurgia Maxillo-Facciale della A.O.R.N. "A. Cardarelli".

Dr. Aldo MAZZELLA



- Laureato nel nuovo ordinamento in Igiene Dentale con lode presso l'Università degli Studi di Napoli Federico II nel 2003.
- Advances in Dental Hygiene and Oral Care presso la University at Buffalo School of Dental Medicine State University of New York con il Prof. Sebastian Ciancio e il patrocinio di Sweden & Martina nel 2005.
- Esecutore della "Italian Resuscitation Council" per la Rianimazione Cardiopolmonare nel 2004.
- Graduato di I livello in Terapie per la Disassuefazione dal Tabagismo con N.R.T. nel 2008.
- Ha frequentato la Dental Clinic, N.A.V.Y. USA di Gricignano di Aversa, occupandosi di mantenimento parodontale pre e post-bellico.
- Socio Affiliato della Buffalo Dental Hygiene Association dal 2005.
- Socio Affiliato della Società Italiana di Parodontologia (SidP) dal 2003.
- Socio Ordinario della Associazione Italiana di Ricerca per l'Alitosi (AIRA) dal 2003.
- Brevetto Internazionale di un nuovo spazzolino da denti, con lo scopo di migliorare l'igiene orale di quei pazienti con affezioni parodontali e riabilitazioni implantari, in fase di sperimentazione.
- Autore di numerose pubblicazioni di Mantenimento Parodontale-Implantare e nuove tecniche di Sbiancamento dentale.

Introduzione

L'implantologia dentaria rappresenta ormai una valida alternativa alla protesi tradizionale a supporto dentale, spesso l'unica se si vuole riabilitare in modo inamovibile e non vi sono pilastri dentari in numero e distribuzione sufficiente. Senza dimenticare poi che sempre più spesso, anche in edentulie intercalate, si cerca di conservare gli elementi naturali indenni, evitando il limaggio, con l'inserimento nelle aree edentule contigue di fixture. Da anni è dimostrata la validità clinica della sostituzione di denti naturali con l'implantologia osteointegrata^{1,2}. La sfida degli ultimi anni è rappresentata dal mimetizzare la protesi su impianti tra i denti naturali nelle zone estetiche. La perdita di denti naturali può avvenire per motivi parodontali, endodontici o traumatici; in tutti i casi si può avere riassorbimento osseo, e con esso la perdita della normale architettura gengivale.

È possibile ottenere una predicibilità del risultato estetico finale attraverso delle procedure chirurgiche le quali prevedono una prima fase di ricostruzione della componente ossea alterata, da realizzarsi durante la chirurgia implantare o prima dell'inserimento dell'impianto stesso^{3,4}, ed una successiva ricostruzione dei tessuti molli perimplantari attraverso innesti di tessuto connettivale sub-epiteliali⁵.

In alternativa alle tecniche di parodontologia è possibile la ricostruzione osteomucosa preprotetica attraverso l'uso della estrusione ortodontica⁶, o con osteodistrazione⁷.

I difetti della cresta alveolare vengono suddivisi in tre classi⁸:

- Classe I:** difetto vestibolo-palatale dei tessuti con normale dimensione apico-coronale della cresta
- Classe II:** difetto apico-coronale dei tessuti con normale ampiezza vestibolo-palatale della cresta
- Classe III:** difetto combinato vestibolo-palatale e

apico-coronale con perdita della normale altezza ed ampiezza della cresta

Tra le procedure di aumento crestale, utilizzando i tessuti molli prima di riabilitare con protesi fissa a ponte, si annoverano diverse tecniche.

- 1) innesto libero a spessore totale o innesto inlay, proposto da Seibert⁹ che utilizza il palato come area di donazione. Ha come svantaggio la presenza di due siti chirurgici, una differenza del colore della mucosa, un alto rischio di necrosi dell'innesto^{10,11}.
- 2) innesto di tessuto connettivo subepiteliale libero impiantato in un tunnel preparato nella mucosa che riveste il difetto, proposto da Langer e Calagna¹² e modificato da Garber e Rosenberg¹³ appropriato per trattare difetti di Classe I, II e III. Il rischio di necrosi è piccolo, il volume di tessuto che fornisce è discreto, non ci sono problemi di alterazioni cromatiche.
- 3) tecnica Roll, descritta la prima volta da Abrams^{14,15} nel 1971, nasceva per consentire al chirurgo di aumentare il tessuto apicalmente e vestibolarmente rispetto all'area cervicale degli elementi pontic, dando all'area ricevente l'aspetto di una normale interfaccia dente-gengiva.

Tale procedura si usa nel trattamento di deformità di Classe I da piccola a moderata. Una concavità vestibolo-palatale (Classe I) della cresta può essere trasformata in una convessità che assomiglia all'eminanza creata dalle radici dei denti adiacenti. Con l'avvento dell'implantologia questa tecnica¹⁶ è stata acquisita al fine di incrementare la quota di tessuto molle perimplantare in senso vestibolo-linguale in quelle situazioni di difetti mucosi moderati, all'atto della scoperta degli impianti two step. Nel 1992 Scharf e Tarnow¹⁷ furono tra i primi a proporre il Roll-flap modificato come variante alla tecnica proposta da Abrams. In pratica la tecnica originale prevedeva una incisione palatale a spessore parziale, il ribaltamento del lembo precedentemente disepitelizzato e successivamente arrotolato all'interno di una

tasca creata a spessore parziale, sovra-periosteaa alla cresta ossea vestibolare, lasciando il periostio palatale esposto, con l'effetto di creare una sorta di "rampa palatina".

Il Roll-flap modificato¹⁸ apporta una maggiore quantità di tessuto connettivale da arrotolare perché, a partire dall'incisione palatale, va a prelevare, sempre a spessore parziale, una ulteriore quota di connettivo sotto forma di peduncolo più apicalmente all'incisione palatale, lasciando a copertura del periostio palatale una quota di gengiva e connettivo palatini.

Come vantaggio vi è: a) lo scarso rischio di necrosi dell'innesto, considerando l'abbondante apporto ematico che proviene dal peduncolo e dal sito ricevente, b) un unico sito chirurgico, c) assenza di alterazioni cromatiche. Lo svantaggio di questa tecnica sta nel fatto che il volume di tessuto di cui si dispone è limitato¹⁹. Ricorriamo frequentemente a tale procedura, quando disponiamo di piccoli difetti vestibolo-palatali della cresta trattata con impianti con o senza G. B. R. Inoltre anche nelle regioni di elementi pontic praticiamo il roll modificato. Se invece il difetto è apico-coronale dopo tale procedura, comprimiamo con gli elementi pontic opportunamente conformati in maniera ovoidale, creando l'effetto illusorio della presenza di papille interdentali anche dove ci sono solo elementi intermedi di ponti.

Materiali e metodi

Caso clinico n° 1

La paziente I.C. di anni 43, non fumatrice, in buono stato di salute parodontale, giunse alla nostra osservazione con un vecchio ponte in metallo-ceramica del settore 2.3-2.6 (Figura 1), chiedendoci esplicitamente di migliorare l'estetica del quadrante. Non accettò l'inserimento di impianti nei siti 2.4-2.5, ma preferì la sostituzione con un nuovo ponte tradizionale.

Questo caso è interessante perché pur non trattando di protesi implantare, mostra come il nostro approccio è sempre il medesimo. Dopo aver rimosso il vecchio manufatto, non residuò una cresta difettosa in senso apico-coronale né vestibolo-linguale, per cui non si eseguì nessuna chirurgia mucogengivale preprotetica. Furono preparati i pilastri con chamfer fino al livello iuxtagengivale, poi si applicò un provvisorio primario in resina acrilica, (GC unifast trad) ma che già presentava un disegno ovoidale degli elementi pontic.

In fase di inserimento comunque, non vi era compressione gengivale per cui si eseguirono dei fori apicali ai pontic di tipo ritentivi e poi si applicarono piccoli incrementi di una resina composita flow (Dentsply Integrity), con un disegno a goccia che veniva polimerizzata. Si provò il livello di compressione e dove non era soddisfacente si ripeteva la procedura. Quando si arrivava ad avere una lieve ischemia gengivale del sito edentulo, si lucidava il provvisorio nella zona degli incrementi in composito con dischetti a grana decrescente (3M Sof-lex Pop-on), e si cementava il provvisorio.

A distanza di una settimana si smontava il manufatto e si ripeteva la procedura se non appariva soddisfacente. L'effetto della compressione esitava in un miglioramento dell'architettura della mucosa intorno ai pontic simulando così un'emergenza più naturale dei singoli elementi di ponte senza soluzioni di discontinuità dalla gengiva (Figura 3).

Oltre al miglioramento estetico, vi era un indubbio vantaggio igienico nel non lasciare spazi tra ponte e gengiva spesso sede di residui alimentari difficilmente rimovibili e responsabili di infiltrazioni (Figure 2 e 5).



Figura 1. Opt iniziale



Figura 2. Ponte metallo-ceramica



Figura 3. Condizionamento mucoso da provvisorio



Figura 4. Ponte in situ



Figura 5. Opt di controllo

Caso clinico n° 2

La paziente R.M. di anni 61, in terapia parodontale di mantenimento, non fumatrice, con buona igiene orale, giunse ad uno dei controlli periodici di igiene con dolenza del gruppo frontale, a seguito di un trauma della strada. La paziente già presentava una riduzione del supporto parodontale per malattia parodontale in cura e stabilizzata negli indici e nei sondaggi, a cui si aggiunse una grossa mobilità dei quattro incisivi superiori, confermata al controllo radiografico (Figura 6). Si prospettarono tutte le alternative terapeutiche conseguenti alle estrazioni, non essendovi controindicazioni assolute all'implantologia.

Si decise insieme alla paziente, l'estrazione dei denti fratturati e anche del 2.1, perché con ridotto supporto parodontale, mantenerlo rappresentava solo un condizionamento estetico. Si decise invece di inserire due impianti nei siti 1.2 e 2.2 pilastri di un ponte a quattro elementi. La paziente diede il consenso al trattamento proposto. Si optò per un inserimento implantare dilazionato che avvenne a sei settimane dalle estrazioni. Si prescrisse l'antibioticoterapia (Glauxo Smith Kline, Augmentin cp. 1gr. 2 volte al giorno per 6 giorni) da iniziare 1 giorno prima dell'intervento, un collutorio antiplacca (Jhonson & Jhonson Dentosan 0,12% Clorexidina) da iniziare due giorni prima.

Si praticò anestesia con Articaina con Adrenalina 1:100000 (Pierrel), si incise un lembo a spessore totale dell'area edentula, e dopo preparazione delle osteotomie dei siti 1.2 e 2.2 secondo la procedura in successione proposta dalla casa produttrice, si inserirono due impianti Global ZirTi (Sweden & Martina) 4,3 mm per 13 mm di lunghezza. Gli impianti furono inseriti con un Torque controller a 32 N/cm^q, l'osso si presentava di qualità D3, si inserirono le cover screw, si suturò con Vycril 4.0 (Jhonson & Jhonson Ethicon). La paziente continuò la terapia prescritta con l'aggiunta di un antidolorifico Ibuprofene 600 mg (Brufen Phfizer) 1 cp. ogni 12 h per 2 giorni. Le suture furono rimosse a 7 giorni. Si effettuò il secondo tempo chirurgico dopo tre mesi, prima si fece controllo Rx e si prescrisse la terapia come al primo tempo chirurgico. Il lembo praticato fu inciso non in cresta, ma più palatale a spessore parziale fino a prelevare un peduncolo di connettivo palatino, poi si ribaltò e posizionò nella busta vestibolare opportunamente preparata. Si applicarono Healing Abutment da 3,8 mm (U-TMGA-380-22-3), si suturò l'innesto, poi si rimossero momentaneamente gli abutment per applicare dei transfer da impronta da 3,8 mm (U-TRA-380-22), si prese una impronta con polieteri (ESPE Impregum) si riapplicarono i pilastri di guarigione e si congedò la paziente. A sette giorni si rimosse la sutura e si posizionò un provvisorio avvitato che fu realizzato usando come pilastri provvisori i fixture mounter di cui sono dotati gli impianti Global, in questo caso usando quelli da 3,8 mm (Figure 7, 8 e 9). Seguendo la nostra solita procedura si modificò il provvisorio applicando agli elementi pontic nell'area apicale piccoli incrementi a goccia di composito fluido e poi si polimerizzò con incrementi fino a creare una lieve compressione della mucosa.

Si serrò il ponte provvisorio a 10N/cm^q. Ogni sette giorni la paziente tornò, e si rimosse il provvisorio per incrementare la compressione mucosa fino a che non fosse soddisfacente. Dopo tre mesi si poté passare alle impronte definitive.

Alla prova della struttura aurea si prese un'impronta di posizione usando nell'area della mucosa condizionata, del Polietere fluido (PENTA-H ESPE Permadyne), nel cucchiaino individuale del materiale da impronta putty (Penta-H ESPE Permadyne). Questo consentiva di inviare al tecnico la reale conformazione dell'area edentula.

Dopo ogni prova protesica si riapplicava il provvisorio. Quando le prove estetiche, fonetiche, ecc. previa presa di un arco facciale, ci avevano soddisfatto, si applicò il manufatto definitivo, usando abutment in titanio SW-MA (U-MDPC-380-1) serrati a 20 N/cm^q (Figure 10 e 11).



Figura 6. Ortopantomografia iniziale



Figura 7. Provvisorio avvitato su 1.2-2.2



Figura 8. Papille conformate



Figura 9. Vista occlusale



Figura 10. Metallo-ceramiche in situ

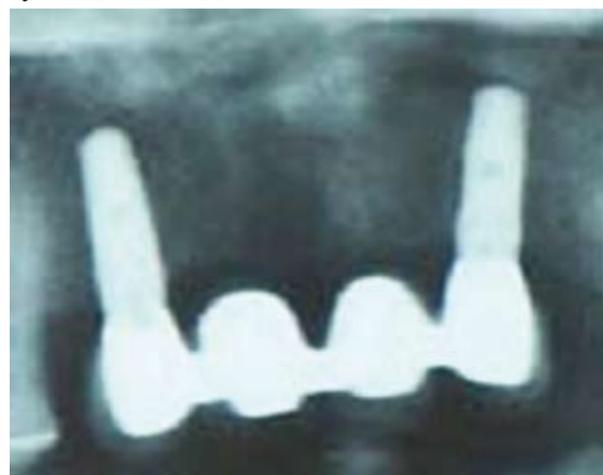


Figura 11. Controllo Rx ad 1 anno

Caso clinico n° 3

La paziente M.M. di anni 41 giunse alla nostra osservazione riferendo dolenza al lato superiore sx. Al controllo radiografico mostrava una frattura di un 2.5 che risultava pilastro intermedio di un ponte che andava da 2.3-2-7 e sul 2.5 c'era un perno moncone (Figura 12). Dopo estrazione del 2.5, usammo un provvisorio da 2.3 a 2.7, consapevoli di avere una travata troppo estesa. Ciò ci servì nella fase di integrazione dei due impianti in posizione 2.4 e 2.6 che furono inseriti a 4 settimane dall'estrazione visto che i siti osteotomici erano contigui a quello estrattivo. Inserimmo nel sito 2.4 un impianto Global SW-MA 4,3X13 mm e nel sito 2.6 un Global SW-MA4.8X13 mm (Figure 13 e 14).

Essendo siti edentuli da molti anni trovammo osso di qualità eccellente e decidemmo di fare un carico anticipato a sei settimane dall'inserimento. Utilizzando come procedura di riapertura il Roll-flap¹⁹ spostammo un lembo epitelio-connettivale, verso l'area vestibolare agli impianti al fine di simulare la sporgenza radicolare. Nella stessa seduta si prese una impronta in (ESPE Impregum) utilizzando i transfert da impronta SW-MA (U-TRA-380-22 su 2.4 e U-TRA-430-22 su 2.6), si applicarono gli healing abutment a profilo anatomico con piattaforma sottodimensionata (Figura 17), al fine di praticare da subito il Platform-Switching, quindi sul 2.4 (U-TMGA-380-22-3) e sul 2.6 (U-TMGA-430-22-3). A sole 48 ore fu pronto un provvisorio in resina composita (GC unifast trad) che era separato da quello su 1.3

e 2.7. Il provvisorio fu realizzato usando i pilastri di cui viene dotato il Global come fixture mounting, per cui si poté eseguire anche con essi un sottodimensionamento della piattaforma, avvitare il provvisorio limitando i costi visto che tali piastri sono monouso e forniti a costo zero (Figure 15 e 16). Praticammo poi la nostra solita tecnica sull'elemento pontic 2.5, ossia si applicarono quantità crescenti di un composito flow fino ad ottenere una conformazione ad uovo del dente. Ogni sette giorni la paziente tornava per un piccolo incremento del pontic, fino a che fu soddisfacente.

Si attesero tre mesi affinché migliorasse il profilo papillare tra i pilastri implantari e quelli dentari. Solo allora si procedette alla impronta definitiva, e alla consegna del manufatto protesico che si compose di elementi singoli oro-ceramica su 2.3 e 2.7, di una travata di ponte da 2.4 a 2.6 applicata su pilastri SW-MA (U-MDPC-380-22/2) sul 2.4 e SW-MA (U-MDPC-430-22/2), serrati a 20N/cm^q (Figure 17, 18 e 19)



Figura 12. Opt iniziale

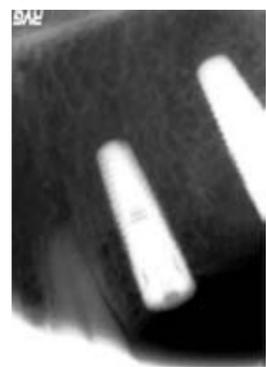


Figura 13. RVG 2.4



Figura 14. RVG 2.6



Figura 15. Provvisorio avvitato



Figura 16. Condizionamento



Figura 17. Pilastri definitivi



Figura 18. Ponte in metallo ceramica



Figura 19. Opt di controllo

Caso clinico n° 4

Il paziente G.G. di anni 66, per il passato forte fumatore, in buono stato di salute, senza alcuna controindicazione assoluta alla terapia implantoprotesica, edentulo totale all'arcata superiore, ci riferisce la volontà di protesizzare in maniera fissa l'arcata mascellare edentuli (Figure 20 e 21).

