

NUMERI UNO

ESSE&EMME NEWS MAGAZINE N° 11 novembre 2011/febbraio 2012

112011

→ **The Ultimate
Endo Restorative
Dentistry,**
VII Congresso Nazionale

→ **Dr. Fabrizio Morelli,**
Rigenerazione ossea
orizzontale e verticale
perimplantare con
Mesh in titanio ed
osso autologo

→ **Dr. Mauro Bovi,**
La strumentazione
ultrasonica in
chirurgia orale

→ **Prof. Manuel Alfonso
Villa Vigil**
Odontoiatria:
sfida internazionale

→ **Novità di mercato,
nuove tecnologie**

2011

PREMIUM DAY

CONGRESSO DI IMPLANTO-PROTESI INTEGRATA

Abano Terme (PD), 9-10 e 11 giugno / Madrid, 25-26 novembre

numeri uno è il magazine di


sweden & martina

The Ultimate Endo Restorative Congress

**VII CONGRESSO
NAZIONALE**

14, 15 e 16 Giugno 2012

Teatro Congressi Pietro d'Abano
Largo Marconi, 16
35031 Abano Terme (PD)
www.abanocongressi.com

CALL for POSTERS

II PREMIO
Endo-Restorative Dentistry Sweden & Martina

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

1. Strumentazione meccanica: rotazione vs reciprocazione
2. Limiti terapeutici dei trattamenti endodontici
3. Una sfida in odontoiatria adesiva: adesione coronale e radicolare
4. Materiali e tecniche di cementazione adesiva dei restauri indiretti in composito, ceramica e zirconio

I poster dovranno essere inviati alla segreteria organizzativa, sotto forma di abstract, entro il 31 maggio 2012, per consentire poi la valutazione dei lavori da parte della commissione esaminatrice.

PER INFORMAZIONI:

→ Segreteria Organizzativa
Rossella Tosello
rtosello@sweden-martina.com
Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto, 10 - 35020 Due Carrare (PD)
Tel. 049.91.24.300 - Fax 049.91.24.290


sweden & martina



04

Case report

Ottenere un'adesione predicibile e duratura

Dr. N. Scotti, Dr. D. Pasqualini, Prof. E. Berutti



06

Intervista

La strumentazione ultrasonica in chirurgia orale

Dr. M. Bovi



07

Case report

Rigenerazione ossea orizzontale e verticale peri-implantare con mesh in Titanio ed osso autologo

Dr. F. Morelli



10

Intervista

Estetica, approccio conservativo, piano di trattamento

Dr. S. Patroni



11

Cad Cam

Echo2



12

Case report

Tecnica implanto-protetica a carico immediato del dr. Paulo Malò con impianti angolati; casi clinici

Dr. M. Cavallari, Odt. V. Burello



15

Case report

Rehabilitación con prótesis fija de arco completo maxilar y mandibular sobre implantes postextracción. A propósito de un caso *Riabilitazione con protesi fissa ad arco completo mascellare e mandibolare su impianti post-estrattivi. Case report*

Dr. M. Peñarrocha-Diago, Dr. H. Pellicer-Chover, Dr. D. Peñarrocha-Oltra

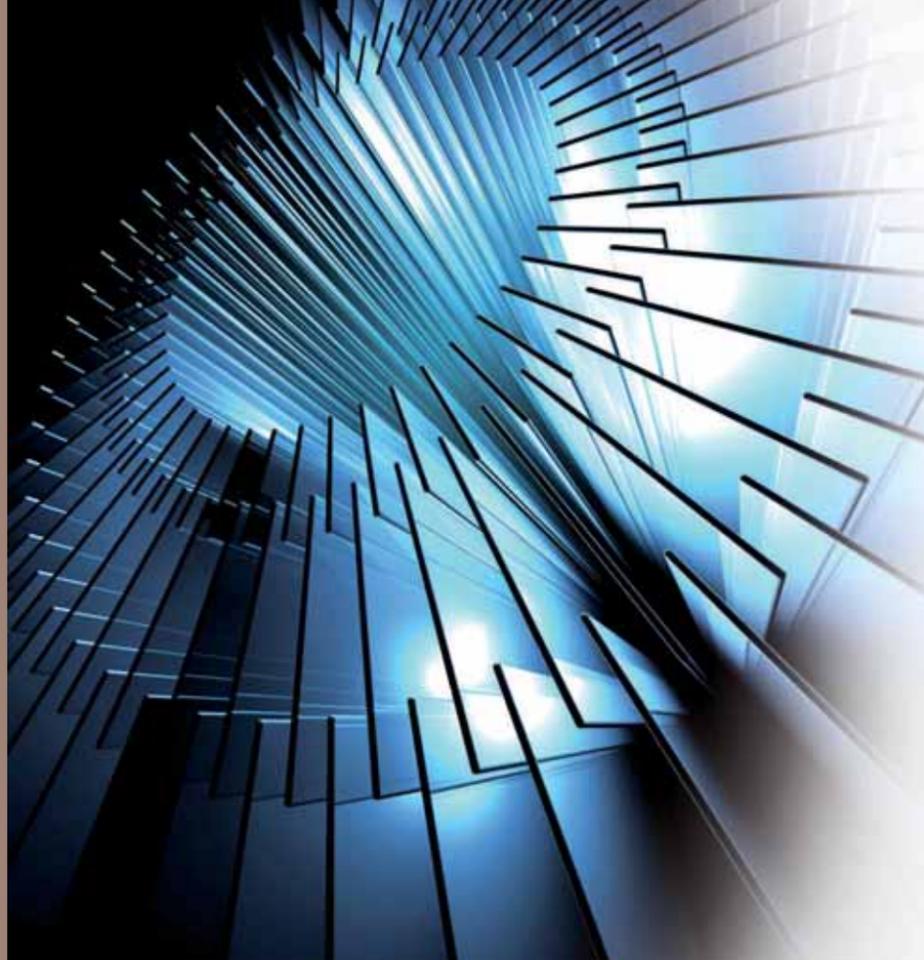


18

Novità di mercato

Magnetic Mallet, Laser a diodi FOX,

Laser Litetouch Syneron, Piezon Master Surgery EMS



20

Intervista

Odontologia: desafío internacional

Odontoiatria: sfida internazionale

Dr. M.A. Villa Vigil



21

L'opinione

Un'esperienza francese

Dr. Philippe Puskaric



22

Eventi



24

Eventi Internazionali



25

Recensioni



27

Calendario corsi 2012



28

Stato dell'arte in Odontoiatria





Dr. Nicola Scotti

Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Ferrara nel luglio 2004 con 110 e lode. Nel luglio 2002 frequenta in veste di *Visiting Student* il Department of Prosthodontics - University of Southern California - Los Angeles diretto dal Dr. Whiston Chee. Durante l'anno accademico 2003-2004 frequenta l'attività di ricerca presso il Centro di Ricerca e Servizi per lo Studio delle Malattie Parodontali diretto dal Prof. Leonardo Trombelli. Dal gennaio 2005 al settembre 2007 frequenta in veste di medico frequentatore e tutor didattico il Reparto di Endodonzia e Conservativa diretto dal Prof. Elio Berutti. Per l'anno accademico 2006-2007 riveste la carica di Professore a Contratto per il corso integrato di "Restauri Diretti in Materiale Composito" nell'ambito dell'insegnamento annuale di Conservativa II. Dal 15 ottobre 2007 è titolare dell'Insegnamento di Conservativa II del CLMOPD dell'Università degli Studi di Torino. Socio Attivo S.I.D.O.C. (Società Italiana di Odontoiatria Conservativa). Ha pubblicato numerosi articoli in riviste Italiane e Straniere ed è relatore di corsi e conferenze in congressi in Italia e all'Estero.

Dr. Damiano Pasqualini

Laurea in Odontoiatria nel 1995, Università di Torino. Esercita la libera professione in Torino, con attività dedicata esclusivamente all'Endodonzia. Ricercatore Universitario Confermato in Endodonzia, Cariologia e Odontoiatria Preventiva, Dental School Università di Torino e presso il Corso di Laurea in Igiene Dentale. Coordinatore del Master post-universitario di Microendodonzia Clinica e Chirurgica dell'Università di Torino, diretto dal Prof. E. Berutti. Socio attivo e membro del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Endodonzia, Socio Attivo dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Microscopica: "International member dell'American Association of Endodontists". Autore di pubblicazioni su riviste internazionali con impact factor. Co-autore di capitoli di libri in Endodonzia, Cariologia e Odontoiatria Preventiva. Relatore in congressi internazionali e nazionali.



Prof. Elio Berutti

Torinese, laureato in Medicina e Chirurgia e specializzato in Odontostomatologia presso l'Università degli Studi di Torino. Esercita la libera professione in Torino, con attività dedicata esclusivamente all'Endodonzia. È Professore Ordinario di Endodonzia e Conservativa presso il Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università degli Studi di Torino. È *Past President* della Società Italiana di Endodonzia. Socio Attivo E.S.E. (European Association of Endodontology). Socio A.A.E. (American Association of Endodontics). Ha pubblicato numerosi articoli sulle più prestigiose riviste Italiane e straniere del settore ed è stato relatore di corsi e conferenze in congressi in Italia e all'estero.

04

Ottenere un'adesione predicibile e duratura

INTRODUZIONE

I restauri adesivi estetici vengono ormai regolarmente impiegati nella pratica clinica quotidiana, grazie alle loro caratteristiche estetiche, al risparmio di tessuto dentale sano e alla longevità sempre maggiore. Lo sviluppo continuo dei materiali ha certamente ampliato il campo di applicazione delle tecniche adesive, che oggi si basano su resine composite a contrazione ridotta così come sistemi adesivi più performanti e meno sensibili alla degradazione e alla conseguente perdita di sigillo marginale. In particolar modo, la chiave del successo dei restauri adesivi è legata fortemente al rispetto rigoroso delle procedure di applicazione dei sistemi adesivi. Attualmente sul mercato sono presenti due grosse famiglie di sistemi adesivi (Van Meerbeek 2003): gli adesivi *total-etch*, che prevedono l'impiego di un condizionante (in genere acido ortofosforico al 36%) prima dell'applicazione delle resine adesive vere e proprie, e gli adesivi *self-etch*, che non richiedono l'utilizzo di mordenzante. In particolar modo questi ultimi si basano non sulla rimozione ma sull'impregnazione del fango dentinale, che viene quindi integrato nello strato ibrido. Nonostante la diffusione sempre crescente dei sistemi adesivi *self-etch*, attualmente il *golden-standard* dei sistemi adesivi è rappresentato da sistemi adesivi *total-etch* a tre passaggi, in quanto sono in grado di eliminare quasi completamente il *microleakage* lungo l'interfaccia smalto-restauro (retief 1994).

MATERIALI E METODI

La paziente M.C., di anni 32, senza problemi di salute generale, riferisce dolore alla masticazione nel quarto quadrante, dove si osservano dei restauri in composito con segni clinici di infiltrazione marginale (Fig. 1)



Fig. 1

Si propende quindi per l'esecuzione di due restauri adesivi in resina composita con tecnica diretta.

Una volta isolato il campo operatorio con diga di gomma si procede con la rimozione dei pre-esistenti restauri sotto abbondante irrigazione e alla detersione delle cavità (Fig. 2).



Fig. 2

Una volta completata la preparazione delle cavità si procede con l'esecuzione di restauri diretti con resina composita. Al fine di ottimizzare al massimo le performance cliniche dei restauri adesivi sono state validate dalla letteratura internazionale delle procedure cliniche in grado di aumentare la longevità dello strato ibrido. Si opta quindi per un adesivo *total-etch* a 3 passaggi (All-Bond 3, Bisco, USA). Tale sistema prevede un primo passaggio con mordenzante, da applicarsi per 30 secondi su smalto e 15 su dentina (Fig. 3).



Fig. 3

Questo mordenzante contiene cloruro di benzalconio (BAC), una miscela di sali di ammonio quaternario in grado di inibire parzialmente l'azione collagenolitica delle metalloproteinasie presenti nel tessuto dentinale. Si procede quindi con il risciacquo del mordenzante, per un tempo almeno pari a quello di contatto del mordenzante con i tessuti duri dentali (Fig. 4), e all'asciugatura delle cavità. Queste vengono poi umidificate con una soluzione fluorata (AquaPrep, Bisco, U.S.A.) in modo da risollevare parzialmente le fibre collagene, facilitandone così la successiva infiltrazione da parte del primer a base acetonica (Fig. 5).



Fig. 4



Fig. 5

Il primer, che per questo sistema adesivo si ottiene miscelando il contenuto di due flaconcini (Primer A e Primer B), va disteso abbondantemente lungo le superfici cavitare (Fig. 6) e lasciato agire per una trentina di secondi in modo da consentire al solvente di evaporare, dopodiché deve essere fotopolimerizzato per 20 secondi (Fig. 7).

A questo punto si procede con l'applicazione del bonding, un adesivo caricato che funge da coating idrofobico dello strato ibrido aumentandone la stabilità nel tempo, e successiva polimerizzazione per 40 secondi (Fig. 8). Una volta eseguita l'ibridizzazione delle cavità si continua con la stratificazione obliqua del composito (Adonis, Sweden&Martina, Italy), applicato in due masse (dentina 3, smalto T) e con l'aggiunta finale di supercolore Brown nei solchi (Fig. 9).



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9

L'ultimo step di fotopolimerizzazione va eseguito dopo aver distribuito sulla superficie dei compositi uno strato di glicerina trasparente. In questo modo si ottiene la polimerizzazione anche della fase dispersa del composito, ovvero di quello strato superficiale la cui polimerizzazione è stata inibita dal contatto con l'ossigeno (Fig. 10).



Fig. 10

Prima di rimuovere la diga si esegue la fase di rifinitura, lucidatura e brillantatura dei restauri con frese a grana fine, gommini in silicone e spazzolini. L'ultimo step prevede l'applicazione e la fotopolimerizzazione di uno strato di coating idrofobico (BisCover, Bisco, USA), in modo da "impermeabilizzare" i restauri, ridurre l'assorbimento di acqua e la degradazione dello strato ibrido (Fig. 11 e 12). Una volta rimossa la diga si procede al controllo oclusale con cartine colorate.



Fig. 11



Fig. 12

RISULTATI E CONCLUSIONI

Al controllo clinico dopo dodici mesi i restauri effettuati mostrano un'eccellente integrazione con i tessuti dentali residui (Fig. 13). La funzionalità è ottima e la paziente non riferisce fenomeni di sensibilità post-operatoria o altri disturbi. L'interfaccia adesiva dente-restauro non mostra alcun segno di deterioramento clinico o decolorazione marginale. Sicuramente restauri adesivi dal risultato clinico soddisfacente sono ottenibili attraverso un rigoroso rispetto dei protocolli operativi, dei tempi e delle modalità di applicazione del sistema adesivo prescelto.



Fig. 13



Dr. Mauro Bovi

Laureato in Medicina e Chirurgia a Roma, Università "La Sapienza", nel 1984.

Diploma di Specializzazione in Odontostomatologia e Protesi dentaria a Roma, Università "La Sapienza", nel 1987.

Nel 1997 ha completato un Corso Post Lauream di "Chirurgia odontoiatrica al microscopio operatorio" presso il III Surgical Department Università di Roma "La Sapienza", *Post Graduate School surgery, vascular surgery, microsurgery*. Ha partecipato al Corso "Advanced Course in Implantology & Bone graft Harvesting" presso l'Università di Buffalo, del quale nel 1997/1998 è divenuto istruttore.

Presso la stessa università nel 2002 è stato Istruttore al Surgical Anatomy and Implant course.

Negli anni 1999-2000-2001 è stato istruttore presso la "Medicine & Dentistry University of New Jersey" al Corso di "Advanced Techniques and Biological Aspect in Implantology".

Socio attivo SICO, socio attivo SIO.

Diplomato allo European Board of Oral Surgery.

Autore del libro "La strumentazione ultrasonica in chirurgia orale", Quintessenza 2011.

06

La strumentazione ultrasonica in chirurgia orale

Dott. Bovi, in che modo la chirurgia piezoelettrica ha cambiato il vostro modo di lavorare?

I dispositivi ultrasonici per il taglio osseo eseguono osteotomie estremamente precise e di spessore ridotto, sono selettivi sui tessuti duri (non ledono i tessuti molli durante l'osteotomia) e permettono un ottimo controllo del sanguinamento nel campo operatorio. Tutto questo ha notevolmente migliorato il controllo, la visibilità e la sicurezza degli interventi chirurgici. Si riscontra una notevole riduzione del rischio di danneggiare strutture anatomiche delicate quali nervi, membrana sinusale, tessuti molli, quando comprese nel campo operatorio.

Durante le estrazioni dentali si riesce ad essere più conservativi sull'osso alveolare, aspetto determinante ai fini di una terapia di sostituzione implantare.

Il comfort del paziente durante l'intervento chirurgico migliora per l'assenza delle macrovibrazioni proprie della strumentazione tradizionale.

Le sequele post operatorie sembrano essere di minore intensità.

L'osteotomia con dispositivi ultrasonici è una metodologia per taglio osseo compatibile con un approccio moderno mini invasivo alla chirurgia. Le strutture anatomiche nell'area facciale sono così esigue da richiedere un elevato controllo e precisione nell'esecuzione dell'atto chirurgico. È possibile eseguire osteotomie in zone prima inaccessibili come al di sotto dei tessuti molli o attraverso i tessuti molli.

Grazie a queste caratteristiche è possibile modificare o codificare nuovi approcci chirurgici.

Chirurgia piezoelettrica e preparazione dei siti implantari, quali sinergie?

La preparazione del sito implantare con strumentazione ultrasonica presenta diversi vantaggi clinici. Uno tra questi è l'assenza del momento dislocante: un sistema rotante tradizionale tende, quando si opera su un piano inclinato, a scivolare e quindi deviare verso il lato che offre minor resistenza alla fresa. Questi dispositivi ultrasonici permettono il controllo totale della direzione di perforazione qualunque sia l'inclinazione della superficie di attacco. Esempi clinici ne sono la perforazione iniziale qualora si debba inserire un impianto in alveolo post estrattivo o dopo aver eseguito una *split crest*. È più semplice anche il posizionamento di impianti inclinati nei settori posteriori in quanto una rima buccale piccola limita la manovrabilità della strumentazione tradizionale. La pressione esercitata sul manipolo durante la perforazione è minore rispetto a quella esercitata con i tradizionali motori da implantologia.

Questo permette una maggiore sensibilità tattile e quindi un miglior controllo quando si devono posizionare impianti corti nella mandibola posteriore dove la presenza del nervo alveolare richiede una attenzione estrema. Nel contempo però la ridotta velocità di perforazione e il numero maggiore di passaggi per raggiungere il diametro idoneo all'inserimento implantare aumentano i tempi operatori. Quando siamo in presenza di una quantità ossea sufficiente i sistemi tradizionali permettono di eseguire un tunnel implantare sicuro e rapido, ma quando vi è una ridotta disponibilità ossea, o l'accesso al campo operatorio è difficoltoso, è meglio utilizzare i dispositivi ultrasonici. Infine, in base alle esigenze cliniche si possono alternare i vari dispositivi e utilizzare al meglio le caratteristiche degli uni e degli altri.

In che modo la chirurgia piezoelettrica ha contribuito alla diffusione dell'odontoiatria "made in Italy" a livello mondiale?

Direi in modo determinante. Il primo dispositivo moderno ad ultrasuoni per eseguire osteotomie ed osteoplastiche è stato commercializzato dalla Mectron (Carrasco, Italia) nel 2001.

I primi contributi clinici e scientifici con queste nuove apparecchiature fanno riferimento al Dott. Tomaso Vercellotti che ha anche coniato il termine "*piezosurgery*". L'*imprinting* è stato così forte che attraverso questo termine si identificano tutte quelle tecniche di chirurgia ossea che prevedono l'uso di dispositivi ultrasonici. Anche le ricerche bibliografiche inerenti questo argomento prevedono la digitazione del termine "*piezosurgery*". L'interesse è divenuto tale che sono pubblicati articoli scientifici di autori da tutto il mondo, con molteplici aziende che producono questi dispositivi.

Cosa suggerisce a un collega che volesse orientarsi all'utilizzo della chirurgia piezo-elettrica?

Gli direi che la chirurgia piezo-elettrica non esiste: esiste un dispositivo piezo-elettrico. Purtroppo la responsabilità di questa imprecisione è nostra: tenere un corso o una relazione su questo argomento non significa, come abbiamo fatto credere ai colleghi, che si tratta di una tecnica differente. Si tratta invece di una tecnologia differente per fare delle osteotomie. Questo perché la chirurgia è fatta dal chirurgo, che in base alla sua formazione culturale e alle specifiche esigenze cliniche utilizzerà lo strumentario più adatto. Per citare una frase di Seneca "Non esiste vento favorevole per il marinaio che non conosce la rotta". Credo che attualmente un moderno ambulatorio odontoiatrico debba possedere tra le proprie attrezzature un dispositivo ad ultrasuoni per il taglio osseo.