Diede il consenso alla terapia chirurgica, praticò un esame Denta scan per la valutazione dell'osso residuo e previa terapia farmacologica (Augmentin cp. 1gr. 2 volte al giorno per 6 giorni, Glaxo Smith Kline) da iniziare 1 giorno prima dell'intervento, un collutorio antiplacca (Dentosan 0,12% Clorexidina) da iniziare due giorni prima. Si praticò anestesia con Articaina con Adrenalina 1:100000 (Pierrel), si incise un lembo a spessore totale dell'area edentula, e dopo preparazione delle osteotomie tutte con frese tranne i siti 2.5 e 1.5 trattati con minirialzo del seno mascellare secondo Summers²⁰. Si inserirono i seguenti impianti Global SW-MA: 1.2 (3,8x11) 2.2 (3,8x11) 1.4 (4,3x13) 1.5 (4,8x11) 2.3 (4,3x13) 2.5 (4,8x11) (Figure 22 e 23). Si applica la protesi totale in possesso del paziente opportunamente modificata, e ribassata con Coe-Soft. I punti furono rimossi a sette giorni, fece controlli a 15gg, un mese tre mesi e sei.

A otto mesi si fecero Rx di controllo dei siti dei minirialzi e si organizzò il secondo tempo chirurgico. Data la cresta ben conservata negli spessori, non si eseguì Roll-flap ma piccole incisioni lievemente palatinizzate rispetto al centro cresta si applicarono abutment da 3,8 mm (U-TMGA-380-22-3) su 1.2-2.2-2.5, da 4,3 profilo anatomico 4,8 (U-TMGA-430-22-3) su 1.4-1.5-2.3. Si presero impronte in polietere, per realizzare in poche ore, avendo già preso come guida della dimensione verticale quella abituale della protesi provvisoria mobile, e rilevato un arco facciale. Si costruì un provvisorio dotato di una armatura interna alla resina, per evitare rotture del provvisorio, inoltre per realizzare una struttura unica si operò il taglio dell'esagono interno di alcuni pilastri provvisori, per evitare problemi di inserzione dovuti ad eventuali disparallelismi.

Si passò da subito a condizionare la mucosa tra gli impianti con la solita procedura degli incrementi di resina composita alla zona radicolare dei pontic, procedura che è proseguita ogni sette giorni (Figure 24 e 25).

Il caso è in attesa di protesizzazione definitiva. Ci parve però interessante proporlo perché riteniamo che la tecnica del pontic ovoidale vada sempre praticata quando possibile ed è applicabile anche a casi di implantologia più estesi come questo (Figure 26 e 27).



Figura 20. Protesi mobile provvisoria

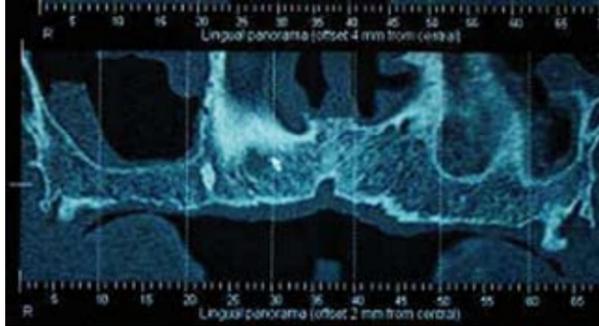


Figura 21. Dentascan iniziale



Figura 22. Osteotomie



Figura 23. Impianti Global in situ



Figura 24. Cresta condizionata



Figura 25. Opt di controllo



Figura 26. Provvisorio costruito sul mounter Global



Figura 27. Provvisorio in situ

Discussione

Questo nostro lavoro vuole solo presentare alcuni casi clinici routinari, in cui si propone da un lato una metodica pre-protesica finalizzata a meglio integrare i nostri lavori implantoprotesici nel cavo orale dei pazienti, dall'altro un metodo ormai consolidato che è quello di spingere i tessuti molli guidandoli con il provvisorio sia esso su denti che su impianti.

Tutto questo viene semplificato se si adotta un lavoro di squadra che comprende chirurgo, protesista, igienista, odontotecnici, aiutati anche dalla versatilità dell'impianto Global dotato di un

fixture-mounting che può essere tranquillamente usato come pilastro provvisorio tranne nei casi in cui il tragitto trasverso implantare è così profondo da richiedere pilastri più lunghi. In questi casi la Sweden & Martina dispone di un suo pilastro provvisorio.

La metodica indicata non vuole però sostituirsi alle procedure ricostruttive più avanzate che sempre andrebbero praticate nei casi di grosse atrofie crestali²¹, dove non è più possibile praticare l'implantologia se non dopo la rigenerazione ossea guidata o gli incrementi dei tessuti molli previo innesti connettivali.

Riteniamo che nell'epoca dell'esasperazione dell'estetica, chi pratica ricostruzioni implantoprotesiche, deve disporre di tutte le armi necessarie a ottenere il successo finale che non è più solo il risultato dell'osteointegrazione come agli albori della tecnica, ma anche integrazione estetica dei manufatti.

L'impianto Global si è dimostrato ideale in ogni situazione in cui si prediligeva l'estetica, sia per le cose dette, che per le caratteristiche micro-macroscopiche delle fixture, che con la micro-grooving coronale completa la serie di piccoli particolari che fanno la differenza e migliorano l'integrazione dal punto di vista osseo e mucoso.

Bibliografia

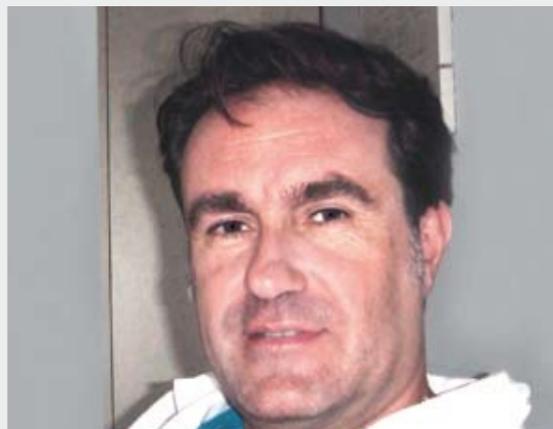
1. Branemark P.I., Breine U., Adell R., et al. Intraosseous anchorage of dental prosthesis. I. Experimental studies. *Scand J Plast Reconstr Surg* 1969 ; 3 : 81-100
2. Branemark P., Zarb G.A., Albrektsson T. *Tissue-Integrated Prostheses: osteointegration in clinical dentistry*. Chicago: Quintessence 1985 : 199-210
3. Buser D., Dula K., Belser U., Hirt H-P., Berthold H. Localized ridge augmentation using guided bone regeneration. 1. Surgical procedures in the maxilla. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1993; 13: 29-45
4. Jovanovic SA., Nevins M. Bone formation utilizing titanium-reinforced barrier membranes. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1995; 15: 57-69
5. Potashnick S. Soft tissue modelling for the esthetic single-tooth implant restoration. *J Esthet Dent* 1998; 10: 121-131
6. Salama H., Salama M. The role of orthodontic extrusive remodelling in the enhancement of soft and hard tissue profiles prior to implant placement. A systematic approach to the management of extraction site defects. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1993; 13: 312-333
7. Oda T., Sawaki Y., Ueda M. Experimental alveolar ridge augmentation by distraction osteogenesis using a simple device that permits secondary implant placement. *Int J Oral Maxillofac Impl* 2000; 15: 95-102
8. Mathews D.P. Gestione del tessuto molle attorno agli impianti nella zona estetica. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2000; 20: 141-149
9. Seibert J. Reconstruction of deformed, partially edentulous ridges, using full thickness onlay graft. Part I. Technique and wound healing. *Compend Contin. Educ. Dent.* 1983; 4: 437-453
10. Seibert J., Lindhe J. Esthetics in periodontal therapy. In: Lindhe J., Karring T., Lang N. *Clinical Periodontology and Imp. Dent.*, ed. 3 Copenhagen: Munksgaard, 1997: 647-681
11. Seibert J., Salama H. Alveolar ridge preservation and reconstruction. *Periodontol* 2000 1996; 11: 69-84
12. Langer B., Calagna L. The subepithelial connective tissue graft. *J. Prosthet. Dent.* 1980; 44: 363-367
13. Garber D., Rosenberg E. The edentulous ridge in fixed prosthodontics. *Compend Contin. Educ. Dent.* 1981; 2: 212-224
14. Abrams L. Esthetics in fixed prosthesis. Presentation before the Harrisburg (Pennsylvania) Dental Society 1971
15. Abrams L. Augmentation of the deformed residual edentulous ridge for fixed prosthesis. *Compendium of continuing education in General Dentistry* 1980; 1: 205-214
16. Barone R., Clauser C., Pini Prato GP. Localized soft tissue ridge augmentation at phase 2 implant surgery: case report. *Int J Periodontics Restorative Dent* 1998; 19(2): 141-145
17. Scharf DR., Tarnow DP. Modified roll technique for localized alveolar ridge augmentation. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 1992;12(5):415-25.
18. Veisman H. "The palatal roll". Soft tissue ridge augmentation using a subepithelial connective tissue pedicle graft. *Oral Health.* 1998 Mar;88(3):47, 49-51
19. Mazzella M., Porciello C., Mazzella A. Roll-flap technique: reconstruction of gingival profile around dental implants. *Ital. Oral Surg.* 2008 Feb;7(1)45,45-52
20. Mazzella M., Porciello C., Mazzella A. Minor maxillary sinus-graft. *Dental Cadmos Masson* 2008 Apr;76(4)23,23-32
21. Mazzella M., Porciello C., Mazzella A. Guided bone regeneration by barrier membranes e-PTFE titanium reinforced. *Ital. Oral Surg.* 2006 Giu;5(3)9,9-18

Innesti ossei o distrazione osteogenetica? Tecniche complementari ai fini implantari.

Dr. Bruno De Santis, U.O.A. di Chirurgia Maxillo-Facciale Ospedale di Castelfranco Veneto (PD) diretta dal Dr. Maurizio Franco

I settori posteriori della mandibola rappresentano per peculiarità anatomica la sede più difficilmente affrontabile nelle soluzioni implantologiche e/o pre-implantologiche.

Dr. Bruno DE SANTIS



- Laureato in Medicina e Chirurgia a Padova e specializzato in Chirurgia Maxillo-Facciale a Verona.

- Dirigente Medico presso l'U.O.A. di Chirurgia Maxillo-Facciale dell'Ospedale di Castelfranco Veneto.

- Professore a.c. di "Biomateriali in Chirurgia Facciale" dal 2003 al 2006 per la Scuola di Specializzazione di Chirurgia Maxillo-Facciale, Università di Padova.

- Da 15 anni svolge la propria attività con particolare interesse per la chirurgia pre-protetica ricostruttiva, ortognatica e traumatologica.

- Autore di pubblicazioni e relatore a congressi in ambito nazionale sugli argomenti di chirurgia pre-protetica e ricostruttiva.

- Tuttora Docente a contratto presso il corso di laurea in odontoiatria dell'Università di Trieste.

Le atrofie ossee, soprattutto negli esiti di interventi implantologici precedenti, sono associate a tessuti mucosi spesso cicatriziali e difficilmente trattabili.

La tecnica di innesto osseo mediante interposizione garantisce la migliore vascularizzazione dei frammenti ed il più completo consolidamento del tessuto ricostruito, la distrazione ossea, nata ed impiegata alternativamente agli innesti, garantisce il recupero anche di tessuto muco-gengivale. Se la richiesta spinge ad ottenere il miglior risultato possibile sia in termini funzionali che estetici, dobbiamo utilizzare tutte le metodiche di nostra conoscenza.

Materiali e metodi

La Signora I.G.V. di anni 57, reduce da precedenti interventi implantologici presentava una edentulia inferiore a destra con grave difetto osseo verticale (Figura 1 e 2), uno spazio protesico molto aumentato (Figura 3) e la ferma richiesta di ripristinare la masticazione con protesi implantare di dimensioni estetiche congrue.

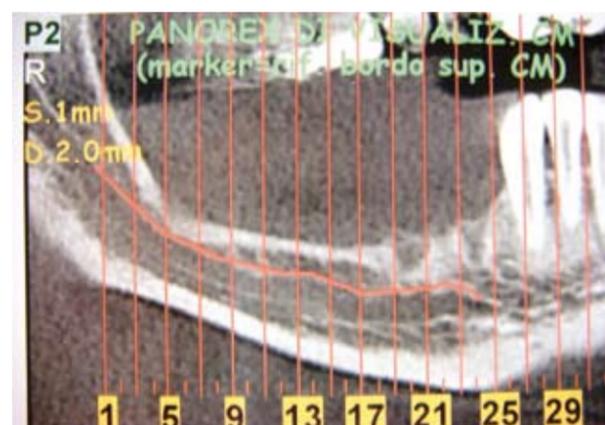


Figura 1. OPT



Figura 2. TC-Dentascan



Figura 3. Intraorale, notare lo spazio protesico aumentato

Veniva sottoposta in anestesia generale, ad intervento ricostruttivo mediante osteotomia sopra neurale a cassetto (Figura 4) ed interposizione ossea di tessuto omologo fresco (Figura 5).

Dopo la fissazione del lembo osteomucoso peduncolato, con l'innesto, mediante microplacca e vite, veniva posizionato distrattore alveolare ancorandolo al frammento osseo innestato (Figura 6).



Figura 4. Intraoperatoria



Figura 5. Tessuto osseo omologo fresco



Figura 6. Ancoraggio del distrattore

Si eseguiva la prova di distrazione ossea intraoperatoria (Figura 7), poi si terminava con sutura adeguata.

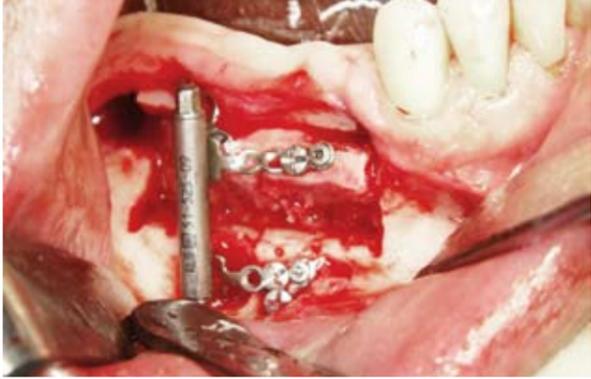


Figura 7. Prova della distrazione intraoperatoria

Nel post operatorio veniva eseguita Rx di controllo (Figura 8).



Figura 8. Rx OPT a fine distrazione

La paziente, dopo attenta igiene orale e terapia antibiotica per 6 gg, veniva rivista per rimozione delle suture a distanza di 10 giorni. In quell'occasione si iniziava la distrazione con movimenti giornalieri di 0,3-0.6 mm al giorno per i primi 15 giorni e a giorni alterni per altri 10 giorni.

Controlli radiologici venivano eseguiti a fine distrazione ossea con OPT (Figura 9) e a 3 mesi dall'intervento con TC-Dentascan (Figura 10).

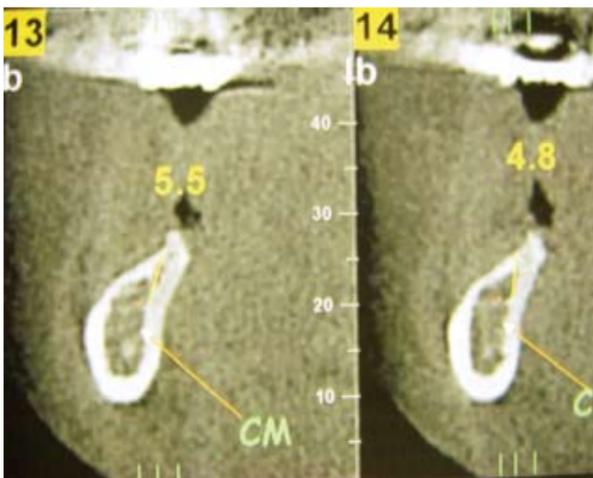


Figura 9. TC-Dentascan prima e dopo

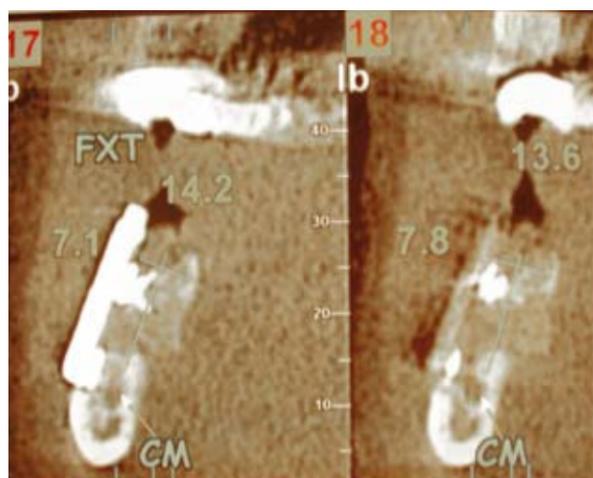


Figura 10. Tc dentascan prima e dopo

A distanza di 4 mesi dall'intervento si procedeva all'inserimento degli impianti endosse, nel contempo si rimuovevano le osteosintesi e il distruttore (Figura 11).

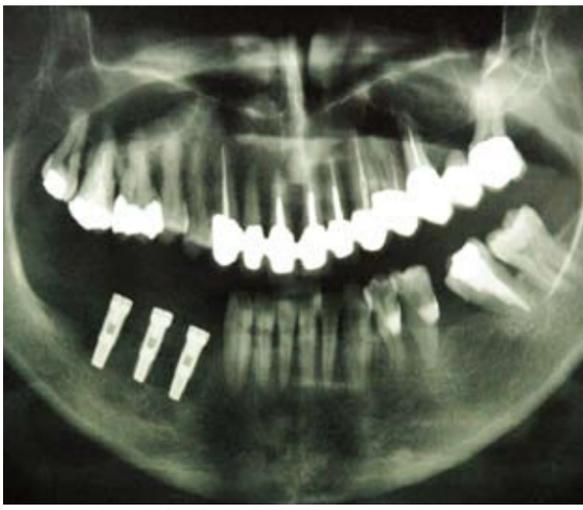


Figura 11. Rx OPT dopo inserimento impianti

Dopo 3 mesi di attesa si procedeva a riapertura con lembo a spessore parziale e lateralizzazione di gengiva aderente ed applicazione di viti di guarigione.