Dr. Fabrizio Morelli

Laurea in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Torino.
Specializzato in Chirurgia Odontoiatrica presso l'Università "Sal Petrier" di Parigi.
Allievo del Prof. Massimo Simion.
Post Graduate al Dipartimento di Parodontologia alla Goteborg University con i Prof. Jan Lindhe, Prof. Jan Wennstrom e Prof. Tord Berglund. Tutor accreditato presso l'Università de Liège (Dipartimento di Anatomia). Frequentatore del reparto di Chirurgia maxillo-facciale (dr. F. Grecchi) all'Ospedale Galeazzi (Milano) per due anni.
Relatore per Corsi e Congressi in Italia e all'estero.
Autore di numerosi articoli sul tema implantare, coautore del testo "Implantologia Pratica" (NSI).
Presidente del GRI- Gruppo Ricerca Implantare di Torino. È stato docente non Universitario presso l'Università di Pavia, Università di Genova, Università Cattolica di Roma.
Dottorando di ricerca con il Prof. Daniele Botticelli presso la "Universidad Salvator Allende" a La Habana (Cuba). Libero Professionista a Torino dove si occupa di implantologia da oltre vent'anni.



Rigenerazione ossea orizzontale e verticale peri-implantare con *mesh* in Titanio ed osso autologo

Abstract

In questo articolo viene presentata la tecnica di ricostruzione ossea tridimensionale alla premaxilla con due *mesh* in titanio e osso autologo di origine intraorale prelevato con chirurgia piezoelettrica, e contestuale inserimento in mascella di quattro impianti Kohno.

Vengono valutate pre e post chirurgia gli incrementi di volume ossei ottenuti, sia clinicamente, che con RX 3D volumetrica.

Introduzione

La possibilità di inserire degli impianti osteointegrati anche in aree con gravi atrofie ossee (diminuzione dei volumi disponibili di osso) verticali e/o orizzontali, permette attualmente di poter risolvere quelle situazioni che precedentemente venivano risolte con protesi rimovibili parziali o totali.

Le varie tecniche di rigenerazione ossea hanno oramai una predicibilità elevata. Per essere sicuri di ottenere un buon risultato anche in termini di predicibilità in una riabilitazione protesica su impianti, soprattutto in aree altamente estetiche, dovranno essere valutati con estrema attenzione i fattori di rischio. Risulta determinante la selezione dei casi clinici, la pianificazione del caso, come pure la scelta dell'idoneo protocollo chirurgico e protesico, nonché una buona esperienza dell'equipe dei professionisti che dovrà risolvere di volta in volta il caso clinico.

Tra queste tecniche si inserisce a pieno titolo, e inquadrabile nel più vasto capitolo della GBR, la tecnica di ricostruzione tridimensionale ossea attuata con *mesh* in titanio, ricoprenti vari materiali osteosostitutivi tra i quali principalmente l'osso autologo, come evidenziato anche dalla letteratura. Infatti il materiale più documentato rimane a tutt'ora ancora l'osso autologo, considerato dalla maggior parte degli autori come il "gold-standard" tra i vari materiali, in quanto l'unico a possedere tra le altre, la caratteristica biologica dell'osteogenesi e ad essere senz'altro riconosciuto come "self" dall'organismo.

L'osso autologo può essere prelevato da sedi intraorali come la sinfisi mentoniera, l'angolo mandibolare, la branca montante, la linea obliqua esterna e il tuber (tutti di origine intramembranosa), o da sedi extraorali quali la cresta iliaca, il piatto tibiale esterno (origine encondrale) o la calvaria (origine intramembranosa).

Le *mesh* in titanio sono state utilizzate da molti autori già da molti anni, sia in chirurgia maxillo-facciale, sia nel cavo orale da sole o in associazione con Impianti.

Materiali e metodi

Paziente donna di anni 61, non fumatrice, in buona salute generale, affetta da edentulismo totale in mascella da oltre 15 anni, portatrice di protesi mobile superiore.

La paziente era desiderosa di portare una protesi superiore stabilizzata da impianti e senza palato, ma a causa di una grave atrofia ossea di lunga data non era stato possibile, in altri centri odontoiatrici, posizionare delle *fixtures* per supportare la protesi superiore.

Giunge quindi alla nostra osservazione e dopo una prima visita dell'apparato odontostomato-gnatoco, si procede ad un esame RX 3D volumetrico presso il nostro centro (Fig. 1, 2, 3), che mette in evidenza la notevole atrofia ossea alla premaxilla sia in senso orizzontale che verticale, tale da imporre la scelta della ricostruzione ossea con osso autologo e 2 *mesh* in titanio con contestuale inserimento di 4 impianti nelle posizioni 12-14-22-24.

il terzo giorno e 1 mg al mattino del quarto giorno, e copertura antibiotica con acido clavulanico/amo-xicillina 2g/die per 6 giorni.

Previa anestesia locale con articaina e adrenalina 1/100000, si eseguiva una incisione vestibolare, apicale di circa 2 mm alla giunzione muco-gengivale senza scarichi (Fig. 4), si procedeva in seguito alla iniziale preparazione dei 4 siti implantari con tecnica piezoelettrica (Fig. 5), e solo dopo si passavano le frese finali dedicate per i 4 impianti (Kohno 3,8 mm di diametro per 11,5 mm di lunghezza) nelle posizioni 12-14-22-24, che quindi venivano inseriti (Fig.6).

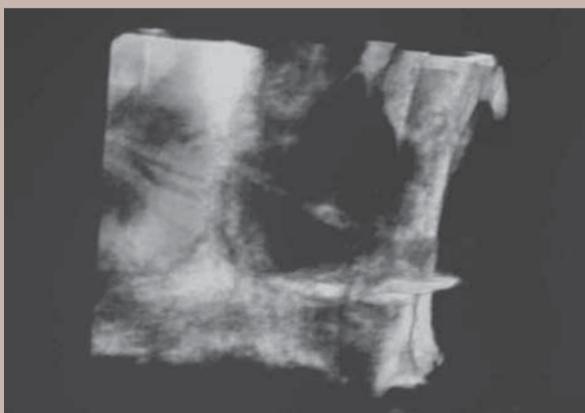


Fig. 1: Particolare di ricostruzione virtuale 3D volumetrica della premaxilla



Fig. 2: Sezione a livello sito 14: la dimensione verticale dell'osso risulta essere di 5,2 mm

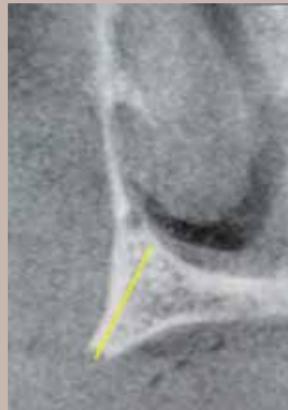


Fig. 3: Sezione a livello sito 24: la dimensione verticale dell'osso risulta essere di 6,8 mm

È stato adottato, come profilassi un trattamento che prevedeva la somministrazione di Clorexidina 0,2% per sei giorni prima dell'intervento, di betametasone di sodio fosfato 1 mg la sera precedente, 4 mg il giorno dell'intervento e il primo giorno successivo, 3 mg il secondo giorno, 2 mg

07

CASE REPORT



Fig. 4: Incisione vestibolare 2 mm apicalmente alla giunzione muco-gengivale



Fig. 5: Iniziale preparazione per l'alloggiamento implantare con tecnica piezoelettrica



Fig. 6: Inserimento impianti Kohno ø 3,8 mm per 11,5 mm di lunghezza: si evidenzia chiaramente il volume osseo mancante, sia in senso orizzontale che in senso verticale



Fig. 7: Preparazione con chirurgia piezoelettrica del blocco osseo che dovrà essere prelevato

Successivamente, si procedeva al prelievo di osso autologo dalla linea obliqua esterna di sx in blocco con tecnica piezoelettrica, previa incisione vestibolare dei tessuti molli, senza incisioni di scarico; il blocco di osso così prelevato, veniva poi con apposito macinino da osso, ridotto in *microchips* e conservato in soluzione fisiologica in un apposito *dappen* sterile (Fig. 7, 8, 9, 10).



Fig. 8: Blocco osseo delimitato poco prima del suo prelievo dalla linea obliqua esterna di sinistra



Fig. 9: Blocco osseo prelevato e immerso in soluzione fisiologica sterile in apposito *dappen*



Fig. 10: Lo stesso blocco osseo dopo la sua macinatura in *micro-chips* e immerso in soluzione fisiologica in un *dappen* sterile

Dopo aver suturato con punti staccati la zona del prelievo, si procedeva con la modellazione delle 2 *mesh* in titanio (Sweden & Martina), e alla loro prova in situ, una a destra riferita agli impianti 12 e 14, e una a sinistra, riferita agli impianti 22 e 24.

Successivamente, dopo aver praticato nell'osso residente delle microperforazioni per favorire gli scambi vascolari, si inserivano le due *mesh*, inizialmente fissandole solo agli impianti attraverso le loro viti di chiusura, poi tenendole aperte vestibolarmente si procedeva allo zeppamento dell'osso autologo precedentemente prelevato e macinato, al di sotto di esse, avendo molta cura nel riempire tutti gli spazi vuoti, quindi, dopo averle ripiegate verso l'osso basale residente, si inserivano delle viti da osteosintesi negli appositi fori periferici alle *mesh*, e si serravano saldamente in modo da dare grande stabilità al sistema (*impianti-osso-mesh* - Fig. 11, 12, 13, 14, 15).



Fig. 11: Come si presenta una *mesh* Sweden & Martina standard prima della sua modellazione, sono visibili i fori perimetrali per l'alloggiamento delle viti da osteosintesi



Fig. 12: Una delle due *mesh*, dopo la sua modellazione e sagomatura, poco prima di essere inserita in situ

Infine si procedeva, dopo l'allungamento del lembo con plastica di Rehrmann, alla sua sutura con punti staccati con monofilamento intrecciato 3.0 e 4.0 (Fig. 16). Rispettivamente la dimensione verticale del difetto, riferita ad ogni impianto era nei rispettivi siti come da schema, prima e dopo la chirurgia, e anche il controllo radiografico 3D Volumetrico confermava i dati riportati nella tabella 1.