Dopo una fase di protesizzazione provvisoria di 5 mesi, (Figura 12) il collega protesista ultimava la terapia con protesi fissa definitiva.



Figura 12. Protesi provvisoria

Discussione

Nelle gravi atrofie ossee mandibolari, soprattutto posteriormente, le metodiche a disposizione quali la GBR, le tecniche di apposizione con innesti onlay, l'utilizzo di biomateriali di sintesi, le tecniche di prelievo osseo in sede intra o extra orale per innesti autologhi o l'impiego di impianti corti, non trovano accordo sulla scelta di trattamento tra i vari operatori. Ritengo che l'associazione di metodiche differenti non debba sconcertare poiché deriva dalla valutazione sulle peculiarità delle singole metodiche.

L'interposizione ossea, il cosiddetto innesto sandwich, garantisce nei settori mandibolari posteriori la migliore riuscita in termini di riassorbimento osseo post-intervento.

Il lembo peduncolato osteomucoso ha sicuramente miglior vita di un innesto osseo libero (Tecnica onlay) ed è quindi da preferirsi.

L'utilizzo dell'osso omologo fresco che da quasi 6 anni, grazie alla nostra già grande esperienza clinica con più di mille pazienti operati, ci permette di evitare interventi di prelievo osseo, diminuendo quindi la morbidità connessa e ci semplifica e ci abbrevia i tempi di intervento.

La distrazione ossea alveolare con dispositivi intraorali maneggevoli, per quanto alle volte indaginoso, sembra essere l'unica metodica che permette, al pari degli espansori tissutali, di produrre l'incremento di tessuto molle muco-gengivale, soprattutto quando quest'ultimo è cicatriziale.

Conclusioni

Abbiamo a disposizione molte metodiche che sembrano cercare lo stesso risultato, l'indicazione corretta per la scelta della strategia è la cosa più difficile ed è quella che determina i migliori risultati.

La possibilità di mettere in campo tecniche di osteotomia, l'ausilio dell'osso omologo fresco congelato e i dispositivi di distrazione intraorale sono metodiche singolarmente ben collaudate e poterle associare senza aumentare il numero di interventi è vantaggioso ed interessante.

Il Dr. Pierangelo Oliveri specialista in implantologia ad Acqui Terme

Dr. Pierangelo OLIVERI



- Nato ad Acqui Terme nel 1957.
- Nel 1982 si laurea a Genova con lode in Medicina e Chirurgia.
- Nel 1987 consegue il Post graduate per studenti alla New York University.
- Nel 1988 si specializza in Odontostomatologia presso l'Università di Genova.
- Nel 1993 termina il corso di perfezionamento in chirurgia parodontale e implantare presso l'Università di Genova.
- Dal 2002 è Professore a contratto presso la facoltà di Odontoiatria dell'Università di Genova.
- Nel 2003 termina il 1° e 2° livello di perfezionamento di implantologia presso l'Università di Parma.
- Nel 2007 termina il corso di perfezionamento in Chirurgia Microscopica presso l'Università di Chieti.
- Dal 2008 è tutor del corso di Chirurgia orale ricostruttiva presso l'Università Unione di San Paolo Brasile.
- È stato relatore per SIdP per il Progetto Impianti.
- Si occupa prevalentemente di parodontologia, di chirurgia implantare e chirurgia avanzata.
- È autore di pubblicazione in campo parodontale e implantare.
- È stato relatore a congressi nazionali e internazionali. Esercita ad Acqui Terme dal 1982 come libero professionista.

Dr. Oliveri, recenti statistiche indicano che in Europa sono commercializzati oltre 600 diversi tipi di impianti dentali. Quali dovrebbero essere, secondo Lei, i parametri di valutazione che i chirurghi orali/parodontologi dovrebbero valutare nella scelta dell'impianto da utilizzare? Quali sono i consigli che un implantologo d'esperienza come Lei può dare ai colleghi per orientarsi nei meandri delle proposte oggi disponibili?

Nel campo medico esistono dei protocolli molto rigidi affinché nuovi dispositivi biotecnologici possano essere utilizzati. Dopo varie sperimentazioni in vitro si passa alla fase animale e quindi esiste un iter applicato all'uomo su larga scala e che deve avere un follow-up positivo dopo diversi anni. Tutto questo deve ovviamente essere fatto nelle apposite sedi e non spetta certo al professionista privato fare esperimenti, testare nuovi impianti, nuove forme e nuove superfici miracolose sui propri pazienti. Il clinico attento dovrà quindi basare la propria scelta dopo un'attenta lettura della letteratura dedicata. Siamo nel mondo del web e della comunicazione elettronica per cui oggi libri e articoli a livello mondiale e in più lingue sono facilmente accessibili, da qui la scelta di prodotti "scientificamente validati". Ma è proprio a questo punto che si perde facilmente la strada per l'enorme quantità di materiale a nostra disposizione, per cui il mio consiglio è imparare a scegliere quali articoli leggere e come leggerli. Agli studenti viene insegnato che esistono vari gradi nella gerarchia scientifica, non è sufficiente basare la nostra scelta su "case report", ma bisognerà valutare con attenzione i risultati degli RCT, studi controllati e randomizzati il cui peso scientifico è sicuramente elevato essendo condotti in più centri, da differenti operatori e con follow up molto rigorosi seguendo protocolli molto rigidi.

Recentemente la European Association for Osseointegration ha reso pubblici i risultati della Seconda Consensus Conference Europea in merito a diversi argomenti di interesse implantoprotesico. Un dato che si evince è che, in particolare rispetto agli effetti della topografia di superficie sull'integrazione ossea, i diversi studi disponibili in letteratura spesso non forniscono quadri comparabili, ed è difficile una meta-analisi dei risultati. Lei che ha una vasta esperienza con sistemi implantari e superfici diverse, che tipo di valutazioni fa di una superficie? Quanto nella Sua esperienza è determinante una superficie rispetto a un'altra?

Sappiamo che esistono due gradi di stabilità, quella primaria che il chirurgo deve ottenere al termine dell'inserimento implantare e che dipende dalla macrostruttura implantare, e quella secondaria determinata dalla successiva capacità di osteointegrazione che invece è legata alla microstruttura e quindi al tipo di superficie implantare. Ovviamente l'interesse e l'esperienza del clinico possono influire solo sulla scelta della diversa forma implantare: un impianto il cui protocollo chirurgico sia semplice, ma efficace e il raggiungimento della stabilità primaria nelle varie situazioni cliniche sia facilmente attendibile. Naturalmente il clinico non può valutare quali possono essere le differenze fisiologiche tra una superficie o l'altra, ma è ormai scientificamente approvato il fatto che le originali superfici macchinate siano superate. La ricerca si è in larga parte concentrata proprio sulle superfici per garantire una superficie di contatto osso impianto sempre maggiore e tempi di integrazione più brevi. Quindi dalle superfici TPS ovvero superfici irruvidite per addizione di materiale anche queste superate, si è passati alle superfici irruvidite per sottrazione e quindi all'uso di vari acidi che aumentano la rugosità creando cavità microscopiche dove gli osteoblasti e i loro dendriti trovano un alloggiamento più favorevole. L'ultima generazione è quella delle superfici attive che non hanno solo un'azione meccanica ma sembrano influire diversamente anche sull'attività blastica stessa. Avere quindi un dispositivo che possa essere più efficace può essere discriminante in situazioni cliniche più impegnative. Infatti nonostante le alte percentuali di successo nell'integrazione degli impianti, difficoltà si hanno ancora in situazioni post estrattive dove la stabilità primaria non è ottimale, in zona mascellare distale dove la qualità ossea è spesso scarsa o là dove occorre rigenerare difetti ossei.

Quale deve essere il ruolo delle tante associazioni di settore, delle Università, e delle aziende produttrici, nella corretta formazione/informazione sulle nuove tecniche, sui nuovi prodotti,

sulle nuove possibilità terapeutiche?

Purtroppo mi rendo conto, essendo docente del Corso di Laurea in Odontoiatria dell'Università di Genova, che la preparazione dei nostri studenti non raggiunge gli standard che abbiamo in Europa o nel resto del mondo. La mancanza di attività pratica spesso limitata all'osservazione, o a poche esercitazioni su manichino non sono sufficienti a garantire una preparazione adeguata ad affrontare il mondo professionale. Le varie associazioni nazionali dovrebbero quindi stimolare le università verso un maggior impegno pratico limitando l'insorgenza di corsi pratici che in pochi giorni non garantiscono una preparazione e una formazione che deve essere sviluppata e maturata nel tempo. Sarebbe interessante creare centri di odontoiatria tutelati dal punto di vista assicurativo dove studenti o neo laureati possano, sotto la tutela di tutor a garanzia del controllo della qualità, fornire trattamenti chirurgici e comunque odontoiatrici su pazienti. Un più stretto contatto tra le aziende produttrici e le Università sarebbe auspicabile per creare

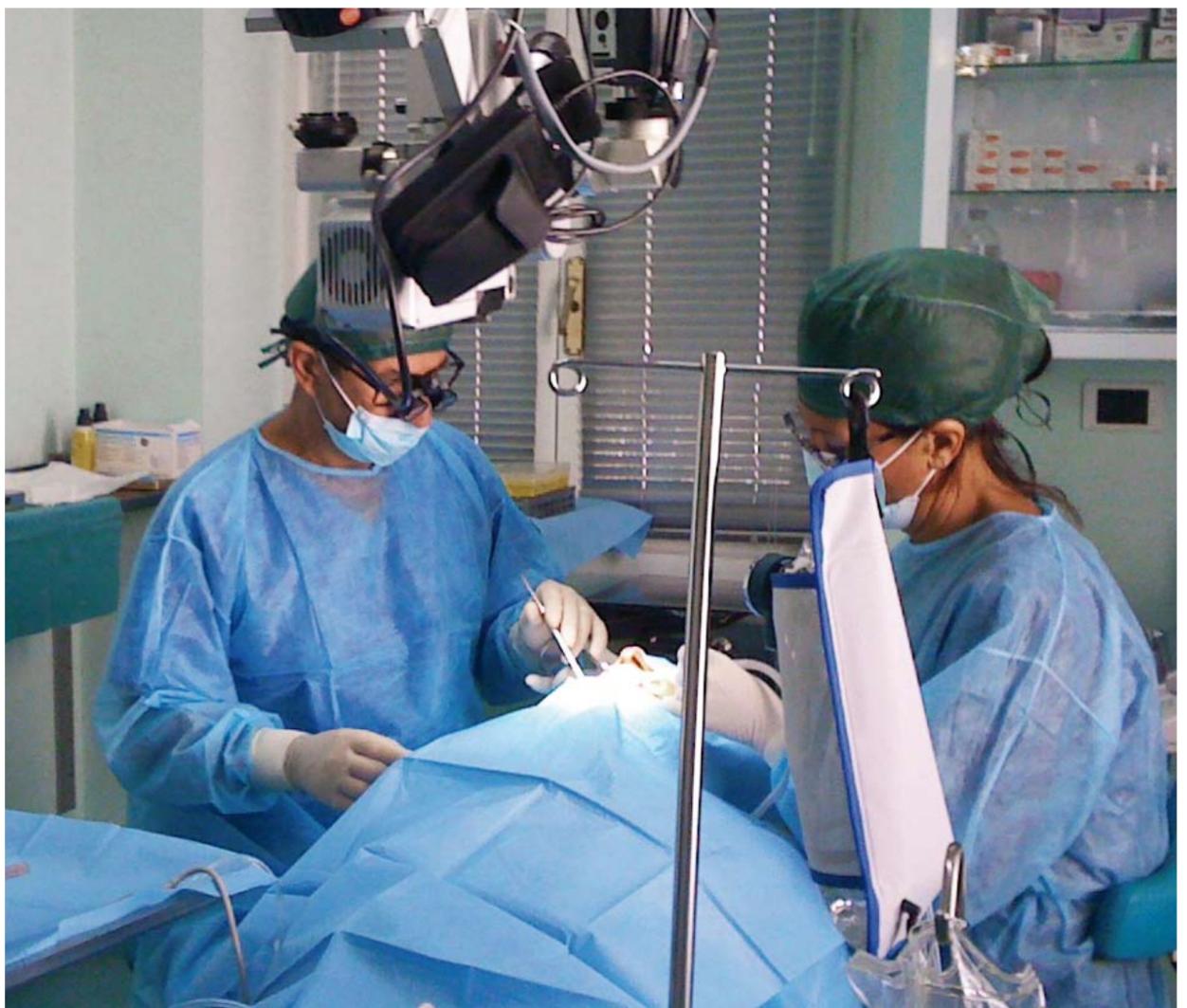
l'insorgenza di contatti scientifici che sfruttando l'esperienza pratica diano suggerimenti non solo su eventuali nuovi protocolli di ricerca, ma aiutino a rendere più efficaci quelli già esistenti.

La ricerca di tempi più brevi nei trattamenti implantari, dal ricorso a tecniche post-estrattive al carico immediato, sino a che punto è giustificato?

Mentre negli anni 80 ci si accontentava di ottenere un'integrazione tissutale predicibile, e negli anni 90 si parlava di successo a lungo termine e di estetica, l'implantologia del 3° millennio dà importanza alla attenta pianificazione e quindi alla scelta di una corretta morfologia implantare, alla posizione protesicamente guidata degli impianti adeguati funzionalmente ai denti da sostituire, ed all'estetica che deve essere eccellente non solo nei settori anteriori ma anche in quelli meno visibili. A fronte di queste considerazioni la riduzione dei tempi chirurgici e del numero degli interventi deve essere attentamente valutata per non pregiudicare il risultato finale. Bisogna stare molto attenti alle mode. Qualche anno fa l'implantologia post estrattiva era considerata la massima espressione di abilità chirurgica, ma non sempre i risultati finali erano predicibili. Sono quindi convinto che la corretta pianificazione e l'attenzione non al risultato immediato, ma a lungo termine siano i maggiori fattori di successo.

Trattamento endodontico al limite delle possibilità, accanimento terapeutico, o impianto dentale. Come riconoscere il confine, a volte molto sottile, fra queste opzioni?

Non dimentichiamoci che i denti hanno ancora una vita più lunga di qualsiasi impianto. Questo non vuole essere uno stimolo all'accanimento terapeutico, ma una osservazione che spesso la terapia estrattiva è scelta con troppa fretta. Il Prof. Misch nel suo testo di implantologia che ancora oggi può essere un punto di riferimento considerava denti persi quelli con una prognosi sotto i cinque anni. Questa previsione a volte è difficile da fare, ma ritengo che ogni implantologo debba essere prima di tutto parodontologo e quindi debba avere sufficiente esperienza da capire quando e dove un corretto trattamento dei denti naturali possa essere ancora il trattamento di elezione. La chirurgia implantoprotesica è una delle opzioni, non sempre quella di scelta. Ricordiamoci che un dente estratto con troppa superficialità a volte non può essere sostituito così facilmente da un impianto senza effettuare complicate terapie ricostruttive.



Il Dr. Marco Calabrese e il Dr. Andrea Gesi a confronto tra eccellenza e nuovi orizzonti in odontoiatria

Dr. Marco CALABRESE



- Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria all'Università di Padova nel 1990.
- Dal 1991 svolge attività di ricerca clinica e sperimentale presso il Corso di Laurea in Odontoiatria dell'Università di Padova nell'ambito dell'insegnamento di Odontoiatria Conservatrice.
- Professore a contratto con incarico di insegnamento nel CLOPD di Padova su argomenti di conservativa.
- Nel 1995 ha conseguito il diploma di perfezionamento in Odontoiatria Restaurativa presso l'Università di Siena.
- Relatore a numerosi congressi e corsi nazionali e internazionali, autore di pubblicazioni scientifiche in Odontoiatria Conservatrice.
- Esercita la libera professione a Padova occupandosi di restaurativa ed endodonzia.
- Nel 2009, assieme ad altri noti professionisti del settore, ha realizzato la "Clinica Sorriso di Padova Sud", centro di eccellenza per la diagnosi e la terapia delle patologie orali, nella quale è situato anche il "Centro Corsi Galileo" per l'organizzazione di eventi formativi teorico-pratici.

Le evoluzioni merceologiche e di tecniche nell'ultimo decennio sono rallentate rispetto al decennio precedente: secondo Lei questo dipende dal fatto che si è raggiunto un livello di eccellenza che consente poco margine di miglioramento, oppure dipende piuttosto da un rallentamento dell'interesse economico delle aziende, cioè da un minor ritorno sull'investimento rispetto al passato, che condiziona le aziende al punto da finanziare meno ricerca?

Probabilmente la ragione sta nel mezzo! Le aziende hanno investito ed investono molto nella ricerca, collaborano con prestigiose Università e con clinici di comprovata esperienza. Rispetto ad anni passati però lo sviluppo di materiali innovativi a mio avviso viene meno percepito in quanto al momento attuale, la qualità dei materiali e delle tecniche ha raggiunto livelli davvero elevati, permettendo di eseguire, nel caso per esempio della conservativa, dei restauri estetici predicibili e molto duraturi nel tempo.

Risulta pertanto difficile per le aziende individuare dei nuovi filoni di ricerca e sviluppo; quello che piuttosto si realizza è il perfezionamento dei materiali attualmente esistenti. In conservativa ad esempio si assiste alla continua ascesa di sistemi adesivi più semplici nel loro impiego clinico e più affidabili; l'ulteriore passo in avanti è dato dallo sviluppo di materiali da restauro autoadesivi, peraltro di prossima commercializzazione.

I pazienti di oggi sono più informati sui materiali e le tecniche rispetto a 15 anni fa, o lasciano ancora al "dottore" la totale libertà di scelta e azione?

La maggior parte delle "terapie odontoiatriche" che oggi vengono svolte in uno studio non riguardano più il trattamento del dolore bensì si mettono in atto delle procedure atte a migliorare l'aspetto estetico dei pazienti in modo da au-

mentarne l'autostima ed avere una influenza positiva sulle interazioni sociali. I pazienti vogliono un look migliore, sembrare più giovani, più attraenti... e soprattutto vogliono i denti bianchi! Vogliono che il dente trattato sembri un dente sano, il sorriso deve corrispondere a quegli standard estetici che vengono suggeriti dai media.

Queste richieste di "odontoiatria estetica" hanno contribuito ad incrementare la nostra attività clinica: faccette in ceramica, corone estetiche, ortodonzia, sbiancamenti, interventi chirurgici per cambiare la morfologia facciale... Stiamo passando da un' "odontoiatria necessaria" ad un' "odontoiatria desiderata" e probabilmente in futuro tale richiesta continuerà ad aumentare.

Rispetto al passato i pazienti sono molto più informati, sanno quello che vogliono: il clinico a questo punto ha il compito di guidare il paziente verso un trattamento che rispetti i principi dell'odontoiatria minimamente invasiva.

Quali sono i vantaggi dell'odontoiatria minimamente invasiva?

Molti colleghi potrebbero interpretare non correttamente gli obiettivi dell'odontoiatria minimamente invasiva (MI) e pensare si tratti solamente della prevenzione delle lesioni di solchi e fessure o di procedure semplicistiche. In realtà si può parlare di trattamento minimamente invasivo per qualunque ambito dell'odontoiatria; alcuni esempi in tema di conservativa riguardano l'utilizzo di restauri indiretti (inlay, onlay ed overlay) al posto delle corone; la realizzazione di un ponte ad intarsi al posto di un ponte tradizionale qualora non sia peraltro possibile inserire un impianto; l'utilizzo di faccette o di metodiche di sbiancamento al posto delle corone.

Sembra quasi che estetica ed adesione siano diventati un binomio inscindibile in odontoiatria.

Come ho detto prima è stata in primo luogo la richiesta da parte dei pazienti a determinare lo sviluppo delle tecniche estetiche e quindi di conseguenza delle tecniche adesive.

L'adesione è una "rivoluzione silente" (come l'ha definita il Prof. J.F. Roulet) che lentamente ma inesorabilmente ha invaso tutta l'odontoiatria ed ha cambiato il nostro modo di operare. In una review apparsa recentemente sul JCDA l'autore si sofferma a riflettere su come oggi si potrebbe lavorare senza adesione: per i restauri di quarta classe si utilizzerebbe l'oro, l'amalgama sarebbe l'unico materiale per i restauri diretti, l'incidenza della carie di solchi e fessure sarebbe molto elevata, in ortodonzia si utilizzerebbero le bande metalliche, tutti i restauri indiretti sarebbero realizzati in oro.... L'adesione in odontoiatria ha radicalmente cambiato i nostri piani di trattamento.

A proposito di "rivoluzione silente" in odontoiatria si sta insinuando sempre più prepotentemente l'utilizzo di metodiche e strumenti ad elevato contenuto tecnologico...

Ed in questo Sweden & Martina a mio parere può essere considerata l'azienda leader nel settore! I sistemi di ingrandimento, il laser diagnostico ed il laser operatorio, le sistematiche Cad/Cam, la radiologia digitale, la gestione informatica globale dello studio sono solo alcuni esempi di tecnologia da cui oggi un moderno studio odontoiatrico non può esimersi dal considerare e da cui ne derivano tutta una serie di vantaggi.

Ad esempio - e per rimanere in tema di odontoiatria minimamente invasiva - la possibilità di eseguire delle radiografie digitali al posto delle metodiche tradizionali comporta una riduzione della dose di radiazioni sino al 90%!

interviewista

Dr. Andrea GESI



- Laureato con lode in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Siena nel 1988.

- Negli anni 1993-94 ha frequentato i corsi di "Continuing Education" ed il reparto di endodonzia del Prof. Herbert Schilder presso la Boston University (USA).

- Nel 1994 ha frequentato il laboratorio del Prof. Kaare Langeland presso l'Università del Connecticut a Farmington (USA).

- Nel 2001 ha conseguito il Master in "Materiali Dentari e loro Applicazioni Cliniche" presso l'Università degli Studi di Siena.

- Dal 1996 è stato ricercatore presso l'University of Göteborg (Svezia) conseguendo nel 2003 il "Licentiate in Odontology" sotto la guida del Prof. Gunnar Bergenholtz.

- Professore a.c. presso il Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università di Siena dal 2002 al 2006 e dell'Università di Genova nel A.A. 2001-2002.

- È Presidente dell'Accademia Italiana di Endodonzia (AIE) per il biennio 2008-2009.

- È "Socio Attivo" della Società Italiana di Endodonzia (SIE) e "Specialist Member" della European Society of Endodontology.

- È stato autore di oltre 60 pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali e internazionali.

- Nel 2007 ha vinto il Premio Samuel Seltzer per il miglior lavoro di endodonzia pubblicato sulla rivista internazionale Oral Surgery Oral Medicine Oral Pathology Oral Radiology and Endodontics.

- È stato relatore in numerosi congressi nazionali ed internazionali.

Le evoluzioni merceologiche e tecniche nell'ultimo decennio sono rallentate rispetto al decennio precedente: secondo Lei questo dipende dal fatto che si è raggiunto un livello di eccellenza che consente poco margine di miglioramento, oppure dipende piuttosto da un rallentamento dell'interesse economico delle aziende, cioè da un minor ritorno sull'investimento rispetto al passato, che condiziona le aziende al punto da finanziare meno ricerca?

Sicuramente negli scorsi anni molte discipline odontoiatriche hanno subito profonde trasformazioni sia dal punto di vista dello strumentario che dei materiali, delle tecniche e delle procedure operative. L'endodonzia certamente è tra quelle che maggiormente ha beneficiato di tali evoluzioni, risolvendosi da decenni di totale immobilismo. Molti nuovi strumenti sono intervenuti nell'ottica di una semplificazione e di una velocizzazione delle procedure operative, che risultano essere, negli obiettivi tecnici e nei propositi, assolutamente identiche a quelle di un secolo fa. L'introduzione del Nichel-Titanio ha consentito, grazie alla sua super-elasticità, di ridurre il rischio di incorrere in errori tecnici legati alla memoria elastica degli strumenti, pur senza eliminarlo totalmente, e di introdurre strumenti a conicità aumentata, permettendo di ridurre il numero di strumenti utilizzati nella sagomatura del canale. L'introduzione delle tecniche meccaniche ha reso sicuramente più veloce e, soprattutto, piacevole la sagomatura del canale radicolare consentendo agli operatori di raggiungere buoni risultati con una curva di apprendimento decisamente più breve rispetto al passato. Nonostante tutto, però, lo strumento che ha realmente rivoluzionato il modo di fare endodonzia è stato il Localizzatore Elettronico del termine del canale radicolare, definendo in modo certo un parametro fondamentale che da sempre aveva creato dubbi e discussioni. Senza dubbio l'introduzione del microscopio operatorio ha aperto nuovi orizzonti in termini di potenzialità dell'endodonzia, soprattutto nel campo dei ritrattamenti e dell'endodonzia chirurgica. Materiali innovativi per le proprie caratteristiche fisico-chimiche e di biocompatibilità, come il Mineral Trioxide Aggregate, ci hanno messo nella condizione di avere una maggior voce in capitolo rispetto a situazioni cliniche che fino a qualche anno fa venivano gestite con assoluta maggior difficoltà e imprevedibilità prognostica. Tutto ciò sicuramente ha consentito all'endodonzia di sviluppare una forte predicibilità di risultato ed alte percentuali di successo con una forte generalizzabilità del risultato, a conferma dell'alto livello tecnologico raggiunto. Sicuramente questo ha portato le aziende a "vivere il momento" ma, anche se con un certo rallentamento, a continuare nella ricerca di nuove soluzioni che rendano sempre più agevole, veloce e sicuro il trattamento endodontico. Sarebbe un grave errore per qualunque azienda "cullarsi troppo sugli allori" senza sviluppare la ricerca di nuove soluzioni, strumenti, materiali e procedure operative, correndo il rischio di essere tagliata fuori da una concorrenza che magari ha dato sviluppo a nuove idee.

Quali novità ci possiamo aspettare per il futuro in campo endodontico?

Non credo che a breve termine ci saranno grandissime novità in campo endodontico. La ricerca sta avanzando nel campo biologico cercando di ricreare il tessuto pulpare nello spazio endodontico di denti che l'hanno perso, ma non credo che sarà una tecnica applicabile alla realtà clinica in tempi brevi. Si stanno sperimentando materiali alternativi alla guttaperca, che cercando di sfruttare la difficile adesione intracanalare dovrebbero dare maggiori garanzie di sigillo, ma anche se questa sembra essere una possibile strada futura, al momento i pareri della ricerca sono molto divisi al riguardo. Sicuramente l'evoluzione delle tecniche continuerà nella direzione di una sagomatura sempre più conservativa nelle porzioni coronali del canale e una maggiore attenzione verso il raggiungimento di una sempre più attenta e riscontrabile detersione del terzo apicale. Questo nel tentativo di rendere sempre più semplice e prevedibile il trattamento endodontico anche per il dentista generico che assolutamente può e deve raggiungere sempre più alte percentuali di successo soprattutto nel dente vergine. Il ritrattamento rimane ancora un'altra cosa.

I pazienti di oggi sono più informati sui materiali e le tecniche rispetto a 15 anni fa, o lasciano ancora al "dottore" la totale libertà di scelta e azione?

I pazienti di oggi sono sicuramente molto più informati di quanto non lo fossero un tempo, ma purtroppo molto spesso l'informazione che hanno ricevuto è un'informazione tendenzialmente "commerciale" ricevuta da internet, da inserzioni su giornali o da trasmissioni televisive autogestite che tendono a "deviare" in qualche modo l'attenzione e l'interesse del paziente da quello che dovrebbe essere il bene primario di cui dispone: l'elemento dentario naturale. Questo non soltanto, o non necessariamente, perché il messaggio che gli viene fornito non sia corretto e completo, ma perché chiaramente è ascoltato da orecchi non istruiti a comprendere a pieno quanto comunicato. Spesso le informazioni ricevute vengono generalizzate e non collegate correttamente alla specifica situazione. Credo che ci sarebbe bisogno di una campagna d'informazione disinteressata per riportare l'attenzione dei pazienti sui veri valori dell'odontoiatria, non facendo sembrare sempre tutto facile, tutto sicuro e, soprattutto non mettendo sullo stesso piano denti naturali e impianti. È molto importante che i pazienti comprendano appieno i vantaggi ma anche i limiti della moderna odontoiatria e vengano istruiti sull'importanza delle terapie di mantenimento dei lavori fatti.

"Endodonzia e impianti: due alternative per una soluzione". Perché stanno diminuendo i trattamenti endodontici a vantaggio dell'implantologia? Che cosa è cambiato per gli operatori?

Forse sarebbe meglio inserire un punto interrogativo al termine della prima frase: "Endodonzia e impianti: due alternative per una soluzione?". In effetti la soluzione implantare non dovrebbe essere un'alternativa al recupero di un elemento naturale. L'impianto è un'ottima soluzione quando l'elemento dentario è già assente. In questo caso il costo biologico e la qualità del restauro protesico risultano essere a favore di questa soluzione piuttosto che di altre. Ma se il problema lo spostiamo sulla decisione del mantenimento di un elemento dentario naturale o meno vediamo che troppo spesso il piano di trattamento è fortemente influenzato dal percorso formativo dell'operatore. In altre parole chi si occupa prevalentemente di endodonzia cerca sempre di recuperare l'elemento naturale, a volte spingendosi anche al di là del lecito e magari perdendo un pò di vista il piano di trattamento globale, mentre chi si occupa di implantologia tende con più facilità a percorrere una soluzione sostitutiva piuttosto che perseguire la terapia del dente naturale, anche se talvolta possibile. Al giorno d'oggi non dovrebbero esserci più contrapposizioni tra endodonzia e implantologia ma, oltremodo, una sinergia che permetta di fare la scelta più conveniente per il paziente, anche con un occhio rivolto alla durata nel tempo del restauro e al rapporto costo/beneficio. Sicuramente quando il trattamento endodontico è complesso, soprattutto in caso di ritrattamento, la tentazione di eliminare il "problema" e di sostituirlo con qualcosa di più semplice da gestire, più prevedibile a breve termine e, perché no, più vantaggioso anche da un punto di vista economico, può essere forte. Il recupero di un elemento dentario naturale compromesso deve essere valutato, quando possibile, anche nell'ottica di un posticipo del trattamento implantare. Procrastinare nel tempo la sostituzione con un impianto vuol dire anche allungare la durata nel tempo del futuro impianto stesso. Inoltre, magari, tra qualche anno avremo soluzioni implantari ancora più affidabili e longeve rispetto alle attuali, e il nostro paziente potrà, così facendo, godere delle evoluzioni future.

E per i pazienti?

I pazienti, come ho già detto in precedenza, sono spesso influenzati dalla cattiva informazione e spesso tendono a preferire in prima battuta l'impianto, soprattutto pensando che sia una soluzione definitiva per la vita! Di fatto, una volta informati delle varie possibili soluzioni, dei loro vantaggi e dei loro limiti, tendono a comprendere sempre più quanto sia importante mantenere e recuperare la dentatura naturale. Ben diversa è invece la situazione quando non mettiamo più l'implantologia in contrapposizione con l'endodonzia. Il paziente che ha già perso i denti sia in modo parziale che in modo totale oggi può contare su un'implantologia decisamente affidabile che ha completamente cambiato il modo di impostare i piani di trattamento. Oggi siamo in grado di proporre soluzioni decisamente più "pratiche", sia sul piano funzionale che sul piano delle relazioni sociali, che hanno innalzato fortemente la qualità di vita di pazienti spesso condannati alla protesi rimovibile. E questo credo che assolutamente sia il vero grande vantaggio dell'implantologia.

Endodonzia

I centri d'eccellenza in implantologia

Studio Associato Marzano Dr. Marcello e Petrillo Dr. Nicola, Nardò (LE) e
Studio dentistico Petrillo Dr. Nicola (LE)



Lo studio oltre a fornire ogni tipo di prestazione odontoiatrica offre l'esperienza e la professionalità di un team implanto-protesico sempre aggiornato e attento alle innovazioni. Particolare attenzione è rivolta dall'equipe dei Dottori Marcello Marzano e Nicola Petrillo alle nuove procedure di riabilitazione implantare con carico immediato.

Dr. Michele Figliuzzi, Vibo Valentia

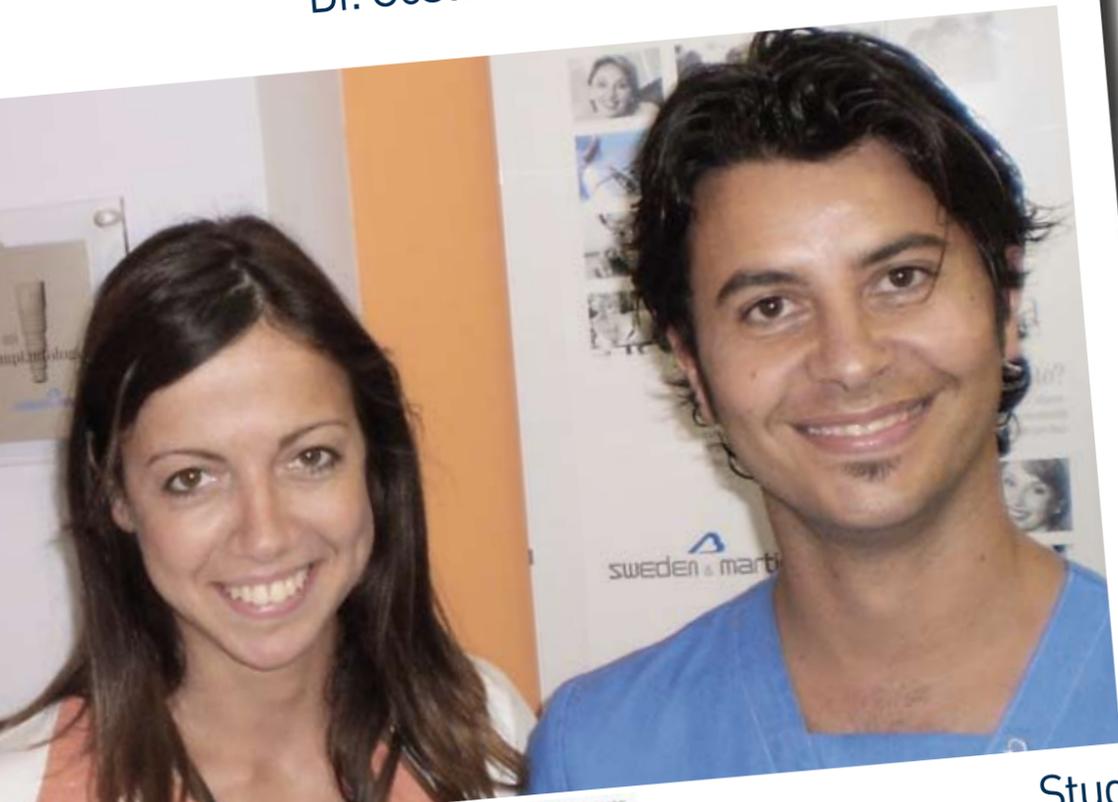


Docente di Parodontologia presso l'Università Magna Graecia di Catanzaro svolge prevalentemente attività clinica inerente la Parodontologia, l'Implantologia e la Chirurgia Orale. La chirurgia è eseguita tutta con la tecnica del lembo a spessore parziale. Per quanto concerne la Parodontologia particolare attenzione viene rivolta alla rigenerazione tissutale guidata. In Implantologia si eseguono tutte le tecniche di ultima generazione, in particolare, aumenti di cresta tramite split-crest e riabilitazioni a carico immediato. Ogni anno si svolge un corso teorico pratico di Implantologia, inoltre viene svolta attività di Ortodonzia, (Dr. F. Condò), Endodonzia e Conservativa (Dr.ssa D. Pacifico) e Igiene, Profilassi e Terapia Iniziale (Dr.ssa M. Gambino)