	Difetto verticale Iniziale (DVI)	Difetto verticale residuo (DVR)	Incremento in mm Differenza DVI-DVR
Sito 12	7,4 mm	0,2 mm	7,2 mm
Sito 14	7,2 mm	0,2 mm	7,0 mm
Sito 22	6,8 mm	0,0 mm	6,8 mm
Sito 24	6,2 mm	0,0 mm	6,2 mm
Media	6,9 mm	0,1 mm	6,8 mm

Tabella 1

Dopo la chirurgia, venivano effettuati controlli clinici in 2[^]-4[^]-7[^]-14[^] giornata, dopo 3 settimane si procedeva alla rimozione della sutura, i controlli radiografici venivano eseguiti ad 1 mese e a 3 mesi per stabilire la data del secondo tempo chirurgico, quando si sarebbero rimosse le *mesh* e posizionati gli *healing abutment*.

Passati circa 5 mesi dalla prima chirurgia, si effettuava RX 3D Volumetrica per la valutazione della ricostruzione ossea ottenuta (Fig.17, 18).



Fig. 13: Come si presenta la *mesh* di destra dopo la sua fissazione definitiva in situ attraverso le viti di chiusura degli impianti e le viti da osteosintesi posizionate apicalmente



Fig. 14: Visione delle due *mesh*, di destra e di sinistra in situ poco prima della chiusura con sutura dei tessuti molli



Fig. 15: Visione frontale delle due *mesh*, di destra e di sinistra in situ



Fig. 16: Sutura a punti staccati dopo plastica di Rehrmann

Risultati

Al momento del secondo tempo chirurgico, per la rimozione delle due *mesh*, i tessuti molli si presentavano chiusi, tonici e ben irrorati, e quindi si procedeva, sempre in anestesia locale, alla loro riapertura, previa incisione crestale para-palatina e quindi alla rimozione delle 2 *mesh*, valu-

tando infine la quantità e la qualità della doppia ricostruzione ossea che, come si evince dalle foto (Fig. 19, 20, 21), appare completa. Successivamente si posizionavano gli *healing abutment* e si suturavano attorno a questi nuovamente i tessuti molli.



Fig. 17: Aspetto RX 3D Volumetrico: sezione trasversa a livello di uno dei 4 impianti

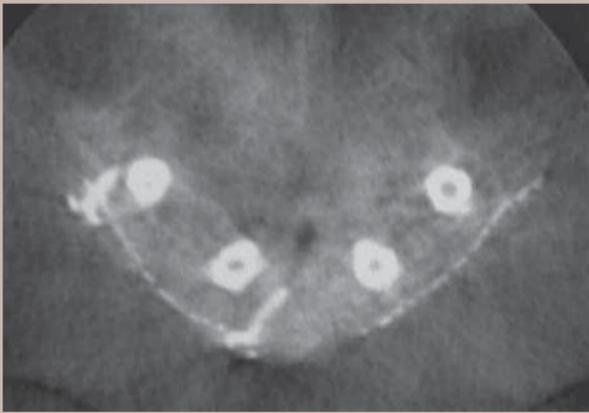


Fig. 18: Aspetto RX 3D Volumetrico: sezione occlusale a metà dell'altezza degli impianti: si apprezza l'aumento dei volumi ossei buccalmente agli impianti



Fig. 19: L'aspetto delle 2 mesh al secondo tempo chirurgico dopo la riapertura dei tessuti molli



Fig. 20: Particolare della quantità e qualità della ricostruzione ossea a destra dopo la rimozione della mesh



Fig. 21: Particolare della quantità e qualità della ricostruzione ossea a sinistra dopo la rimozione della mesh

Dopo circa 2 settimane di guarigione si procedeva con la presa della impronta con portaimpronte individuale anatomico e *transfers* di precisione (Fig. 22, 23, 24). Il trattamento implanto-protetico veniva finalizzato con una barra fresata montata sui quattro impianti per sostenere una protesi senza palato (Fig. 25-26).

Conclusioni

I risultati ottenuti sembrano sovrapponibili ad altre tecniche rigenerative, come confermato dalla letteratura. La tecnica qui descritta, di associazione di innesti di osso autologo con griglie di titanio, riteniamo possa dare risultati predicibili e con poche sequele biologiche negative, che possono ad esempio instaurarsi in presenza di una eventuale deiscenza anche importante, se paragonate ad identica situazione ma con l'utilizzazione di membrane non riassorbibili come quelle in E-PTFE. Per quanto riguarda le griglie in titanio, la loro utilizzazione, riteniamo essere una valida alternativa rispetto ad altre tecniche di rigenerazione ossea, valutata ancora la grande facilità di maneggevolezza e la ottima stabilità dimensionale, condizione quest'ultima vincente in presenza di una rigenerazione ossea. Condizioni importanti sono la selezione dei casi clinici, il rispetto delle indicazioni e delle controindicazioni e la gestione dei tessuti molli.



Fig. 22: Montaggio dei quattro transfers di precisione sugli impianti

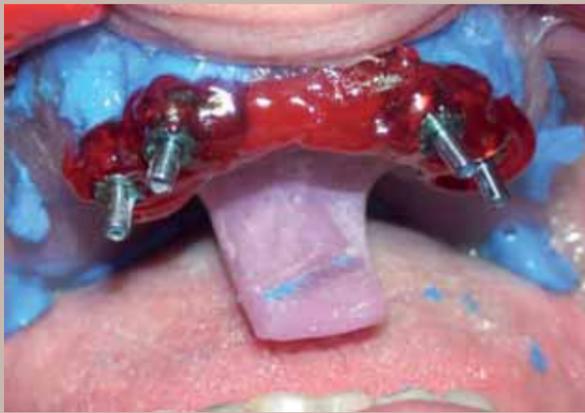


Fig. 23: Presa dell'impronta con cucchiaio individuale forato



Fig. 24: Particolare dell'impronta appena presa con cucchiaio individuale



Fig. 25: Visione occlusale della barra fresata in situ



Fig. 26: Visione frontale della barra fresata in situ

Bibliografia

1. Yoshiro M., Mizuho O., Kohsuke O. et al.; Alveolar bone graft for patients with cleft lip palate using bone particles and titanium mesh: a quantitative study; J. Oral Maxillofac Surg 64:1540-1545; 2006
2. Pieri F., Corinaldesi G., Fini M. Et al.; Alveolar ridge augmentation with titanium mesh and a combination of autogenous bone and anorganic bovine bone: a 2-year prospective study; J. Periodontol 2008; 79:2093-2103
3. Watanabe I., Woldu M., Okabe T.; Effect of casting method on castability of titanium and dental alloys; J. Materials Science 2000;11:547-553
4. Cheng GF, Zhong LP; Functional reconstruction of maxilla with titanium mesh and pedicled buccal fat pad flap; Plast Reconstr Surg 2005 Jan;115(1):334-6
5. Liu Y.M., Chen G.F., Yan I et al.; Functional reconstruction of maxilla with pedicle buccal fat pad flap, prefabricated titanium mesh and autologous bone grafts; Int J Oral Maxillofac Surg 2006;35:1108-1113
6. Mitsuyoshi I., Masayuki F., Hirokazu N. Et al.; Evaluation of 15 mandibular reconstructions with Dumbach Titan mesh system and particulate; cancellous bone and marrow harvested from bilateral posterior ilia; Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2009;107:e1-e8
7. Yamashita M., Yamaguchi Y., Tsuji M. Et al.; Mandibular reconstruction using autologous iliac bone and titanium mesh reinforced by laser welding for implant placement; Int J Oral Maxillofac Impl 2008; Nov-Dec;23(6):1143-6
8. Louis P.G., Gutta R., Said-Al-Naief N., Bartolucci AA; Reconstruction of the maxilla and mandible with particulate bone graft and titanium mesh for implant placement; J Oral Maxillofac Surg 2008 Feb;66(2):235-245
9. Rocuzzo M., Ranieri G., Spada MC., Bianchi SD, Berrone S.; Vertical alveolar ridge augmentation by means of a titanium mesh and autogenous bone grafts; Clin Oral Implant Res 2004Feb;15(1):73-81
10. Rocuzzo M., Ranieri G., Bunino M., Berrone S.; Autogenous bone graft alone or associated with titanium mesh for vertical alveolar ridge augmentation: a controlled clinical trial; Clin Oral Implants Res 2007Jun;18(3):286-94
11. Proussaefs P., Lozada J.; Clinical radiographic and histologic evaluation of maxillary bone reconstruction by using a titanium mesh and autogenous iliac graft: a case report; J Oral Implantol 2002;28(1):9-14
12. Proussaefs P., Lozada J., Kleinman A. Et al.; The use of titanium mesh in conjunction with autogenous bone graft and inorganic bovine bone mineral (bio-oss) for localized alveolar ridge augmentation: a human study; Int J Periodontic Rest Dent 2003 Apr;23(2):185-95
13. Proussaefs P., Lozada J.; Use of titanium mesh for staged localized alveolar ridge augmentation: clinical and histological-histomorphometric evaluation; J Oral Implantol 2006;32(5):237-47
14. Artzi Z., Dayan D., Alpern Y., Nemcovski CE; Vertical ridge augmentation using xenogenic material supported by a configured titanium mesh; clinicohistopathologic and histochemical study; Int J Oral Maxillofac Impl 2003 May-Jun;18(3):440-6
15. Thor A.; Reconstruction of the anterior maxilla with platelet gel, autogenous bone and titanium mesh: a case report; Clin Implant Dent Relat Res 2002;4(3):150-5
16. Aikawa T., Iida S., Senoo H. Et al.; Widening a narrow posterior mandibular alveolus following extirpation of a large cyst: a case treated with a titanium mesh-plate type distractor; Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2008;Nov106(5):e1-e7
17. Maiorana C., Santoro F., Rabagliati M., Salina S.; Evaluation of iliac cancellous bone and anorganic bovine bone in the reconstruction of the atrophic maxilla with mesh: a clinical and histologic investigation; Int J Oral Maxillofac Impl 2001 May-Jun;16(3):427-32
18. Sumi Y., Mayaiishi O., Tohnai I., Ueda M.; Alveolar ridge augmentation with titanium mesh and autogenous bone; Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2000;Mar89(3):268-70
19. Von Arx T., Kurt B.; Implant placement and simultaneous ridge augmentation using autogenous bone and micro titanium mesh: a prospective clinical study with 20 implants; Clin Oral Implant Res 1999 Feb;10(1):24-33
20. Von Arx T., Kurt B.; Implant placement and simultaneous peri implant bone grafting using micro titanium mesh for graft stabilization; Int J Periodont Rest Dent 1998Apr;18(2):117-27
21. Von Arx T., Walkamm., Hardt. M.; Local osteoplasty with micro titanium mesh (TIME) for alveolar ridge augmentation; Schweiz Monsschr Zahnmed 1995;105(5):650-63
22. Von Arx T., Walkamm., Hardt. M.; Localized ridge augmentation using a micro titanium mesh: a report of 27 implants followed from 1-3 years after functional loading; Clin Oral Implant Res 1998 Apr;9(2):123-30
23. Malchiodi M., Scarano A., Quaranta M., Piattelli A.; Rigid fixation by means of titanium mesh in edentulous ridge expansion for horizontal ridge augmentation in the maxilla; Int J Oral Maxillofac Impl 1998 Sep-Oct;13(5):701-5
24. Tideman H., Samman N., Cheung LK; Functional reconstruction of the mandible: a modified titanium mesh system; Int J Oral Maxillofac Surg 1998Oct;27(5):339-45
25. Watanabe K., Okawa S., Miyakawa O. Et al.; Molten titanium flow in a mesh cavity by the flow visualization technique; Dent Mater J 1991 Dec;10(2):128-37