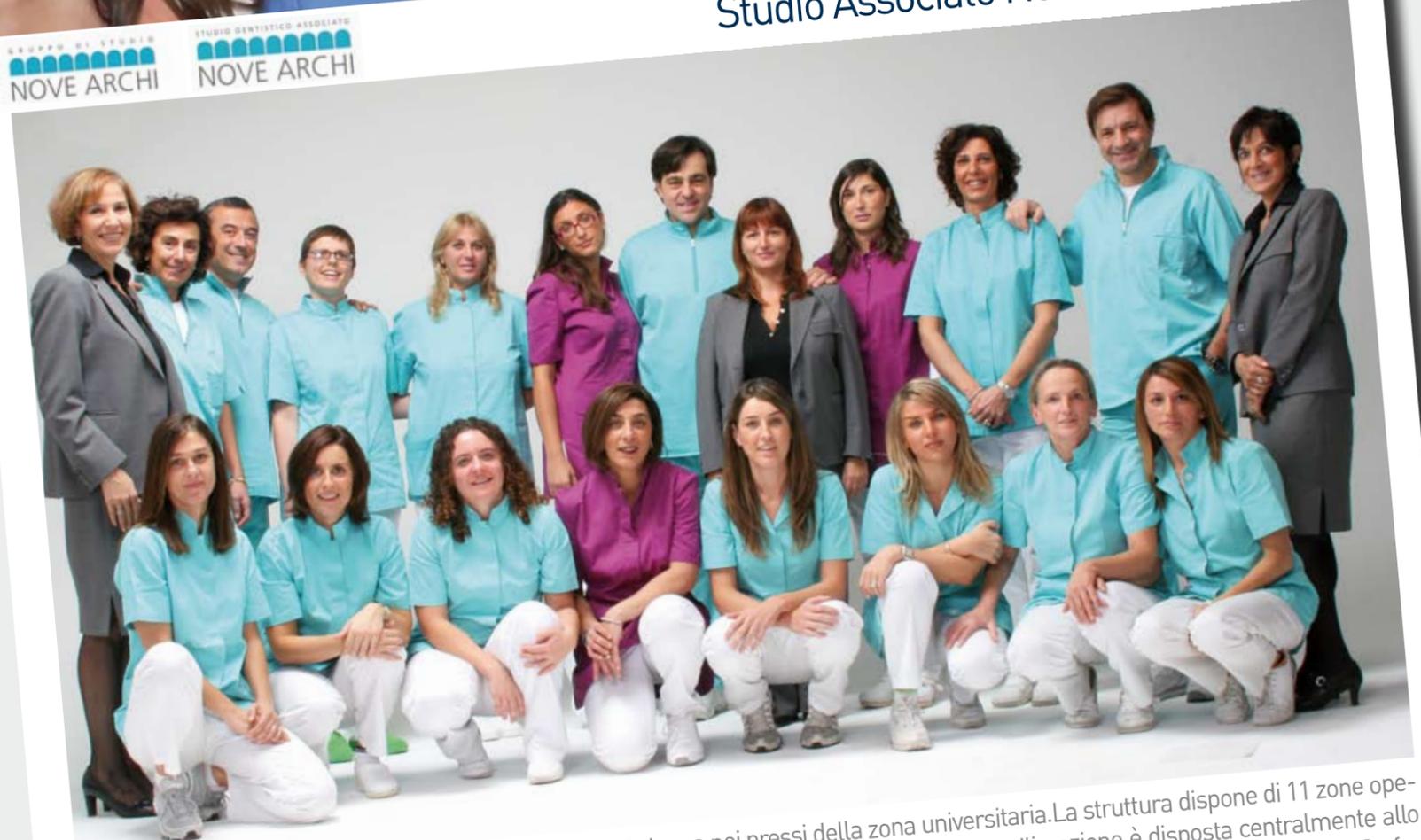
Dr. Roberto Bogoni, San Bonifacio (VR)



Dr. Costantino Carozzo, Carmiano (LE)



Studio Associato Nove Archi, Bologna



Lo Studio Associato Nove Archi è ubicato nel centro di Bologna nei pressi della zona universitaria. La struttura dispone di 11 zone operative, realizzate seguendo le indicazioni ergonomiche dell'architetto Jim Pride. L'area di sterilizzazione è disposta centralmente allo studio per mostrare ai pazienti tutto ciò che avviene all'interno. La filosofia di costruzione dello studio è la stessa che i 4 soci (dott. Stefano Valbonesi, dott. Lorenzo Garagnani, dott.sa Licia Rosati, dott. Andrea Gandolfi) applicano nella clinica quotidianamente: ergonomia, precisione, funzione, efficacia ed estetica. Nello studio sono presenti laser Sweden & Martina a diodi e yag-herbium, sistema cad-cam Cerec 3d, microscopio Leica ed il cone-beam Kodak 9000. Lo studio si avvale della collaborazione del laboratorio Bonfiglioli-CCD con il quale vengono risolti la totalità dei casi implantari ed estetici. Nella struttura vengono organizzati corsi teorico-pratici con relatori di chiara fama per un massimo di 70 persone.

Kit M.I.S.E (Minimal Invasive Sinus Elevation)

Sistema atraumatico di rialzo del seno

M.I.S.E. è una tecnica innovativa che consente in modo semplice, rapido e sicuro, il sollevamento atraumatico e graduale del seno mascellare sino ad un'altezza di 5 mm oltre la situazione iniziale.

L'enorme vantaggio rispetto alle tecniche tradizionali con osteotomi è l'utilizzo di frese appositamente studiate che, grazie all'utilizzo di stop di profondità in 9 lunghezze diverse, consentono un sollevamento graduale e perfettamente predicibile (progressione di 1 mm per volta) senza alcun rischio di perforazione della membrana e minimizzando il disagio per il paziente, altrimenti soggetto alle percussioni tipiche degli osteotomi.

Il kit M.I.S.E. è completo di frese e compattatori di 3 diversi diametri (D3,0, D3,4 e D4) e consente quindi l'inserimento di qualsiasi impianto da 3,3 a 5 mm di diametro (Premium Straight).



M.I.S.E. Step by step



Controllo preoperatorio: RX Endorale - Tecnica di Rinn per misurare l'altezza ossea iniziale.



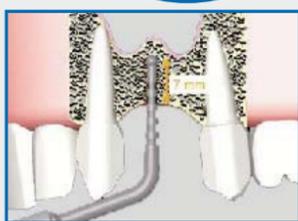
Sollevamento del pavimento del seno mascellare per max. 2 mm
STEP BY STEP



1. Controllo preoperatorio: RX Endorale - Tecnica di Rinn per misurare l'altezza ossea iniziale. Controllo preoperatorio: RX Endorale - Tecnica di Rinn per misurare l'altezza ossea iniziale.



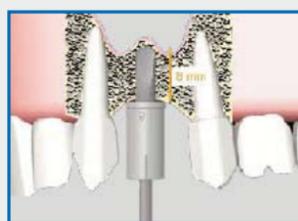
2. Fresaggio pilota con la fresa iniziale del Sistema implantare (es. # 2) fino ad arrivare a 2 mm dalla corticale del pavimento del seno mascellare. Velocità consigliata per tutte le frese del Kit Sinus Lift: 800 giri/min.



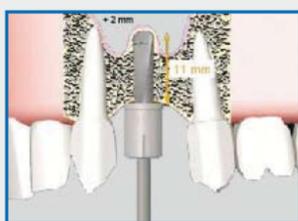
3. Misurazione della profondità di preparazione raggiunta con l'ausilio della Sonda del Kit (es.: 7 mm).



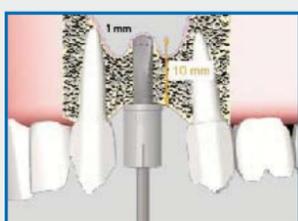
4. Utilizzo della Fresa n° 1 Rounded ø 3,0 mm o della Fresa n° 2 Chamfered con lo stop di profondità corrispondente in lunghezza alla profondità rilevata dalla Sonda (es.: 7 mm).



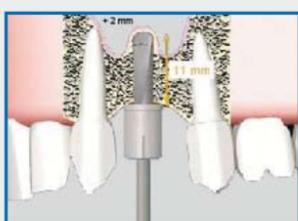
5. Passaggio della medesima fresa con il secondo stop maggiore di 1 mm rispetto al primo stop utilizzato (es. 8 mm).



6. Impiego della stessa fresa con il terzo stop con un ulteriore incremento di 1 mm (es. 9 mm). L'operatore avvertirà il contatto con la corticale del pavimento, una superficie che appare estremamente dura.



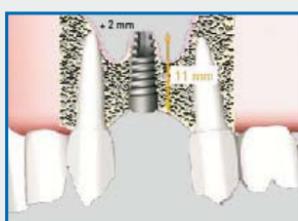
7. Passaggio sempre della stessa fresa con il quarto stop con un ulteriore incremento di 1 mm (es. 10 mm). Durante l'utilizzo del quarto stop inizia il piegamento della corticale.



8. In-line fresaggio con il quinto stop (es. 11 mm) posizionato sempre sulla medesima fresa. Con il quinto stop raggiunge il piegamento massimo della corticale del pavimento senza che si verifichi la sua rottura. Il sollevamento raggiunto è di 2 mm oltre l'altezza originaria.



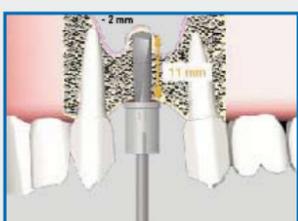
9. La fresa utilizzata ha preparato il sito lateralmente per un impianto cilindrico filettato D 3,3. Per inserire impianti di diametro maggiore è necessario ampliare lateralmente il sito implantare utilizzando le altre Frese Rounded del Kit con l'ultimo stop impiegato (es. 11 mm).



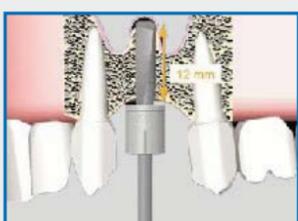
10. Inserimento dell'impianto (es Premium Straight D 3,8 / L11,5).



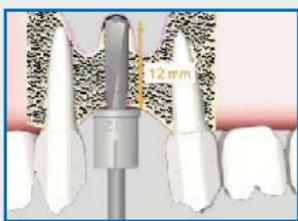
Se si desidera sollevare il pavimento del seno mascellare oltre 2 mm, gli step precedentemente effettuati con la fresa n°2 Chamfered ø 3,0.



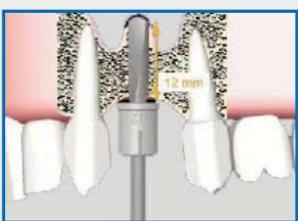
12. Piegamento del pavimento del seno mascellare per 2 mm percorrendo gli step precedentemente descritti da 1 a 8 con la Fresa n° 2 Chamfered ø 3,0.



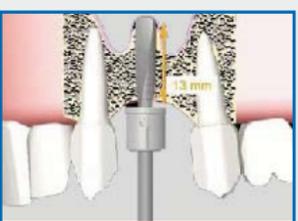
13. Ulteriore passaggio della Fresa n° 2 Chamfered ø 3,0 mm incrementando la misura dello stop di 1 mm rispetto all'ultimo stop (es. 12 mm). L'operatore avvertirà la rottura della corticale con una sensazione di penetrazione nel vuoto.



14. In caso di corticale spessa, la Fresa n° 2 Chamfered ø 3,0 potrebbe non essere sufficiente per arrivare alla rottura della corticale. In tal caso occorrerà un ulteriore fresaggio con la Fresa BreakUp ø 3,0 con lo stesso stop precedentemente utilizzato con la Fresa Chamfered ø 3,0. (es. 12 mm).



15. Alesatura a regime ridotto (100 giri/min) della corticale fratturata utilizzando la Fresa n° 1 Rounded ø 3,0 con lo stesso stop impiegato nella fase di rottura (es. 12 mm).



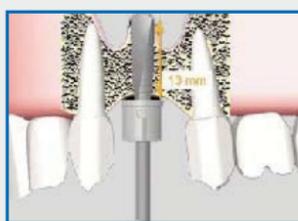
16. Ulteriore alesatura a regime ridotto (100 giri/min) della corticale fratturata sempre con la Fresa n° 1 Rounded ø 3,0 usando uno stop maggiore di 1 mm rispetto all'ultimo stop utilizzato (es. 13 mm). L'alesatura della zona di superamento della corticale sinuosa crea lo spazio necessario per facilitare il successivo inserimento di materiale riempitivo.



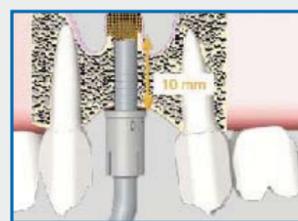
17. Le frese utilizzate per il sollevamento del pavimento del seno mascellare hanno preparato il sito lateralmente per un impianto cilindrico filettato D 3,8. Per inserire impianti di diametro maggiore è necessario ampliare lateralmente il sito implantare utilizzando le altre Frese Rounded del Kit.



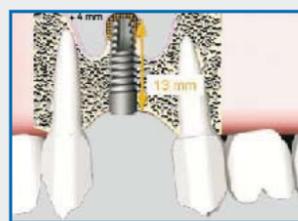
18. Per l'inserimento di impianti di diametro maggiore, ampliare lateralmente il sito implantare in due step operativi: Step A: usando la Fresa n° 4 Rounded ø 3,4 con l'ultimo stop utilizzato al momento della rottura della corticale (es.12 mm).



19. Step B: usando la stessa Fresa Rounded ø 3,4 mm a regime ridotto (100 giri/min) con uno stop maggiore di 1 mm rispetto all'ultimo stop utilizzato (es. 13 mm). Se si desidera ampliare ulteriormente il sito, ripetere i due passaggi (step A e step B) con la Fresa n° 5 Rounded ø 4,0.



20. Utilizzo del compattatore corrispondente al diametro dell'ultima fresa impiegata del Kit Sinus Lift per l'inserimento di collagene e successivamente di osso autogeno e sostituti ossei. Utilizzare il compattatore con lo stop di 2 mm inferiore rispetto a quello impiegato al momento della rottura della corticale (es.10 mm). L'applicazione di uno stop inferiore di 2 mm impedisce l'affondamento del compattatore nello spazio compreso tra la corticale fratturata e la membrana di Schneider.



21. Inserimento dell'impianto (es. Premium Straight D 3,8 / L13,0).

Le immagini del caso clinico sono per gentile concessione del Dr. Giorgio Carusi (Pisa).

Maggiori approfondimenti sulla tecnica M.I.S.E. vengono forniti dal Dr. Giorgio Carusi nei corsi di cui trovate maggiori indicazioni nel calendario a pagg. 22 e 23.

Il Dr. Giorgio Carusi durante un corso sulla tecnica M.I.S.E.



Sistema implantologico Kohno/Premium

Si amplia la gamma delle componenti protesiche

Abutment di diametro 3.30 mm per il riposizionamento esterno della connessione

I pratici abutment in grado di riposizionare esternamente la connessione sono disponibili ora anche per gli impianti di d. 3.30 mm. Questi nuovi abutment, che si affiancano a quelli già disponibili nelle piattaforme d. 3.80 e 4.25 mm, presentano una base in titanio che trasferisce la connessione dall'esagono interno degli impianti a un pratico tronco-cono rovescio, che agevola l'inserimento delle sovrastrutture soprattutto in caso di ricostruzioni estese, multi pilastro, in caso di strutture avvitate.

Gli abutment vengono forniti completi di una cannula calcinabile in PMMA, da utilizzare per la modellazione e la fusione della sovrastruttura. Il serraggio avviene tramite un'unica vite passante, in dotazione agli abutment. Le cannule calcinabili possono essere acquistate anche separatamente.

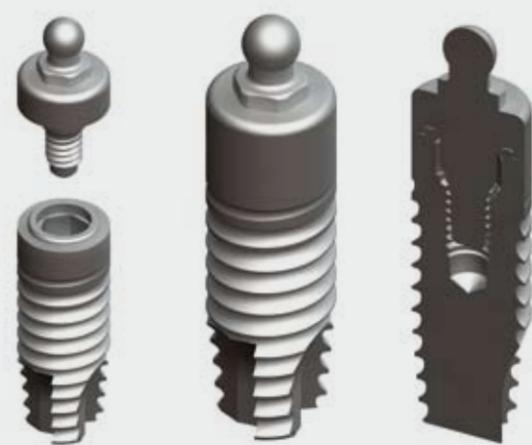


Attacchi sferici di diametro 5.00 mm

Sono ora altresì disponibili anche per la piattaforma di d. 5.00 mm gli attacchi sferici, già a programma nei diametri 3.30, 3.80 e 4.25. L'altezza del collare degli attacchi, nella parte transmucosa, è di 2.00 mm.

Gli attacchi sferici risultano molto pratici per ancorare le protesi totali, e offrono una soluzione semplice a costi contenuti. Vanno avvitati agli impianti direttamente, con una apposita brugola (da acquistare separatamente).

Fra le diverse soluzioni per ancorare la protesi agli attacchi sferici, ricordiamo la disponibilità di pratiche cappette in lega, di cappette in titanio con la possibilità di modulare diversi gradi di resilienza, di un kit di pratici o'ring in gomma naturale e acciaio inox. Per informazioni più complete si vedano i cataloghi dei singoli sistemi implantologici.



Soluzioni protesiche diametro 3.80 mm con profilo di emergenza cilindrico

E' inoltre ora disponibile una serie di componenti protesiche di d. 3.80 mm con profilo di emergenza dritto, non anatomico.

Spesso gli impianti di diametro 3.80 mm vengono utilizzati quando lo spazio fra denti adiacenti è ridotto e non consente l'inserimento di impianti con piattaforme più ampie. In questi casi può essere pratico ricorrere ad una emergenza cilindrica, che non ne aumenta il diametro e consente la realizzazione di corone più contenute.

Qualora si ricorra all'adozione di questi pilastri, devono essere utilizzate le viti transmucose di guarigione e i transfer con il medesimo profilo di emergenza.





il riferimento per l'odontoiatria conservativa

Da oltre 25 anni Bisco, azienda americana specializzata in sistemi di cementazione adesiva, ha sviluppato prodotti innovativi progettati per migliorare il lavoro dei clinici e la soddisfazione dei clienti di tutto il mondo. La visione aziendale, basata sullo sviluppo delle ricerche chimiche del suo fondatore (Dr. Byoung Suh), promuove l'eccellenza e il progresso continuo dell'odontoiatria conservativa. La collaborazione con le più prestigiose istituzioni accademiche e con i migliori professionisti internazionali assicura che i prodotti Bisco rimangano sempre lo standard di riferimento nel settore odontoiatrico. L'elevata qualità è garantita da un processo meticoloso di test clinici e di laboratorio che devono essere completati prima di includere un nuovo prodotto nel programma Bisco. **Sweden & Martina presenta con orgoglio questa nuova esclusiva partnership che va ad impreziosire l'ampio programma di conservativa pre-esistente e che rappresenta il connubio tra due aziende che puntano da sempre sull'innovazione di prodotto associata alla perfetta comprensione e conoscenza dei processi clinici e biologici.** Tutti gli utilizzatori dei prodotti Bisco potranno usufruire inoltre del valore aggiunto di un servizio impeccabile di assistenza e di formazione che da sempre contraddistinguono il programma di "Continuing Dental Education" di Sweden & Martina.