Dr. Stefano Patroni

Laureato con lode in medicina e chirurgia presso l'Università di Parma nel 1981.
Laureato in Medicina Dentale presso l'università degli studi di Ginevra nel settembre del 1986 (L.M.D. Università di Ginevra).
Insegna Implantologia e protesi supportata da impianti nei corsi di perfezionamento in implantologia presso le Università di Parma, e di Modena-Reggio Emilia.
Professore a contratto dall'anno 2007 di "Biomeccanica Protesica e Implantoprotesi" presso il corso di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria presso l'Università degli studi di Parma.
Tiene corsi privati di Protesi Fissa e Implantologia
Dall' Aprile 1989 socio attivo dell'Accademia Italiana di conservativa (A.I.C.).
Relatore a numerosi corsi e congressi
Esercita la libera professione nella città di Piacenza.

Estetica, approccio conservativo, piano di trattamento

Dott. Patroni, l'estetica delle riabilitazioni implantari è sempre stato uno dei focus dei suoi interventi ai numerosi congressi nazionali ed internazionali a cui è stato invitato. Come si impara a fare estetica?

Posta in modo così diretto la sua domanda sembrerebbe provocatoria, in quanto molti sarebbero portati ad intendere l'estetica come un aspetto determinabile in modo puramente soggettivo.

In realtà non è affatto così: l'estetica è la diretta conseguenza dell'armonia, della simmetria ed in odontoiatria esistono parametri ben determinati da seguire per raggiungere un sorriso "estetico" o per ridare estetica ad un sorriso, un volto.

In tutti i miei corsi o relazioni parto dal principio che per poter eseguire un lavoro che soddisfi dal punto di vista estetico in implantologia bisogna prima aver ben chiari i parametri estetici fondamentali della protesi fissa.

Abbiamo criteri extra orali che portano a ricercare l'armonia orizzontale e verticale.

Si deve cercare, ad esempio, di far coincidere la linea mediana del volto con la linea interincisiva ed il piano incisale dovrebbe essere parallelo alla linea bipupillare ed alle commessure labiali.

Nelle grosse riabilitazioni protesiche dell'arcata superiore inoltre si deve ricercare il sostegno del labbro superiore. Poi ci sono criteri intraorali che riguardano la forma e la dimensione dei denti.

Ogni elemento dentale ha un'anatomia ben precisa e le dimensioni hanno valori numerici ben determinati, leggermente oscillanti in funzione del sesso e della struttura fisica dell'individuo. Niente è legato al caso od al criterio soggettivo: odontoiatra e tecnico devono conoscere perfettamente i parametri a cui fare riferimento.

Estetica si raggiunge anche mediante la corretta gestione e dei tessuti duri e molli.

Se parliamo di implantologia il supporto osseo alveolare del sito ricevente deve essere ben rappresentato per consentire un corretto posizionamento dell'impianto dal punto di vista tridimensionale.

A livello dei tessuti duri, quindi, ove la condizione anatomica non ci prospetti la possibilità di avere una sede corretta, possiamo intervenire chirurgicamente sfruttando la rigenerazione ossea (GBR), l'uso di membrane o di innesti di osso autologo.

La gestione chirurgica dei tessuti molli periimplantari può portare a ricorrere ad innesti di tessuto connettivale per creare una buona armonia con i tessuti di contorno e comunque fondamentale risulta essere, in particolare modo a livello dei sestanti anteriori, il condizionamento dei tessuti mediante il provvisorio.

In definitiva l'estetica si ottiene solamente non accettando dei compromessi, né chirurgici né protesici, ma mettendo in opera tutte le nostre conoscenze implantari e di derivazione parodontale oltre che sfruttando i parametri estetici derivati dalla protesi fissa.

Approccio conservativo vs implantologia. Sempre più spesso l'implantologia sembrerebbe prendere il posto delle altre soluzioni. Cosa raccomanderebbe ad un giovane laureato a cui l'implantologia potrebbe sembrare la soluzione più semplice e veloce?

Penso che per poter essere un buon professionista si debba prima di tutto essere in grado di avere una visione globale del paziente e delle sue problematiche dentali e ciò si può attuare solo nel momento in cui si abbiano conoscenze ampie ed approfondite in tutti i campi dell'odontoiatria. Diversamente è impossibile stilare un corretto piano di trattamento ideale.

Fondamentale è dunque non limitare la propria esperienza e conoscenza professionale ma continuare ad aggiornarsi per non essere all'oscuro delle più recenti acquisizioni.

L'evoluzione in atto a livello di tutti i rami dell'odontoiatria, sia che si parli di conservativa o parodontologia o protesi, ha un unico obiettivo: quello di preservare il più a lungo possibile il dente e le strutture limitrofe perché niente di artificiale, per quanto ben eseguito, sarà in grado di essere paragonabile al naturale.

E così si cerca di allungare quella che possiamo identificare come la scala della vita degli elementi dentali.

Esistono materiali e tecniche che hanno inserito, se mi

consente di continuare in questo paragone, nuovi gradini nella scalinata. L'implantologia rimane però sempre l'ultimo piano. Il pianerottolo finale.

Se quindi approvo la superspecializzazione, penso che essa debba essere affiancata a grandi conoscenze in tutti i campi perché la soluzione apparentemente più semplice e veloce potrebbe in alcuni casi risultare invece la più affrettata, la meno indicata e la più dannosa.

Dal suo punto di vista e con la sua esperienza, quali sono i requisiti indispensabili per un corretto piano di trattamento?

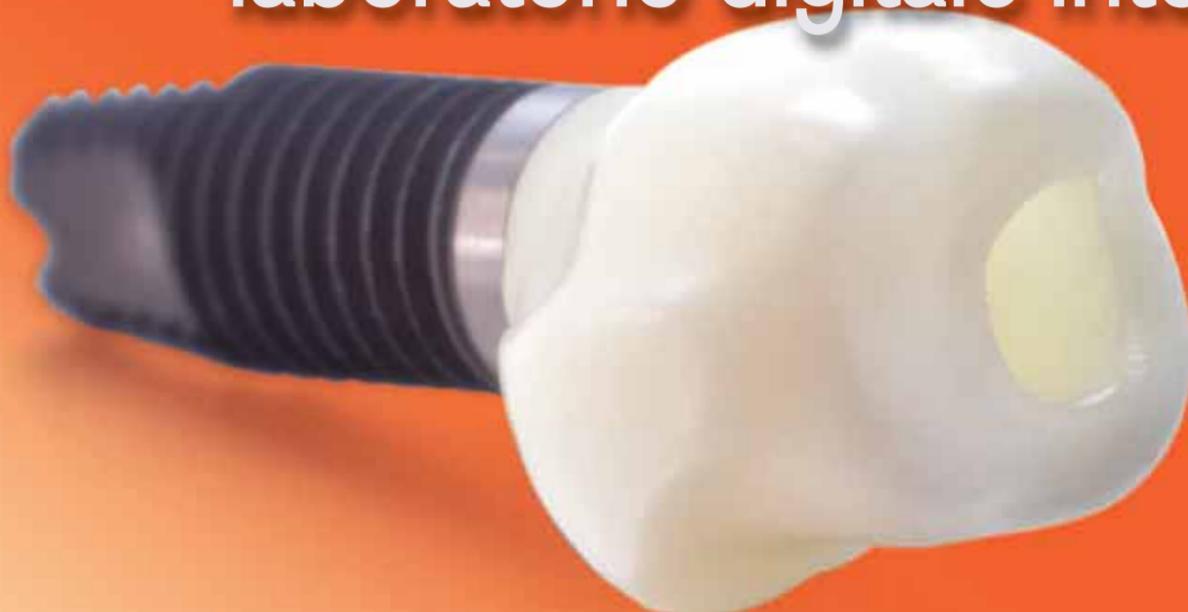
Fare un piano di trattamento non significa soltanto capire quali siano le problematiche e le patologie dei pazienti che visitiamo, ma significa anche dare una priorità a certe cure rispetto ad altre, in modo che tutto venga risolto nel modo e nei tempi corretti. In questo senso operare in uno studio dove ci sia sintonia, lavoro di equipe e dialogo è fondamentale. Dopo una visita accurata che si avvale obbligatoriamente anche dell'ausilio di radiografie e modelli di studio montati in articolatore, deve essere stilato un primo piano di trattamento che riguarda la preparazione iniziale e le cure conservative ed endodontiche eventualmente necessarie.

L'igiene e la motivazione sono il punto di partenza, sia per creare le condizioni idonee a procedere operativamente che per dare ai pazienti i mezzi per mantenere lo stato di salute raggiunto. Senza questa fase tutti i nostri sforzi successivi risulterebbero vani. Solo dopo aver risanato il parodonto ed eseguito le terapie conservative ed endodontiche di cui i pazienti necessitano si può stilare un secondo piano di trattamento che riguarda la fase protesica, chirurgico-parodontale ed implantare. Questo è di fondamentale importanza ma troppo spesso viene sottovalutato. Per avere successo e perché il nostro lavoro sia duraturo dobbiamo prima di tutto eliminare la carica batterica presente e motivare il paziente in modo corretto perché diversamente non avremo "fondamenta" solide che possano sostenere gli impianti ed i restauri protesici. Nello stesso tempo al termine della prima fase di risanamento potremo avere una visione più chiara e veritiera delle condizioni orali del paziente, della sua collaborazione e della risposta a livello dei tessuti di sostegno e quindi stilare il piano di trattamento protesico/implantare più idoneo e corretto. Ordine, rigore procedurale e aggiornamento sono elementi che nella nostra pratica quotidiana non devono mai mancare. E se questo, dopo ciò che ho appena detto, può sembrare importante per l'esecuzione di un corretto piano di lavoro, a mio modo di vedere lo è anche nel momento in cui eventualmente si decida di avvicinarsi ad una superspecializzazione, come l'implantologia, ma soprattutto deve essere il filo conduttore di ogni nostra giornata lavorativa.

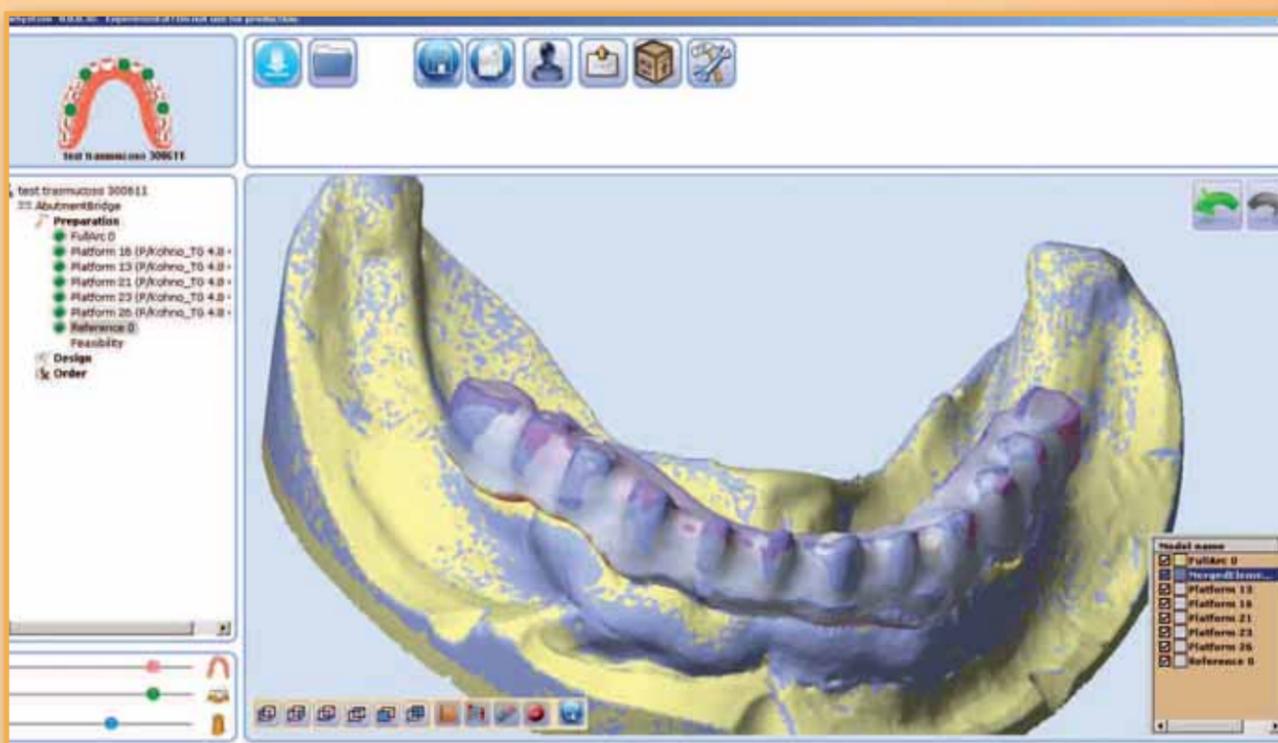
10

ECHO2

scopri il nuovo laboratorio digitale integrato



- > Licenza software cad ECHO2 **gratuita** scaricabile da internet
- > **Garanzia** di 5 anni in tutti i manufatti Echo2
- > Compatibile con tutte le tipologie di **scanner aperti**
- > Gamma completa di **materiali** (zirconio, cromo cobalto, biotitanio, fibra di vetro e PMMA per provvisori)
- > Nuove **librerie** con molteplici sistemi implantologici (Sweden & Martina e maggiori competitor)
- > Nuove **funzioni** di modellazione
- > **Compatibilità** con sistema operativo Windows7, 64 bit
- > Servizio **Scancenter** mediante invio di modelli al milling center Sweden&Martina



11

CAD CAM

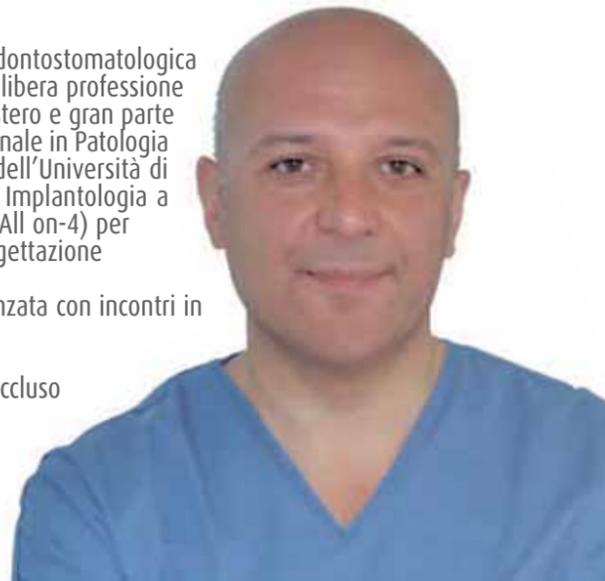
Dr. Marco Cavallari

Diplomato in Odontotecnica, laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Torino, ha frequentato la Clinica Odontostomatologica dell'Università dal 1986 al 1990 presso i reparti di Chirurgia estrattiva, Chirurgia orale e il reparto di Chirurgia maxillo-facciale. In libera professione si è occupato da subito di Parodontologia, Implantologia e Chirurgia orale, frequentando stage di perfezionamento in Italia e all'estero e gran parte dei congressi nazionali e internazionali di Implantoprotesi. Autore di diversi redazionali e di una pubblicazione a carattere internazionale in Patologia orale (Journal Oral Pathology, in collaborazione con la Clinica Odontoiatrica, la clinica Pediatrica e il reparto di Malattie Infettive dell'Università di Torino), attualmente si occupa di Implantologia orale, tecniche rigenerative di chirurgia ossea ricostruttiva a scopo implantare, Implantologia a carico immediato (tradizionale e computer guidata) e Implantoprotesi. Dal 2008 effettua interventi con la tecnica di Paulo Malò (All on-4) per il posizionamento immediato di protesi fisse one-day sia in anestesia locale che in sedazione endovenosa, tradizionali e con progettazione PC guidata con tecnologia Symplant 3D.

Dal 2003 al 2005 è socio ordinario GIR (Group for Implant Research), gruppo che promuove la ricerca in chirurgia implantare avanzata con incontri in Italia e alla New York University (U.S.A). Dal 2007 è socio ordinario S.I.O. (Società di Implantologia Osteointegrata) e S.I.C.O.I. (Società Italiana di Chirurgia Orale e Implantologia).

Si occupa di correlazioni visio-occluso-posturali e odontoiatria olistica, in collaborazione con l'A.I.S.O.P. (Associazione Italiana Studi Occluso Posturali) di cui è socio effettivo dal 2008. Collaboratore per il Piemonte del progetto studi occluso-posturali del reparto di gnatologia clinica dell'Università San Raffaele di Milano diretto dal Prof. T. Toti.

Coautore del progetto O.R.I.S. (Odontoiatria Razionale e Implantologia Semplificata), collabora in qualità di chirurgo implantologo con l'equipe medico odontoiatrica e coordina lo staff di medicina olistica presso i centri medico odontoiatrici di Racconigi (CN) e Venasca (CN). Consulente in Implantologia e Chirurgia Orale presso numerosi Centri Odontoiatrici.



Odt. Valerio Burello

Torinese, classe 1953, odontotecnico dal 1973 e titolare di laboratorio dal 1976, ha partecipato a numerosi corsi e congressi di aggiornamento di protesi fissa e su impianti.

Specializzato nella realizzazione di protesi implantare con metodiche CAD-CAM.

Dal 1989 collabora con il Reparto di Protesi della Clinica Odontostomatologica dell'Università di Torino (attualmente Dental School), dedicandosi alla ricerca, alla didattica e alle attività di pertinenza odontotecnica in particolare alla protesi fissa e alla protesi supportata da impianti.

Relatore a conferenze e congressi nazionali ed internazionali e autore di numerosi articoli su riviste.

Co-autore del testo "Il carico immediato in implantologia" (Prof. Marco Mozzati - 2006).

Co-autore dell'opera Multimediale edita da Utet scienze mediche e GDS, "Med Tutor in Odontoiatria".

Tuttora è socio COC, del quale nel 1996 ha ricoperto la carica di presidente.

Socio fondatore e tuttora consigliere della SISOS. È il responsabile del Museo di Odontoiatria della Dental School di Torino.

Tecnica implanto-protetica a carico immediato del dr. Paulo Malò con impianti angolati; casi clinici

Introduzione

Oggi ciascuno di noi tende ad interpretare il concetto di "qualità della vita" come un senso di benessere, percepito sulla base delle proprie esperienze ed aspettative nell'ambito socio-culturale in cui vive la propria esistenza.

La salute dell'apparato stomatognatico influenza fortemente la qualità della vita di una persona; la perdita dei denti è spesso vissuta come una pronunciata disabilità sociale, psicologica e funzionale, al punto che anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha riconosciuto tale disabilità nell'ambito della classificazione ICF (International Classification of Functioning, Disabilities and Health), come grave menomazione perché difficile da mascherare.

L'importanza dell'aspetto fisico nella società occidentale sta assumendo un ruolo sempre più determinante in ogni fascia d'età; anche le persone anziane considerano oggi un'estetica gradevole tanto importante quanto quelle più giovani.

I media contribuiscono poi a creare modelli di bellezza che non prevedono segni di invecchiamento.

La perdita dei denti causa importanti mutamenti nell'estetica di un volto conseguenti alla perdita di supporto alle labbra ed un conseguente cambiamento espressivo; ricordiamo che i denti e gli occhi sono i punti del volto dove si concentra maggiormente l'attenzione di un interlocutore durante una conversazione.