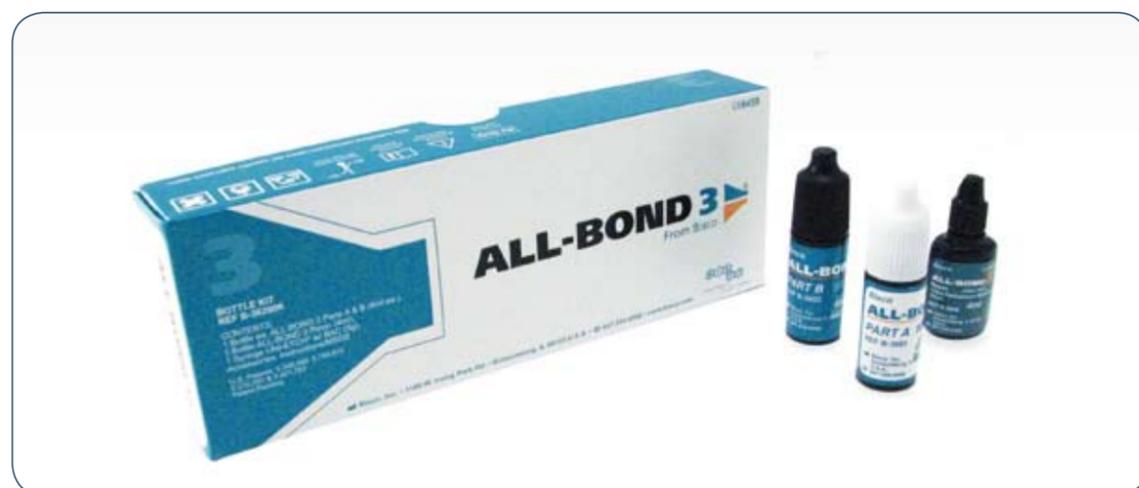
ALL-BOND 3. Tecnologia adesiva

L'ultimo nato della famiglia, fissa un nuovo standard nel campo dell'adesione dentale.

ALL-BOND 3 utilizza una tecnologia brevettata che porta le procedure adesive a mordenzatura totale ad un nuovo livello di performance, garantendo agli utilizzatori procedure semplificate unitamente a valori di adesione sempre maggiori e sigilli adesivi sempre più resistenti nel tempo.

Vantaggi unici per l'utilizzatore

- **Compatibile con materiali auto e fotopolimerizzabili (molti adesivi presenti sul mercato non possono essere usati (o necessitano di un attivatore specifico) in combinazione con materiali auto polimerizzabili (pH troppo acido).**
- **Bastano solo 1-2 strati di componente A&B per creare uno spessore ancora più uniforme dell'adesivo, riducendo il tempo di applicazione.**
- **La formulazione a base di Etanolo permette di avere una minore dipendenza dei risultati dall'umidità dell'ambiente orale, garantendo la predicibilità e ripetibilità.**
- **La resina ALL-BOND 3 è priva di monomeri HEMA per un'adesione ancor più idrofobica che previene il degrado del sigillo adesivo nel tempo.**
- **ALL-BOND 3 è l'unico sistema adesivo radiopaco visibile chiaramente nelle radiografie.**



Cavity Cleanser

Soluzione al 2% di Clorexidina Digluconato per la detersione e la disinfezione delle cavità da utilizzare prima del completamento della preparazione del dente o della mordenzatura precedente la chiusura dei tubuli dentinali. La detersione delle cavità con la rimozione di residui e batteri diminuirà la sensibilità post operativa. La Clorexidina è un provato agente antibatterico del cavo orale.



Il Prof. Lorenzo Breschi e il Dr. Byoung Suh, Presidente di Bisco Inc. ospiti di Sweden & Martina



SINTlife nuova formulazione: pasta ad alta viscosità "Putty"

SINTlife, il biomateriale di idrossiapatite con ioni di magnesio in siringa prodotto da Finceramica e distribuito con successo da Sweden & Martina, viene ora proposto in una nuova formulazione, tipo "Putty", pasta ad alta viscosità, facile da modellare e stabilizzare nella cavità, senza necessità di mescola con prodotti in granuli e senza colare.

SINTlife è un prodotto di notevole successo ed efficacia; grazie alla composizione estremamente simile a quella dell'osso naturale, costituisce il terreno ideale per favorire la crescita di nuovo tessuto osseo, agendo con la sua morfologia da supporto al tessuto neoformato.

La componente chimico-fisica e la morfologia nanocristallina lo rendono altamente osteoconduttivo nonché altamente biocompatibile. Tra i numerosi studi che ne evidenziano l'efficacia, ricordiamo una pubblicazione apparsa sul N° 4 Vol. 80/2009 di Journal of Periodontology, relativa ad uno studio sperimentale effettuato dal Dr. Roberto Crespi, DDS e dal team del Prof. Gherlone (*Magnesium-Enriched Hydroxyapatite Versus Autologous Bone in Maxillary Sinus Grafting: Combining Histomorphometry With Osteoblast Gene Expression Profiles In Vivo*, Roberto Crespi, Elisabetta Mariani, Elisa Benasciutti, Paolo Capparè, Simone Cenci and Enrico Gherlone) sull'uso di SINTlife in rialzo di seno.

Lo studio ha comparato l'esito istologico e istomorfometrico dell'impiego del SINTlife rispetto all'uso di osso autologo. È stato anche analizzato il profilo dell'espressione genica in

PUTTY
Pasta ad alta viscosità



vivo. I campioni prelevati sono stati sottoposti a valutazione sia istologica che istomorfometrica e statistica.

Tali analisi hanno rivelato che il volume osseo rigenerato era equivalente nei due casi, sebbene i campioni del gruppo controllo presentassero una quantità maggiore di osso vitale (= tessuto osseo mineralizzato e vascolarizzato) rispetto ai campioni del gruppo test, che presentavano una percentuale maggiore di osso non vitale (tessuto osseo mineralizzato ma che presenta al suo interno delle lacune osteocitarie). Per comprendere meglio questo dato, sono state condotte delle analisi del profilo dell'espressione genica per studiare più approfonditamente il potenziale del SINTlife a livello biomolecolare, per comprenderne

la capacità di indurre la formazione ossea, di potenziare l'attività osteoblastica e di regolare l'attività osteoclastica e la differenziazione cellulare. Il risultato è che il SINTlife presenta un'attività di formazione ossea simile o addirittura superiore, insieme ad una ridotta attività osteoclastica, rispetto al materiale autologo, generando così valori totali di volume osseo neoformato equivalente a quello dell'osso nativo. Questo dato è sicuramente importante e da sottolineare per la sua valenza clinica.

La nuova formulazione ora associa alla comprovata efficacia ad una maggiore facilità operativa di utilizzo, che rende il posizionamento più semplice e veloce, anche in presenza di sangue.

Resina SUN

Utilizzo nelle procedure di implantologia

Durante la procedure di presa dell'impronta, quando i transfer sono in numero maggiore o uguale a due, è sempre opportuno collegare rigidamente tra di loro i transfer per ridurre al minimo i movimenti durante le fasi di trasporto e di colatura. Per collegare i transfer viene solitamente utilizzata una resina liquida polimerizzabile (ne esistono in commercio vari modelli di marche diverse) [che presenta alcuni limiti significativi: COLATURA DELLA RESINA, LUNGI TEMPI DI INDURIMENTO e SAPORE SGRADITO.](#)



In alternativa proponiamo l'utilizzo della resina Sun, prodotta e distribuita da Sweden & Martina, che è utilizzata con successo nel vasto programma di corsi di implantologia dell'azienda e che rispetto alle resine non riempite presenta i seguenti vantaggi:

DUALE, NON SERVE FOTOPOLIMERIZZARE IL PRODOTTO

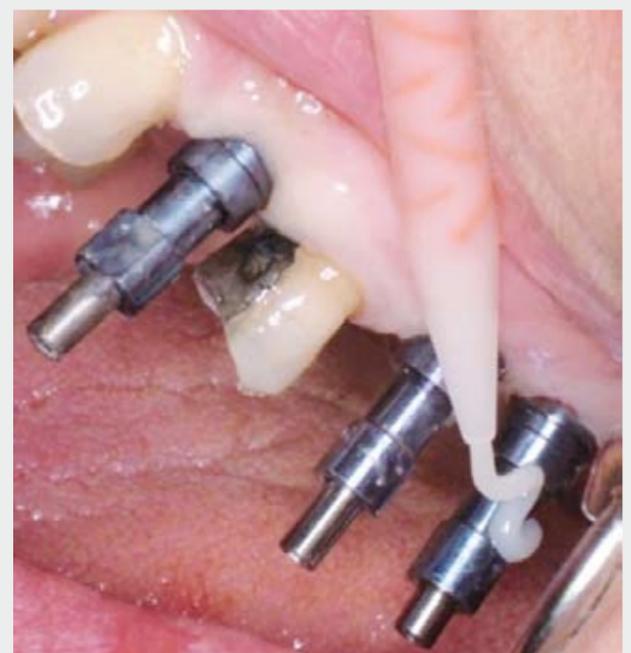
NON COLA

VELOCE NELLA POLIMERIZZAZIONE

RIDOTTA CONTRAZIONE DA POLIMERIZZAZIONE

INSAPORE

Grazie alle sue caratteristiche il prodotto risulta pertanto ideale per le procedure di presa di impronta in implantologia, oltre che per la creazione di ponti e corone provvisori direttamente alla poltrona.



* Immagini per gentile concessione Dr. Marco Csonka, Palermo

Parlano di noi



Il Dr. Luigi Canullo durante la sua presentazione al recente 18° Congresso Internazionale EAO di Montecarlo

Si è svolto nei giorni 1, 2 e 3 ottobre 2009 a Montecarlo il **18° Congresso Scientifico Annuale dell'EAO (European Association for Osseointegration)**. Il Congresso, come nelle precedenti occasioni, ha riscontrato un notevole successo di pubblico, e ha visto l'alternarsi di oratori illustri che hanno affrontato vari temi di attualità in implantoprotesi.

Le diverse sessioni hanno affrontato temi relativi alla gestione delle complicanze implantari, ai metodi e tempi per la gestione dei tessuti molli e dei provvisori, alle applicazioni cliniche di nuove tecnologie, al confine fra parodontologia e implantologia.

Nell'ambito delle sessioni riservate alle Short Oral Communications, il **Dr. Luigi Canullo** ha brillantemente presentato il lavoro realizzato presso l'**Università di Bonn** insieme al Dr. G. Iannello, con la coordinazione del Prof. S. Jepsen, dal titolo **"Matrix-metallorproteinas e bone loss at implants restored according to the platform switching concept: a randomized controlled trial on the influence of different mismatching"**.

Il lavoro verteva sulla correlazione clinica fra le metalloproteinas dei liquidi sulculari (mediatori della degradazione tissutale) e la rimodellazione ossea perimplantare in presenza di tecnica switching platform con diversi mismatching.

In 80 pazienti sono stati inseriti 80 impianti Global (Sweden & Martina) in siti edentuli della mascella posteriore. I pazienti sono stati divisi in 4 gruppi secondo un protocollo di randomizzazione controllata:

- Gruppo Controllo: impianti di diametro 3.8mm
 - Gruppo Test 1: impianti di diametro 4.3mm
 - Gruppo Test 2: impianti di diametro 4.8mm
 - Gruppo Test 3: impianti di diametro 5.5mm
- Per ogni gruppo sono stati inseriti 20 impianti

Tutti gli impianti sono stati caricati a 2 mesi usando lo stesso abutment di diametro 3.80mm, creando nel Gruppo Controllo nessun gap orizzontale tra impianto ed abutment ed un mismatching via via crescente di 0.25 (Gruppo Test 1), 0.50 (Gruppo Test 2) e 0.85mm (Gruppo Test 3)

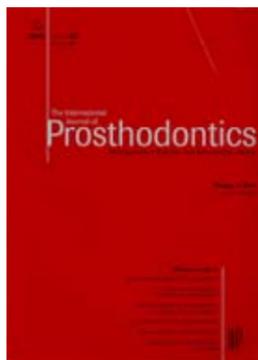
Tutti i siti sono stati controllati valutando radiograficamente i livelli ossei al momento dell'inserzione, a due mesi (tempo del carico) e ogni 6 mesi per 36 mesi. All'ultimo follow-up radiografico, sono stati prelevati campioni di liquido sulcolare per la misurazione delle aMMP-8 (Activated Matrix Metalloproteinasi).

Alla conclusione dello studio, tutti gli impianti monitorati sono risultati osteointegrati. L'analisi radiografica ha dimostrato che **esiste una correlazione inversa del riassorbimento osseo rispetto al mismatching implantare: maggiore è il mismatching, minore è il livello di riassorbimento**. L'analisi aMMP-8 non ha evidenziato nessuna correlazione significativa tra i vari gruppi, dimostrando che **il platform switching è una tecnica protesica sicura sotto il profilo dell'infiammazione parodontale, anche dopo 3 anni di carico masticatorio**.

Chi desiderasse leggere l'abstract del lavoro presentato dal Dr. Canullo, può trovarlo in *Clinical Oral Implants Research*, 20 (9), Settembre, 2009: 873-874.

Recensioni

Canullo L., Goglia G., Iurlaro G., Iannello G., **Short term bone level observations associated with platform switching in immediately placed and restored single maxillary implants: a preliminary report**, *International Journal of Prosthodontics* 2009; 22:277-282



Obiettivo dello studio è stata la **valutazione del livello osseo** perimplantare intorno ad **impianti post-estrattivi immediati** posizionati in mascella e sottoposti a **carico immediato con tecnica switching platform**. Immediatamente dopo l'estrazione di denti con prognosi infausta, sono stati inseriti **22 impianti** (Global, diam. 5.50 mm) in altrettanti pazienti. In 11 pazienti (gruppo test) sono stati collegati agli impianti dei pilastri in titanio di diametro 3.80 mm, determinando, quindi, un switching protesico di connessione. Nei rimanenti 11 pazienti (gruppo controllo) sono stati posizionati invece dei pilastri di diametro 5.50 mm, coerenti con il diametro di connessione implantare. Su tutti gli impianti è stata adattata una corona provvisoria non funzionale.

A distanza di due mesi, le corone provvisorie sono state sostituite dalle corone definitive. È stato addestrato un osservatore indipendente per eseguire i controlli al momento dell'inserimento implantare, a distanza di 2 mesi, ovvero al momento del carico con corone definitive, e poi ogni 6 mesi. Si è seguito il follow-up implantare sino a 25 mesi. I controlli eseguiti includevano:

- Radiografie periapicali
- Profondità delle tasche al sondaggio
- Sanguinamento al sondaggio
- Indice di placca modificato, sia sugli impianti che sui primi denti prossimali

È stato usato un software di analisi delle immagini per confrontare le altezze ossee a livello distale e mesiale. Al termine del follow-up **tutti gli impianti risultavano osteointegrati**. Il gruppo test mostrava un livello di riduzione ossea di 0.30 mm, minore del gruppo controllo (1.19 mm). Tale differenza era statisticamente significativa ($p < 0.005$).

Gli autori concludono che la **tecnica di switching platform**, in restauri immediati di impianti singoli in siti mascellari, **è in grado di fornire stabilità a livello di osso alveolare peri-implantare**. Per chi fosse interessato alla lettura integrale di questo interessante articolo, è disponibile il testo completo in Italiano sulla Rivista Internazionale di Odontoiatria Protesica, Edizione Italiana, 2009, (22)3, pagg. 277-282.

Briguglio F., Sidoti Pinto G.A., Lapi M., Zappia D., Briguglio R., **Valutazione clinico comparativa sull'utilizzo di un copolimero dell'acido poliglicolico e polilattico nel sinus lift**, *Implantologia* 2009; 1:9-14



Scopo del lavoro era la **verifica dell'efficacia rigenerativa di un materiale da innesto** per il sinus lift a base di PLGA, comparandone nell'uso con una miscela di osso autologo-eterologo. Lo studio è stato condotto su 20 pazienti, di cui 10 trattati con PLGA (gruppo test) e 10 trattati con materiale autologo-eterologo (gruppo controllo).

La procedura chirurgica prevedeva il **rialzo di seno con accesso antrale laterale, posizionamento del materiale da innesto e contestuale inserimento di impianti**. Sono stati inseriti complessivamente **48 impianti** (Stark-D e Premium, Sweden & Martina).

Al momento del **carico protesico (6 mesi)** si è perso un impianto in un sito trattato con osso autologo-eterologo che però presentava una distanza cresta-pavimento inferiore a 5 mm (atrofia di tipo SA4 secondo Misch). Gli altri impianti risultavano perfettamente integrati. **A 12 mesi il controllo radiografico mostrava completo riempimento della cavità antrale e assenza di radio trasparenza perimplantare**, dimostrando l'efficacia del PLGA come materiale da innesto.

Questo studio riconferma al tempo stesso che la tecnica di grande rialzo di seno con contestuale inserimento degli impianti in pazienti con cresta residua compresa fra 5 e 7 mm (classe SA3 di Misch) è predicibile, nel rispetto dei necessari tempi di guarigione.

Maiorana C., Cicciù M., Beretta M., Andreoni D., **Risultati del trattamento con carico funzionale precoce su protesi Toronto dopo il posizionamento di impianti in siti post-estrattivi: un caso clinico**, Journal of Osseointegration, 2009; Aug 2(1): 95-100



La pubblicazione descrive un caso clinico in cui è stata scelta una procedura impianto-protetica con **protesi avvitata di tipo Toronto e carico funzionale precoce** su impianti Global **postestrattivi**.

Fra i **vantaggi del carico immediato precoce di tipo funzionale** si annoverano:

- Ripresa della funzione masticatoria più celere
- Riduzione della necessità di una protesi provvisoria prima del carico finale
- Migliore estetica delle riabilitazioni.