I portatori di protesi mobile sono profondamente consapevoli di questi aspetti legati alla vita di relazione ed in genere preoccupati della sua instabilità; conseguentemente potranno sviluppare una tendenza all'allontanamento dalle relazioni interpersonali ed a sviluppare comportamenti depressivi.

In questo report sulla tecnica di Malò cercheremo di interpretare al meglio le fasi diagnostiche, chirurgiche e protetiche di un caso superiore ed uno inferiore (con alcune piccole varianti e personalizzazioni) attraverso la lente della nostra esperienza clinica basata, ad oggi, sul trattamento di oltre centoventi casi.

Materiali e metodi e procedura chirurgica

La tecnica implantoprotesica con impianti angolati del dott. P. Malò, applicata in tutto il mondo con successo in migliaia di casi, consente di costruire in poche ore una protesi fissa sia al mascellare superiore che inferiore ancorata generalmente a soli quattro impianti a tutti coloro i quali presentano situazioni dentali residue molto compromesse o edentulia totale.

Una riabilitazione fissa su impianti endossei permette una

migliore accettazione del rapporto con la nuova dentatura a tutto vantaggio del senso di sicurezza ed autostima, danneggiato dalla perdita dei denti naturali.

Abbiamo sposato la metodica non appena è stato disponibile un adeguato supporto scientifico alla stessa, applicandola con razionalità in tutti quei casi nei quali le indicazioni cliniche ne suggerivano l'utilizzo.

I risultati sono stati ampiamente superiori alle aspettative per il grande entusiasmo con il quale la metodica è stata accolta dal pubblico generando un livello di collaborazione terapeutica di reciproca soddisfazione.

È quanto mai opportuno un colloquio preliminare con il paziente supportato da immagini e filmati, per comprendere in primo luogo le sue reali necessità di cura ed illustrare in modo completo e comprensibile le varie fasi di lavoro.

È inoltre di grande importanza attivare tutte le opportune indagini clinico-diagnostiche e la raccolta dei dati anamnestici per l'eliminazione dal protocollo dei pazienti con fattori di rischio generici o specifici che controindicano in generale tutte le metodiche implanto-protetiche ed in particolare quelle cosiddette a "carico immediato".

Nella seduta successiva si procede alla rilevazione delle impronte, della dimensione verticale, delle immagini fotografiche e, nel caso di portatori di protesi mobile completa, alla duplicazione della stessa.

Il laboratorio procede successivamente al montaggio in articolatore a valore medio dei modelli master che verranno successivamente utilizzati per la realizzazione della prima protesi da applicare il giorno dell'intervento.

Contestualmente viene preparata una copia esatta della prima protesi in resina trasparente ortodontica che verrà utilizzata come dima chirurgica in una prima fase e, ad intervento ultimato, come porta impronte individuale.

Per questa ragione è importante che la dima abbia sempre punti di repere ben precisi e stabili al fine di evitare spostamenti indesiderati.

Secondo la metodica ufficiale di Malò gli impianti, in numero di quattro, vengono inseriti con un'angolazione media intorno ai 30° per quanto riguarda le aree posteriori del mascellare superiore e della mandibola onde evitare i seni mascellari e le emergenze del nervo mentoniero e senza particolari angolazioni, dimensioni ossee permettendo, nelle aree più frontali, solitamente in posizione 2-2/3.

Nulla impedisce ovviamente il posizionamento verticale di tutti gli impianti qualora le condizioni anatomiche lo consentano, o con tecnica *flap-less*, poiché lo scopo ultimo della metodica è pur sempre quello di applicare una protesi fissa immediata al paziente.

Se sono presenti elementi dentari residui si effettuano le estrazioni in modo possibilmente atraumatico (personalmente utilizziamo una osteotomia mediante chirurgia piezoelettrica).



Fig. 1: Esempio di chirurgia flap-less; immediato post-operatorio impianti Outlink® Sweden & Martina
Fig. 2: Estrazioni atraumatiche; mascellare superiore

La dima viene posizionata a lembo chiuso e vengono praticati dei piccoli fori pilota con una fresa a rosetta a gambo lungo per evidenziare con buona approssimazione la posizione di inserimento degli impianti; a supporto di tale operazione, si consulta la TC o la OPT preoperatorie.



Fig. 3: Controllo con pin di parallelismo
Fig. 4: Lembo a tutto spessore e osteoplastica

Successivamente eseguiamo un lembo esteso all'intera arcata dopo l'opportuna anestesia ed una eventuale premedicazione con benzodiazepine previo consenso del paziente nel caso in cui si ritenga il suo stato emotivo inadeguato ad un tranquillo svolgimento dell'intervento.

Al mascellare superiore si "mappa" la parete mesiale del seno e si esegue il foro pilota partendo dal punto più distale possibile con inclinazione disto mesiale.

A livello mandibolare si esegue un lembo che consenta la visualizzazione delle emergenze del nervo mentale, partendo con il foro pilota dal punto più distale possibile, passando sopra il foro mentoniero e concludendo l'osteotomia mesialmente ad esso.

Eseguiamo poi un'osteoplastica per l'armonizzazione della cresta utilizzando una pinza ossivora ed un inserto diamantato piezoelettrico e raccogliendo successivamente l'osso ricavato in un dappen sterile.

Poiché uno dei requisiti fondamentali dell'implantologia a carico immediato è rappresentato da una buona stabilità primaria dell'impianto, i siti implantari vengono abbondantemente sottopreparati e gli impianti inseriti con un torque preferibilmente superiore ai 40 Nw.

Si procede all'avvitamento degli *abutment* utilizzando le opportune angolazioni al fine di ottenere un'emergenza in cresta senza disparallelismi eccessivi.



Fig. 5: Localizzazione del nervo mentoniero
Fig. 5a: Localizzazione del nervo mentoniero: particolare
Fig. 6: Posizionamento di impianto angolato Outlink® Sweden & Martina
Fig. 7: Abutment P.A.D. diritti e angolati Sweden & Martina

Prima di suturare il lembo procediamo al riempimento di eventuali difetti con l'osso autologo ottenuto con l'osteoplastica ed opportunamente macinato ed applichiamo i tappi di guarigione sugli *abutment* onde evitare di trazionare i tessuti a copertura degli stessi; la sutura viene realizzata con filo riassorbibile "Fast" poiché preferiamo non rimuovere più la protesi provvisoria sino a guarigione ultimata (o almeno sino al superamento del periodo critico in cui avviene il passaggio dalla stabilità primaria alla secondaria) evitando manovre di *controtorque*.

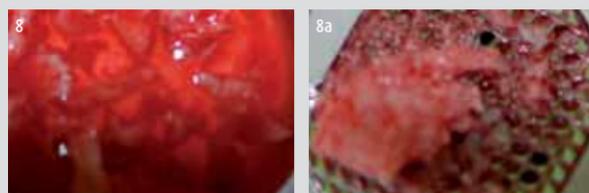


Fig. 8 e 8a: Osso autologo macinato (bone chips)

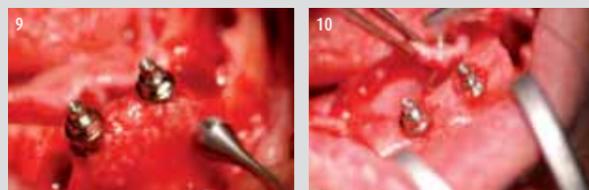


Fig. 9: GBR con osso autologo
Fig. 10: Applicazione di membrana riassorbibile



Fig. 11: Tappi di guarigione P.A.D. Sweden & Martina
Fig. 12: Pilastrini rotanti P.A.D. Sweden & Martina

Quindi vengono solidarizzati alla dima con un gel fotopolimerizzante curando con estrema attenzione la posizione in occlusione centrica della stessa attraverso opportuni reperi.

Una volta controllato che non vi siano interferenze si procede all'iniezione di un materiale da impronta siliconico di media densità, sterile e radiopaco, all'interno della dima. Successivamente si effettua una rilevazione occlusale di conferma; le viti di bloccaggio degli *abutment* vengono rimosse, il blocco-impronta estratto dalla cavità orale e riposizionati i tappi di guarigione; si esegue una OPT di controllo per evidenziare eventuali infiltrazioni di materiale da impronta sotto il lembo e la coerenza impianti/*abutment*. Il paziente viene dimesso e può tornare a casa in attesa della fase protesica.

Il laboratorio procede al rimontaggio in articolatore del modello ricavato dall'impronta post-chirurgica utilizzando i reperi occlusali di controllo; successivamente ingloba i monconi provvisori nella protesi precedentemente costruita secondo i parametri rilevati nella fase preliminare sul paziente.

La protesi provvisoria viene quindi dotata di un rinforzo metallico, rifinita e lucidata.

A livello dell'area di emergenza degli *abutment* viene realizzato un profilo atto ad impedire il ristagno di cibo ed a guidare la guarigione dei tessuti molli.



Fig. 13: Rimontaggio in articolatore
Fig. 14: Protesi provvisoria avvitata dopo la chirurgia

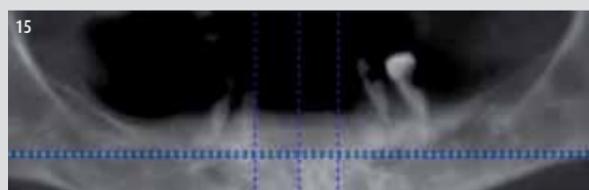


Fig. 15: Tc cone beam della pz. prima della chirurgia

Nel pomeriggio il paziente viene richiamato in studio e la protesi installata in pochi minuti; si effettua un attento controllo occlusale (come suggerisce la scuola di Malò si concede una guida canina evitando il contatto nei quadranti

posteriori dove la protesi è ancorata agli impianti che supporteranno il maggior carico -circa l'80%-) e si serrano le viti di fissaggio con un *torque* di 20 Nw.

Quindi viene dimesso dopo un rapido ripasso delle norme di comportamento più opportune e del protocollo terapeutico adottato; consigliamo la somministrazione di 2 gr di amoxicillina e acido clavulanico 1 ora prima dell'intervento, seguita da 1 grammo dopo circa 6 ore dalla prima somministrazione.