Nel caso descritto, un paziente di 46 anni si è presentato alla valutazione con la richiesta di una terapia riabilitativa a livello mandibolare. Gli elementi dentali residui presentavano alto grado di mobilità legata ad avanzata malattia parodontale. In accordo con il paziente, sono stati estratti i denti compromessi e sono stati posizionati impianti **immediati post-estrattivi del tipo Global** (Sweden & Martina) d. 4.30 x h. 13 mm. Tutti gli impianti sono stati inseriti in area interforaminale. Agli impianti sono stati avvitati monconi provvisori in titanio a 20 Ncm. È stata rilevata un'impronta con dentatura guida in perfetta posizione oclusale. Tale impronta ha consentito al laboratorio di costruire una protesi avvitata controllando accuratamente la distribuzione dei contatti oclusali su tutti gli elementi. Tale protesi provvisoria è stata consegnata al paziente entro 6 ore dall'intervento. A distanza di tre mesi è stata posizionata la protesi definitiva. Al controllo eseguito **a 18 mesi dal carico definitivo gli impianti erano perfettamente integrati e i tessuti ben conservati**.

Canullo L., Patacchia O., Sisti A., Heinemann F., **Implant restoration 3 moths after one stage sinus lift surgery in severely resorbed maxillae: 2 year results on a multi center prospective clinical study**, Approved for publication, Clinical Implant Dentistry



Questo studio clinico ha valutato la **sopravvivenza, la stabilità implantare e il riassorbimento osseo peri-implantare in 30 casi di rialzo di seno** eseguiti con accesso antrale laterale e utilizzo di idrossiapatite nanocristallina, durante il quale sono stati inseriti un totale di **67 impianti** d. 5.50 mm (Global, Sweden & Martina) **caricati a 2 settimane** con concetto di **switching platform**. La stabilità implantare è stata misurata tramite analisi della frequenza di risonanza con l'OSSTELL, il riassorbimento osseo tramite immagini radiografiche e un opportuno software di analisi delle immagini. A 24 mesi di follow-up, la sopravvivenza implantare era del 97%. La stabilità implantare (ISQ) era significativamente diversa al momento dell'inserzione, al momento del carico, dopo due settimane e al termine del follow-up. Al termine del periodo di osservazione, la misurazione verticale dell'osso a seguito della rigenerazione era di 13,75 mm (mean, SD 1.3 = mm), con un **recupero medio di 11 mm rispetto alla situazione iniziale**.

Gli autori concludono che le condizioni critiche affrontate da questo protocollo, quali:

- scarsa altezza di osso residuo,
 - carico precoce,
 - scelta di non utilizzare membrane,
- sono state agevolmente superate con un buon successo clinico in questo studio, che ha posto estrema attenzione:
- ai criteri di inclusione dei pazienti,
 - alla scelta di impianti con idoneo trattamento superficiale a tutta altezza,
 - all'utilizzo di un idoneo materiale da innesto,
 - a una procedura chirurgica meticolosa,
 - ad un attento monitoraggio parodontale,
 - ad un accurato follow-up protesico.

Focus sulla ricerca

In anteprima

Caneva M., Salata L.A., Scombatti de Souza S., Baffone G., Lang N.P., Botticelli D., **Influence of implant positioning in extraction sockets on osseointegration. An experimental study in dogs**, Accepted for publication, Clinical Oral Implants Research



Questa **ricerca sperimentale nei cani**, che il Dr. Daniele Botticelli ha presentato in anteprima al recente X Congresso di Osteointegrazione Premium Day ad Abano Terme, ha valutato **l'influenza della posizione di inserimento degli impianti nei siti post-estrattivi**. Gli impianti (Premium, Sweden & Martina, superficie ZirTI) sono stati inseriti in siti post-estrattivi in mandibola di 6 cani labrador: nel gruppo test sono stati posizionati più profondi e più linguali, nel gruppo controllo sono stati posizionati al centro dell'alveolo.

Il lavoro mostra efficacemente come il rimodellamento della cresta avvenga in maniera assimilabile nei due casi. La diversa posizione di inserimento fa però sì che l'impianto in posizione più profonda e più linguale mantenga nel tempo un maggior contatto con l'osso rispetto a quello inserito centralmente rispetto all'alveolo.

Il **BIC** riscontrato a 8 settimane negli impianti così posizionati era del **62.2%** (valore medio), la percentuale di osso mineralizzato era 66.3%. Il consiglio degli autori è pertanto che nella clinica **gli impianti post-estrattivi vengano posizionati un millimetro sotto il livello della cresta ossea e più linguali rispetto al centro dell'alveolo**.

Rigenerazione ossea e tissutale

Vogliamo segnalarvi due nuove iniziative di ricerca, recentemente avviate con il contributo e il sostegno di Sweden & Martina.

I Biomateriali nella rigenerazione ossea guidata, con particolare attenzione all'idrossiapatite e al ruolo svolto da PLINEST FAST nella rigenerazione dei tessuti mucosi

Presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Magna Grecia di Catanzaro è stato avviato un protocollo di ricerca con la collaborazione del **Dr. M. M. Figliuzzi** (Docente di Parodontologia presso il corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentale), sotto l'egida del **Prof. L. Fortunato** e la direzione del **Prof. Mario Giudice** (Direttore della Scuola di Specializzazione in chirurgia Maxillo Facciale).

Questo studio si propone di sviluppare, dopo un'attenta selezione dei pazienti e dei difetti da trattare, le potenzialità dell'idrossiapatite e del Plinest Fast ed il loro comportamento biomimetico, attraverso l'esecuzione dei trattamenti chirurgici più idonei alla risoluzione delle patologie che più frequentemente portano ad alterazioni morfofunzionali dei tessuti di sostegno dei denti, con particolare riguardo alle terapie rigenerative ossee.

Chirurgia

CA492G SERATA: LA CHIRURGIA ORALE AMBULATORIALE: CRITERI PER LA CORRETTA PIANIFICAZIONE ED ESECUZIONE DELL'INTERVENTO

1 dicembre 2009 VARESE
Alessandro Di Marco, Jason Motta Jones

CA493 CHIRURGIA ORALE AMBULATORIALE

14 maggio 2010 VARESE
Alessandro Di Marco, Jason Motta Jones

Conservativa

CC042 LA STRATIFICAZIONE DEGLI ANTERIORI: COME CREARE LA GIUSTA ILLUSIONE

19 dicembre 2009 ROMA
Enzo Lamorgese

CORSO TEORICO DI CONSERVATIVA

5 febbraio 2010 MILANO
Lorenzo Breschi

CORSO TEORICO DI CONSERVATIVA

6 febbraio 2010 BOLOGNA
Lorenzo Breschi

MODERNI ORIENTAMENTI PER I RESTAURI DENTALI CON MATERIALI ESTETICI

13 febbraio 2010 BOLOGNA
Adriano Dallari

MODERNI ORIENTAMENTI PER I RESTAURI DENTALI CON MATERIALI ESTETICI

6 marzo 2010 MILANO
Adriano Dallari

MODERNI ORIENTAMENTI PER I RESTAURI DENTALI CON MATERIALI ESTETICI

20 marzo 2010 NAPOLI
Adriano Dallari

MODERNI ORIENTAMENTI PER I RESTAURI DENTALI CON MATERIALI ESTETICI

17 aprile 2010 TORINO
Adriano Dallari

MODERNI ORIENTAMENTI PER I RESTAURI DENTALI CON MATERIALI ESTETICI

15 maggio 2010 REGGIO
Adriano Dallari

MODERNI ORIENTAMENTI PER I RESTAURI DENTALI CON MATERIALI ESTETICI

12 giugno 2010 COSENZA
Adriano Dallari

MODERNI ORIENTAMENTI PER I RESTAURI DENTALI CON MATERIALI ESTETICI

19 giugno 2010 DUE CARRARE (PD)
Adriano Dallari

Endodonzia

CF450 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

20 novembre 2009 DUE CARRARE (PD)
Piero Alessandro Marcoli

CF452 CORSO TEORICO - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE. L'USO DEL NICHEL TITANIO NEI RITRATTAMENTI. CENNI DI CHIRURGIA ENDODONTICA

21 novembre 2009 ROMA
Vino Malagnino

CF451 CORSO TEORICO DI ENDODONZIA - IL TRATTAMENTO ENDODONTICO-CONSERVATIVO DEL DENTE GRAVEMENTE COMPROMESSO

21 novembre 2009 TRIESTE
Piero Alessandro Marcoli

CF414 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

27 novembre 2009 CASTEL MELLA (BS)
Piero Alessandro Marcoli

CF415 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

28 novembre 2009 TORINO
Piero Alessandro Marcoli

CF444 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

4 dicembre 2009 MILANO
Vino Malagnino

CF448 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA - LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE

5 dicembre 2009 CASERTA
Vino Malagnino

CF455 CORSO TEORICO PRATICO DI ENDODONZIA

19-20 febbraio, 26-27 marzo, 23-24 aprile 2010, 28-29 maggio 2010 SIECI (FI)
Andrea Gesi

CF456 CORSO TEORICO DI ENDODONZIA

20 febbraio 2010 BERGAMO
Piero Alessandro Marcoli

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

5 marzo 2010 ROMA
Vino Malagnino

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

6 marzo 2010 PALERMO
Vino Malagnino

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

12 marzo 2010 PESARO
Piero Alessandro Marcoli

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

13 marzo 2010 BOLOGNA
Piero Alessandro Marcoli

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

21 maggio 2010 GENOVA
Piero Alessandro Marcoli

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

21 maggio 2010 ROMA
Vino Malagnino

LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE E L'OTTURAZIONE CON L'ONDA CONTINUA DI CONDENSAZIONE

3 luglio 2010 GROSSETO
Andrea Gesi

CF456 CORSO TEORICO PRATICO DI ENDODONZIA

24-25 settembre, 15-16 ottobre, 19-20 novembre 2010 TODI (PG)
Andrea Gesi

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

29 ottobre 2010 NAPOLI
Piero Alessandro Marcoli

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

30 ottobre 2010 ROMA
Piero Alessandro Marcoli

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

13 novembre 2010 MILANO
Piero Alessandro Marcoli

LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE E L'OTTURAZIONE CON L'ONDA CONTINUA DI CONDENSAZIONE

4 dicembre 2010 PISA
Andrea Gesi

Implantologia

CA479 CORSO TECNICA M.I.S.E. - MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE

20 novembre 2009 CATANIA
Giorgio Carusi

CA487 CORSO TECNICA M.I.S.E. - MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE

21 novembre 2009 VARESE
Giorgio Carusi

CA508G SERATA - CHIRURGIA SOSTITUTIVA DELL'ARCATA DENTARIA

23 novembre 2009 ROMA
Ugo Covani, Paolo Viganò

CA480 CORSO TECNICA M.I.S.E. - MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE

27 novembre 2009 ROMA
Giorgio Carusi

CA506 CORSO DI IMPLANTOPROTESI CON LIVE SURGERY

27-28 novembre 2009, 15-16 gennaio, 12-13 febbraio, 19-20 marzo 2010 VILLA BARTOLOMEA (VR)
Alberto Becattelli, Leonello Biscaro, Luca Landi, Massimo Soattin

CA454 CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE

27-28 novembre 2009, 29-30 gennaio, 26-27 febbraio 2010 BOLOGNA
Agostino Scipioni

CA481 CORSO TECNICA M.I.S.E. - MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE

28 novembre 2009 BARI
Giorgio Carusi

CA469 LA NUOVA FRONTIERA - L'INNOVAZIONE IN ODONTOIATRIA (SESSIONE ODONTOIATRI)

4-5 dicembre 2009 LIDO DI CAMAIORE (LU)
Relatori vari

CA510 CORSO DI IMPLANTOLOGIA CHIRURGICA E PROTESICA

4-5 dicembre 2009, 22-23 gennaio, 19-20 febbraio 2010 PALERMO
Marco Csonka

CA482 CORSO TECNICA M.I.S.E. - MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE

11 dicembre 2009 FIRENZE
Giorgio Carusi

CA456 CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE E IMPLANTOPROTESI

11-12 dicembre 2009, 5-6 febbraio 2010, 26-27 febbraio 2010 ROMA
Giovanni B. Bruschi

CA511G NUOVI ORIENTAMENTI IN IMPLANTOLOGIA ESTETICA E RIGENERATIVA

12 dicembre 2009 PALERMO
Marco Csonka

CA468 CORSO PRATICO SU TESSUTI ANIMALI DI IMPLANTOLOGIA AVANZATA

18-19 gennaio 2010 DUE CARRARE (PD)
Marco Csonka

CA485 CORSO DI PROTESI FISSA SU IMPIANTI PER MEDICI E ODONTOTECNICI

29-30 gennaio 2010, 12-13 febbraio 2010 ROMA
Fabrizio Bravi, Antonello Di Felice

CA491 CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE	12 e 13 febbraio, 12 e 13 marzo, 16 e 17 aprile, 21 e 22 maggio 2010	ROMA
Agostino Scipioni		
CORSO TECNICA M.I.S.E. - MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE	13 febbraio 2010	DUE CARRARE (PD)
Giorgio Carusi		
CA504 CORSO TEORICO - MODERNO APPROCCIO ALLA TERAPIA IMPLANTARE. CORSO DI INTRODUZIONE ALL'IMPLANTOLOGIA	19-20 febbraio 2010	DUE CARRARE (PD)
Ferruccio Barazzutti		
CA472 CORSO DI IMPLANTOPROTESI	19-20 febbraio, 12-13 marzo, 23-24 aprile 2010	ROMA
Gaetano Calesini		
CA490 LA RIABILITAZIONE IMPLANTO-PROTESICA DEL MASCELLARE	12-13 marzo, 7-8 maggio, 11-12 giugno 2010	LIDO DI CAMAIORE (LU)
Ugo Covani, Giovanni B. Bruschi		
CA497 CORSO DI CHIRURGIA E PROTESI IMPLANTARE	19-20 marzo, 16-17 aprile, 14-15 maggio, 11-12 giugno 2010	PESARO
Giovanni B. Bruschi, Ivo Agabiti		
CORSO TECNICA M.I.S.E. - MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE	27 marzo 2010	MILANO
Giorgio Carusi		
CA461 CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE	9-10 aprile 2010, 4-5 giugno 2010, 18-19 giugno 2010	CONVERSANO (BA)
Agostino Scipioni		
CORSO TECNICA M.I.S.E. - MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE	16 aprile 2010	BOLOGNA
Giorgio Carusi		
CORSO TECNICA M.I.S.E. - MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE	17 aprile 2010	VERONA
Giorgio Carusi		
CA498 CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE E IMPLANTOPROTESI	23-24 aprile, 21-22 maggio, 18-19 giugno 2010	ROMA
Giovanni B. Bruschi		
CORSO TEORICO DI CHIRURGIA IMPLANTARE	7-8 maggio 2010	BOLOGNA
Agostino Scipioni		
CORSO TECNICA M.I.S.E. - MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE	22 maggio 2010	PESARO
Giorgio Carusi		
CORSO TECNICA M.I.S.E. - MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE	12 giugno 2010	COSENZA
Giorgio Carusi		

Ortodonzia

CE241 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA	21 novembre 2009	BARI
Gianni Manes Gravina		
CE234 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA	21 novembre 2009	CINISELLO BALSAMO (MI)
Gaetano Ierardo		
CE235 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA - LIV. AVANZATO	28 novembre 2009	ROMA
Antonella Polimeni, Gaetano Ierardo, Gianni Manes Gravina		
CE230 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA E INTERCETTIVA	12 dicembre 2009	ROMA
Gianni Manes Gravina		

Medicina estetica

CI136 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. PRIMO	21 novembre 2009	NAPOLI
Stefania Bizzarri		
CI128 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. PRIMO	27 novembre 2009	ROMA
Andrea Corbo		
CI137 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. BASE	28 novembre 2009	CATANIA
Lo Faro		
CI121 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. BASE	28 novembre 2009	MILANO
Rosa Maria Gobbi		
CI132 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. BASE	3 dicembre 2009	GENOVA
Stefania Bizzarri		
CI138G SERATA - INTRODUZIONE ALLA MEDICINA ESTETICA	3 dicembre 2009	MILANO
Walter Pavanello, Valentina Castellan		
CI129 I FILLER: TECNICHE DI IMPIANTO NEGLI INESTETISMI DEL VISO - LIV. BASE	11 dicembre 2009	ROMA
Stefania Bizzarri		

Laser

CD500 CORSO SUL CORRETTO UTILIZZO DEL LASER A DIODI IN ODONTOIATRIA	20 novembre 2009	CAGLIARI
Pietro Odorisio		
CD495 NUOVE PROCEDURE IN RIGENERAZIONE OSSEA LASER ASSISTITE	20 novembre 2009	GENOVA
Luca Lancieri		
CD497G CORSO SUL CORRETTO UTILIZZO DEL LASER A DIODI ED ERBIUM IN ODONTOIATRIA	27 novembre 2009	BRESCIA
Giuseppe Iaria		
CD494 CORSO SUL CORRETTO UTILIZZO DEL LASER A DIODI ED ERBIUM IN ODONTOIATRIA	28 novembre 2009	LECCE
Giuseppe Iaria		
CD499 IL MICROSCOPIO OPERATORIO NELLA PRATICA QUOTIDIANA	28 novembre 2009	PORDENONE
Lucio Della Toffola, Dimitri Zane		
CD502 CORSO SUL CORRETTO UTILIZZO DEL LASER A DIODI IN ODONTOIATRIA	3 dicembre 2009	BRESCIA
Giuseppe Iaria		

Odontotecnici

CH099 LA NUOVA FRONTIERA: L'INNOVAZIONE IN ODONTOIATRIA - SESSIONE ODONTOTECNICI	4 dicembre 2009	LIDO DI CAMAIORE (LU)
Relatori Vari		
CA473 CORSO DI IMPLANTOPROTESI PER ODONTOTECNICI	26-27 febbraio 2010	ROMA
Roberto Canalis		

Igienisti

CA470 LA NUOVA FRONTIERA: L'INNOVAZIONE IN ODONTOIATRIA - SESSIONE IGIENISTI	4 dicembre 2009	LIDO DI CAMAIORE (LU)
Relatori vari		

Assistenti

CA471 LA NUOVA FRONTIERA: L'INNOVAZIONE IN ODONTOIATRIA - SESSIONE ASSISTENTI	4 dicembre 2009	LIDO DI CAMAIORE (LU)
Relatori vari		

Parodontologia

RIABILITAZIONE IMPLANTO-PROTESICA DEL PAZIENTE PARODONTALMENTE COMPROMESSO, CON PARTICOLARE ENFASI SUGLI ASPETTI DI TERAPIA PARODONTALE	29 marzo 2010	DUE CARRARE (PD)
Leonardo Trombelli, Mariano Sanz		

Per maggiori informazioni in merito ai programmi, accreditamento ECM, orari e sedi contattare il numero verde 800-010789 o visitare il sito www.sweden-martina.it sezione corsi ed eventi.


sweden & martina
ContinuingDentalEducation

echo

Ponti implantari personalizzabili



L'Echo Direct Bridge è un ponte implantare personalizzabile, basato sulla tecnologia Cad/Cam, che consente di realizzare soluzioni avvitate direttamente alle connessioni implantari, senza necessità di abutment intermedi, con elevatissimi risultati estetici e funzionali. IL DIRECT BRIDGE SI ADATTA PERFETTAMENTE ALLE PIATTAFORME IMPLANTARI, SFRUTTANDO L'APPOGGIO FLAT-TO-FLAT, SENZA INGAGGIARNE LE CONNESSIONI.

Prossimamente tramite la tecnica Direct Bridge sarà possibile produrre anche strutture avvitate sugli abutment P.A.D. (Protesi Avvitata Disparallela).

VANTAGGI IMMEDIATI

PERFETTA ADATTABILITÀ E PRECISIONE

NOTEVOLE RISPARMIO NEI TEMPI DI LAVORAZIONE E MANODOPERA

DISPOSITIVI ESTREMAMENTE BIOCOMPATIBILI

RESISTENZA ECCEZIONALE, ASSENZA DI DISTORSIONI E DIFETTI

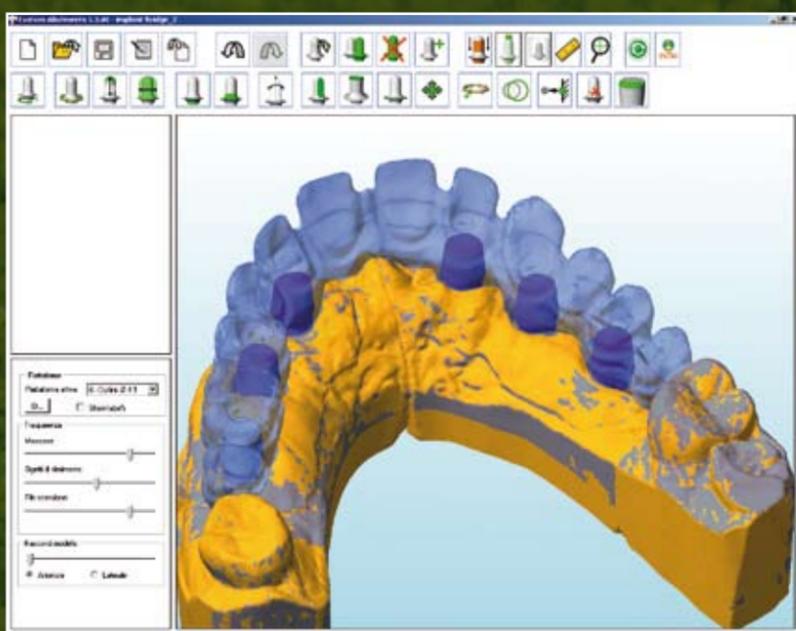
MASSIMA PERSONALIZZAZIONE DELLA STRUTTURA PER UN RISULTATO ESTETICO OTTIMALE

LA PIANIFICAZIONE ELIMINA LE FASI DI PROVA RIDUCENDO I TEMPI DELLE SEDUTE

FRESATURA DI PRECISIONE INDUSTRIALE

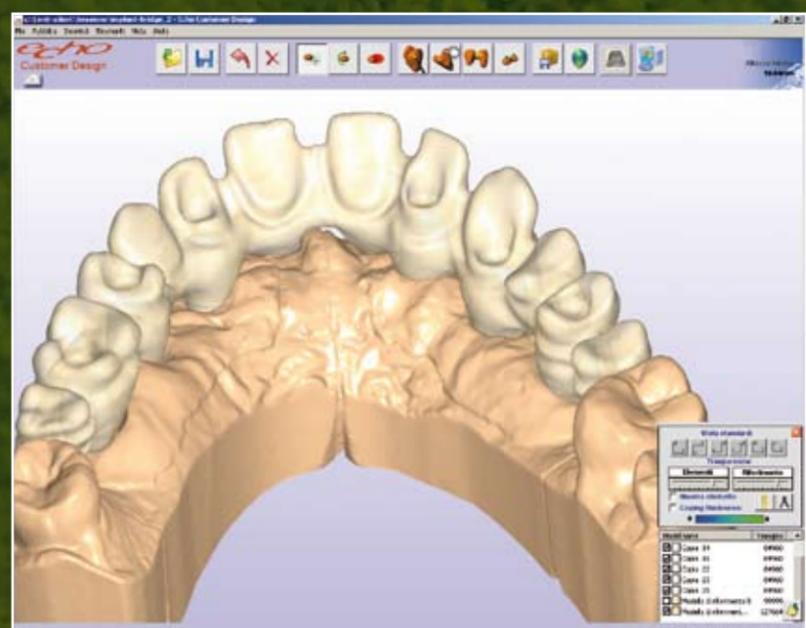
DISPONIBILE PER ARCATA COMPLETE

Nuova release software



- DISEGNO E PROGETTAZIONE DIRECT BRIDGE IN OSSIDO DI ZIRCONIO, TITANIO BIOMEDICALE, CROMO COBALTO SPECIFICO PER LAVORAZIONE CAD/CAM (FRESAGGIO) E PMMA
- FUSIONE WAX UP DISPONIBILE ANCHE PER LA MODELLAZIONE ABUTMENT
- SETTING INDIVIDUALI E SLIDER DI REGOLAZIONE FIT PER SINGOLO ELEMENTO DENTALE

Gli specialisti Cad/Cam di Sweden & Martina sono sempre a disposizione per sessioni di scolarizzazione e assistenza da remoto in aggiunta all'esaustivo programma di corsi aziendali dedicati alla sistematica Echo.



Il mondo Echo è in costante movimento. La software house Echo International in collaborazione con i principali thought leader internazionali e nazionali ha testato con successo nuove funzionalità software con il duplice obiettivo di ottimizzare e velocizzare i processi lavorativi di laboratorio e la ricerca della massima qualità e precisione dei manufatti.

La nuova release software è stata installata in maniera automatica e gratuita a tutti i possessori della sistematica Echo che possono beneficiare immediatamente dei nuovi applicativi:

ANDI Lombardia: Congresso Culturale 2009



Il Congresso Culturale Lombardo 2009 ha avuto l'onore di essere ospitato all'interno delle mura quattrocentesche del Castello Visconteo in Somma Lombardo. Il prestigio storico del Castello e la sua nobile storia hanno fatto da cornice all'appuntamento culturale lombardo, a cui i soci ANDI della Lombardia hanno risposto con interesse e partecipazione, prenotando tutti i posti disponibili già un mese prima dell'evento.

Il tema del Congresso ha sviluppato il concetto dell' "Errore Prevedibile" grazie al prezioso contributo della Dr.ssa Gabriella Grusovin, della Dr.ssa Vincenza Birardi, del Dr. Umberto Mariani, del Dr. Alessandro Magnanensi e del Dr. Piero Alessandro Marcoli. Conoscere gli errori che più comunemente si possono incontrare durante la pratica professionale può permettere di evitarli, anticipando perciò i rischi di provocare una lesione, un danno iniziale, un ritardo diagnostico.

In particolare le materie affrontate durante le fasi congressuali sono state: implantologia, patologia orale, odontoiatria pediatrica, conflitti emotivi all'interno dello studio dentistico ed endodonzia. L'errore non deve fare paura anzi, deve essere affrontato e riconosciuto in anticipo e da lontano, perché l'errore ci aspetta sempre ma noi vorremmo... non incontrarlo mai.

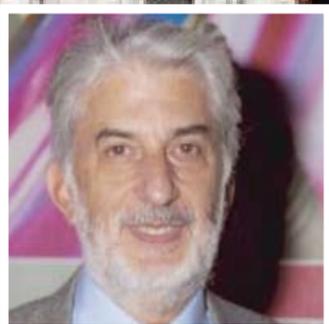
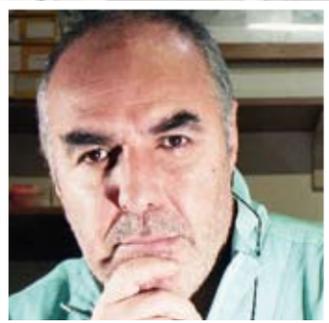
Un ringraziamento doveroso ad ANDI Lombardia, in particolare ad ANDI Varese che ha offerto a tutti i soci lombardi una opportunità culturale, gratuita e con 6 crediti E.C.M., ottenuti grazie al provider regionale Cosmo di Varese. Un ringraziamento speciale ai relatori per il loro prezioso valore culturale. Ogni evento culturale contiene in sé la sfida di essere interessante e stimolante per i colleghi: la sala piena in tutti i suoi posti è la più bella risposta sul campo.

ANDI Lombardia risponde con gratitudine per la fiducia ottenuta dai colleghi, alle proposte culturali del Congresso Culturale Lombardo 2009. Rilanciando altri appuntamenti nel futuro, sotto la bandiera di ANDI Lombardia nella quale si identificano i nostri progetti di oggi e di domani.

Dr. Stefano Almini
Segretario Culturale
ANDI Lombardia



Implantologia vs Endodonzia a Palazzo Barberini



Dopo il grande successo del congresso organizzato nella suggestiva sede della Nave Scuola Amerigo Vespucci, Sweden & Martina ha selezionato per una delle numerose proposte formative, una location ulteriormente accattivante: Palazzo Barberini a Roma. Il 3 ottobre 2009, il **Dr. Enzo Lamorgese**, il **Dr. Agostino Scipioni** e il **Dr. Luca Maria Scipioni** hanno relazionato al corso IMPLANTOLOGIA vs ENDODONZIA. I partecipanti accompagnati da personale dedicato, hanno avuto l'opportunità in esclusiva di effettuare una visita guidata presso alcune sale di Palazzo Barberini.

Campionato Italiano Calcio Medici

Si è svolto in Sicilia a Licata (AG) il 21 e 28 giugno 2009 il Campionato Italiano Calcio Medici che ha visto la squadra odontoiatri affrontare le squadre avversarie e distinguersi nel corso del torneo.



Il Dr. Felice De Luca con i colori di Sweden & Martina si è classificato 3° al Campionato dell'Area Medica Europeo e Italiano che si è svolto a Zocca in provincia di Modena nel mese di settembre 2009.



The Ultimate
**ENDO RESTORATIVE
DENTISTRY** VI CONGRESSO NAZIONALE
23, 24 e 25 settembre 2010

**CALL for
POSTERS**
1° PREMIO
Endo-Restorative Dentistry Sweden & Martina

Per concorrere i partecipanti dovranno sottoporre un poster su uno dei seguenti argomenti:

- Ricostruzione preprotetica del dente trattato endodonticamente: perni in fibra versus perni-moncone fusi.
- La preparazione del terzo apicale in Endodonzia: diametri e forme.
- Tecniche di obturazione canalare a confronto.

Fra i Poster esposti verranno selezionati dalla Commissione Esaminatrice i tre lavori migliori, che saranno premiati.
La nomina dei vincitori e la premiazione avverranno secondo l'orario indicato nel programma del congresso.

Il vincitore del primo premio avrà a disposizione 7 minuti per la presentazione del suo lavoro prima della premiazione.

Il poster dovrà essere preventivamente sottoposto alla valutazione della Commissione Esaminatrice, inviandolo sotto forma di abstract ENTRO il 4 giugno 2010 alla segreteria organizzativa tramite posta prioritaria, posta celere o corriere:

Sweden & Martina SpA
Ufficio Corsi ed Eventi
Call for Posters 2010
Via Veneto, 10
35020 Due Carrare (PD)
Tel. 049.9124300
Fax. 049.9124290

È ammesso anche l'invio per posta elettronica all'indirizzo e-mail:
info@sweden-martina.it

La scadenza per la sottomissione degli Abstract per i Poster è fissata tassativamente al 4 Giugno 2010. Dopo tale data la commissione Esaminatrice si riunirà per la valutazione dei lavori.

Per maggiori informazioni e per ricevere le linee guida per la redazione dei testi, visitare il sito www.sweden-martina.it nella sezione Eventi o contattare l'Ufficio corsi ed Eventi al numero **049.91.24.300**.

NUMERI UNO

Lo stato dell'arte in odontoiatria

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 6
novembre 2009/febbraio 2010

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

Direttore editoriale
Pier Francesco Rupolo

Coordinamento editoriale
Valeria Bonotto

Direttore scientifico
Glorianna Zangiacomì

Direttore responsabile
Valentina Visentin

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

Redazione e proprietà
Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto, 10
35020 Due Carrare PD Italia

Hanno collaborato a questo numero:

Stefano Almini	Andrea Gesi
Enrico Babetto	Michele Figliuzzi
Leonello Biscaro	Giovanni Fiocchetti
Roberto Bogoni	Andrea Leonardi
Daniele Botticelli	Carlo Maiorana
Francesco Briguglio	Ermando Maisto
Roberto Briguglio	Marcello Marzano
Marco Calabrese	Aldo Mazzella
Luigi Canullo	Maurizio Mazzella
Sergio Cardinale	Riccardo Monguzzi
Costantino Carozzo	Pierangelo Oliveri
Giorgio Carusi	Mauro Panteghini
Marco Cesarotto	Nicola Petrillo
Isabella D'Angelo	Vincenzo Prota
Bruno De Santis	Manuel Elia Scali
Adriano Dallari	Byoung Suh
Andrea Della Casa	Studio Nove Archi

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

ERRATA CORRIGE Numeri UNO n° 5

Ci scusiamo con il Dr. Accorsi il cui nome è Andrea e non Adriano, come inserito nel case report pubblicato nel n° 5, giugno 2009 "Dalla preparazione canalare simultanea al restauro post-endodontico degli elementi posteriori: tecniche conservative adesive con minimo sacrificio di dentina sana". Inoltre ci scusiamo con il Dr. Petrillo e il Sig. Marraffa, lo studio ha sede in Lecce e non Bari come indicato nel caso clinico sulla tecnica protesica PAD.

ODONTOIATRIA MODERNA???



Vi è oggi un grande abuso dell'aggettivo moderno associato alla nostra disciplina: il concetto di modernità viene associato sia ad una dimensione temporale che qualitativa: l'odontoiatria è moderna se in grado di inglobare la novità, il che la renderebbe anche implicitamente migliore. Bisognerebbe però, come clinici, essere in grado di differenziare la novità dall'innovazione, che, nata come novità, deve essere in grado di

apportare miglioramenti tangibili prima impossibili per potersi definire tale. Nuovi materiali e nuove tecnologie stanno prepotentemente entrando nella nostra professione: quali rimarranno novità e quali effettivamente si trasformeranno in innovazioni? Solo il tempo potrà rispondere: per ora suggerirei ai più giovani colleghi di non avere timore a dimostrarsi "tradizionali", rispettando sempre i principi biologici fondamentali che troppo spesso paiono essere dimenticati, mantenendo la necessaria curiosità verso la novità, ma anche la dovuta attenzione ad utilizzarla quando vi sia una ragionevole certezza della sua effettiva portata innovativa.

Dr. Leonello Biscaro, Adria (RO)

SINUS LIFT VS. OBLÒ VESTIBOLARE



L'incidenza di complicazioni nel Sinus Lift con accesso crestale è sempre stata estremamente ridotta e notevolmente inferiore se rapportata alla tecnica con oblò vestibolare. Il motivo che ne ha limitato l'impiego è stato rappresentato dalle indicazioni, legate alle tecniche, che hanno proposto il Sinus Lift con accesso crestale solo in presenza di un'altezza ossea tra la corticale del pavimento sinusale e la cresta di 7-8 mm, in quanto riuscendo ad elevare la mucosa per 2-3 mm consentivano l'inserimento di un impianto di 10mm. Con la tecnica M.I.S.E. (Minimum Invasive Sinus Elevation) l'alesaggio della zona di apertura della corticale del pavimento sinusale e la distensione sia in verticale che in orizzontale della mucosa con la creazione di un ampio spazio per il materiale da riempimento ci permette di ottenere un rialzo del seno mascellare tranquillamente fino a 5-6 mm consentendoci di utilizzare questa tecnica anche nei casi di altezza crestale di 4-5 mm, cioè di quella quantità ossea che ci garantisce una stabilità primaria dell'impianto.

Dr. Giorgio Carusi, Pisa

RESTORATIVE DENTISTRY BY BISCO



Adhesion is the foundation of all aesthetic restorative dentistry. Different substrates (enamel, dentin, composite, ceramic & metal) require different adhesive protocols. Creating a reliable foundation with innovative adhesive chemistry is Bisco's passion.

Dr. Byoung Suh, Presidente di BISCO Inc.

A.D. 2046



Il Dr. Piero Dallari sorride; l'aroma di caffè dell'adesivo smalto-dentinale di 87esima generazione era squisito. Anche la Paziente increspò le labbra divertita; d'altra parte, l'estrema salivofilia del materiale, controindicando assolutamente l'impiego della diga, toglieva ogni barriera tra lei e il sapore. Il Dottore rivolse un affettuoso pensiero al prozio, il Pioniere, il vecchio Patriarca

Adriano da poco scomparso. Chissà com'era lavorare ai suoi tempi, quando sembrava già audacia usare un self-etching di quinta generazione (preistoria, vista oggi...).

Adesso, con un rapporto dentisti/pazienti di 10 a 1, gli adesivi dovevano soprattutto essere self-curing, garantendo il distacco entro otto mesi e il pronto rifacimento del restauro. Il suo fantasticare fu bruscamente interrotto. La signora Rossi, in comunicazione tridimensionale neutronica. Il trapianto di denti di caimano della settimana prima stava creando qualche problema: la signora aveva dilaniato un vicino di casa. "La terza volta quest'anno!!! Ma si può continuare a vivere così? "Il pensiero tornò al prozio, il Grande Vecchio Adriano, ed ai suoi tempi. "Beati loro!! Mai un problema, pazienti docili, la poltrona sempre piena! E un Sindacato efficiente, un'Università all'avanguardia, mai una baruffa nelle Società Scientifiche!! Oggi, invece....."

Anonimo del Miserando Dr. Adriano Dallari, Modena

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 ad iscrivermi alla newsletter di Sweden & Martina

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 _____