Subito dopo l'intervento 1 cpr di prednisone da 25 mg, 1 cpr/die per i 3 gg successivi ed una riduzione a scalare di 1/2 cpr per altri 3 gg. Dexibuprofene da 400 mg al bisogno, risciacqui con collutorio clorexidina 0,20% domiciliare mentre in studio effettuiamo medicazioni con acido ialuronico e gel di clorexidina. Il primo controllo viene effettuato a 3 gg, per la verifica dello stato di serraggio delle viti, dei rapporti occlusali, del livello di guarigione dei tessuti molli. Ai controlli successivi, settimo e quindicesimo giorno, non vengono più effettuate manovre sulle componenti protesiche ma ripetuti e scrupolosi controlli dei rapporti occlusali che nel primo periodo mutano frequentemente a causa della perdita delle informazioni propriocettive e della conseguente variabilità del reset neuromuscolare della deglutizione e della relativa risposta corticale con la "produzione" di engrammi sempre differenti. Ad ognuna di queste sedute effettuiamo lavaggi sotto la protesi con un disinfettante e l'applicazione di gel di clorexidina. Se tutto procede bene si effettuano ulteriori controlli a 30, 60 e 90 giorni.

Soltanto dopo i primi 40-45 giorni, quando è in corso, mediamente, il passaggio dalla stabilità primaria a quella secondaria dei nostri impianti, eseguiamo una eventuale ribasatura solo se strettamente necessaria.



Fig. 16: Barra cad-cam in cro-co per protesi in acrilico definitiva
Fig. 17: Protesi definitiva in acrilico



Fig. 18: Caso terminato

Per l'impronta definitiva viene utilizzata nuovamente la dima chirurgica o, in alternativa, un nuovo p.i.i. e ripetuta la procedura di laboratorio della prima fase, con l'aggiunta di una prova estetico-funzionale intermedia e la realizzazione di una barra fresata realizzata generalmente con tecnica cad-cam in titanio o cromo-cobalto a seconda delle necessità di finalizzazione determinate dalla conformazione della protesi e dalla scelta del paziente.

Excursus fotografico del caso superiore con la medesima tecnica e sequenza metodologica

In particolare, alla prova estetica e funzionale intermedia e dopo una settimana dal posizionamento della protesi definitiva, effettuiamo alcuni test occluso-posturali propri dell'inquadramento di tipo olistico della nostra odontoiatria, per verificare che i parametri gnatologici della nuova protesi siano perfettamente integrati nell'equilibrio corporeo complessivo dell'individuo che dovrà utilizzarla.

Il paziente viene quindi istruito circa le manovre di igiene e corretto mantenimento della sua protesi ed inserito nel protocollo dei relativi controlli periodici che prevedono una verifica semestrale nei primi due anni ed il passaggio a successivi controlli annuali.

Tuttavia, sebbene la selezione del paziente da sottoporre ad intervento tenga conto fin dal principio della sua *compliance*, in particolare per ciò che riguarda la motivazione all'igiene orale, i controlli vengono personalizzati al fine di evitare problematiche legate a fattori individuali di scarso controllo di placca.

Al fine di rendere predicibile la durata nel tempo dell'integrazione implantare e più semplici le manovre igieniche di mantenimento, al termine dell'intervento, nei casi in cui vi siano spessori eccessivi della mucosa (soprattutto al mascellare superiore) eseguiamo con un *panching* una abbondante gengivoplastica che impedisca la formazione di un collare mucoso attorno all'*abutment*, assai pericoloso per la formazione di placca che sarebbe inevitabilmente seguita da mucosite e perimplantite.



Fig. 19: Paziente prima della chirurgia

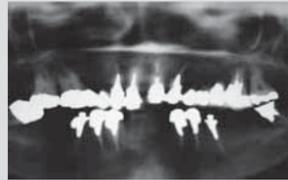


Fig. 20: Situazione radiologica prima della chirurgia



Fig. 21: Protesi provvisoria rifinita e lucidata



Fig. 22: Protesi provvisoria avvitata immediatamente dopo la chirurgia



Fig. 23: Barra cad cam in cro-co per ceramica



Fig. 23a: Barra cad cam (visione basale)



Fig. 24: Finalizzazione in ceramica, visione occlusale



Fig. 24a: Finalizzazione in ceramica, visione frontale



Fig. 25: Caso terminato; follow-up a 1 anno

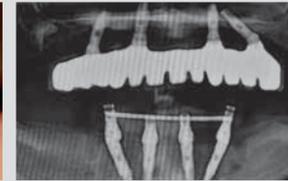


Fig. 26: Situazione radiologica a 1 anno (arcata superiore) e subito dopo la chirurgia (arcata inferiore)



Bringing Science to
the Art of Dentistry™

Bisco Research department

New ACE All-Bond TE Total-etch adhesive:

Faster & Easier Bonding Without Compromising Bond Strength or Durability

BISDENT GLOBE, volume XV, issue I, june 2011

Il nuovo sistema adesivo a mordenzatura totale **ACE All-Bond TE** è il primo adesivo universale *dual-cure* nel mercato che permette di applicare primer e bonding in un solo passaggio.

Esso combina performance adesive elevate con versatilità e durata. Molte ricerche attestano che i sistemi adesivi a due strati (sia automordenzanti che a mordenzatura totale) hanno performance durevoli nel tempo. I tradizionali sistemi ad uno strato al contrario sono permeabili, per cui le molecole di acqua penetrano attraverso lo strato di adesivo polimerizzato, richiedendo l'utilizzo di uno strato ulteriore di resina idrofobica sull'adesivo per mantenere la durabilità del sigillo. **ACE All-Bond TE** è stato sviluppato da Bisco con l'obiettivo della massima idrofobicità: esso contiene monomeri brevettati *cross-linking* per garantiscono una densità ottimale di polimerizzazione.

Bisco ha utilizzato la stessa tecnologia di resina sviluppata per la realizzazione di **BisCover**, una resina liquida per la lucidatura che polimerizza senza creare lo strato di inibi-

zione da ossigeno, cioè prima che l'ossigeno possa reagire con la superficie, creando uno strato lucido di resina con molti legami incrociati (*cross-linking*).

Lo stesso concetto è stato utilizzato nello sviluppo di **All-Bond 3 (ACE All-Bond TE)** per impedire che le molecole di acqua attraversassero lo strato adesivo. La reale efficacia è stata testata in uno studio della durata di 6 anni su **All-Bond 3 (ACE All-Bond TE)** che ha confermato valori di adesione elevati e stabilità sia con che senza lo strato aggiuntivo di resina.

Questo risultato è dovuto alla presenza dei monomeri multifunzionali *cross-linking* all'interno della formulazione dell'adesivo: essi creano una idrofobicità istantanea durante la polimerizzazione, eliminando la necessità di un ulteriore strato di resina. Il risultato è quindi un **sistema adesivo ad un solo strato durevole nel tempo** che riduce significativamente la procedura adesiva ed elimina le problematiche legate allo spessore dello strato adesivo.

14



ACE ALL-BOND TE

Nuovo sistema adesivo universale a mordenzatura totale

- > Il sistema adesivo BISCO ad un solo strato;
- > adesione facile e veloce, con risultati durevoli;
- > confezionato in una cartuccia brevettata da utilizzare con il dispenser ACE: stabilità e performance di un adesivo bicomponente con la convenienza d'uso di un adesivo monocomponente;
- > compatibile con materiali fotopolimerizzanti, autopolimerizzanti e duali;
- > utilizzabile su tutti i substrati;
- > 6 anni di ricerche per garantire elevati valori di adesione con ridotta sensibilità post-operativa, sia con che senza strato di resina idrofobica.



Prof. Miguel Peñarrocha-Diago

Licenciado en Medicina y Cirugía, Universidad de Valencia. Doctor en Medicina y Cirugía, Universidad de Valencia.
Médico Especialista en Estomatología y en Neurología.
Máster en Cirugía e Implantología Bucal, Universidad de Barcelona.
Fellow of the European Board of Oral Surgery.
Catedrático de Cirugía Bucal de la Facultad de Medicina y Odontología de Valencia.
Director del Master de Cirugía e Implantología Bucal de la Universidad de Valencia.
Investigador del Instituto IDIBELL. Tres sexenios de investigación de la ANECA
10 libros publicados, 25 capítulos de libros, y 4 monografías on-line.
Artículos publicados: 140 con índice de impacto en JCR y 130 en revistas no indexadas.
25 premios científicos.

Dr. Hilario Pellicer-Chover

Licenciado en Odontología. Universidad Cardenal Herera-CEU, Moncada 2009
Residente del Máster de Cirugía e Implantología Oral.
Universidad de Valencia, 2009-2012
Máster Oficial en Ciencias Odontológicas. Universidad de Valencia, 2011



Dr. David Peñarrocha-Oltra

Licenciado en Odontología (Premio extraordinario al mejor expediente). Universidad de Valencia, Valencia 2009
Residente del Máster de Cirugía e Implantología Oral. Universidad de Valencia, 2009-2012
Máster Oficial en Ciencias Odontológicas. Universidad de Valencia, 2011



Rehabilitación con prótesis fija de arco completo maxilar y mandibular sobre implantes postextracción. A propósito de un caso

Riabilitazione con protesi fissa ad arco completo mascellare e mandibolare su impianti post-estrattivi. Case report

Introducción

Los implantes inmediatos son una modalidad de tratamiento con una elevada tasa de éxito⁽¹⁾. Chen y Cols⁽²⁾ realizaron una revisión de la literatura comparando las tasas de éxito y resultados clínicos asociados con los implantes inmediatos, tempranos y diferidos; observaron tasas de éxito similares entre grupos. Algunas de las ventajas con respecto a los implantes diferidos son: reducción de la pérdida ósea, disminución de los tiempos de tratamiento y se evitan segundas cirugías⁽³⁾.

Se han encontrado pocos estudios que evalúan la satisfacción de los pacientes con el tratamiento rehabilitador en una arcada desdentada⁽⁴⁻⁶⁾. Además, no existe homogeneidad en cuanto al método empleado para evaluar la percepción de los pacientes. Van Steenberghe y cols.⁽⁷⁾ evaluaron mediante EVA la satisfacción con la estética, la función, la fonación y la sensación táctil de los pacientes a los 3 meses de la carga inmediata. La satisfacción fue muy elevada respecto a estética, función y sensación táctil; en cambio, alrededor de la mitad de los pacientes refirieron sólo una satisfacción moderada con la fonación. Estos autores también registraron la opinión del clínico respecto a estética y función, clasificándolas como excelente, buena, aceptable, inaceptable: 18 de las 24 tuvieron una función excelente, y 16 una estética excelente; únicamente una prótesis tuvo una estética inaceptable por una desviación marcada de la línea media y fue repetida.

El objetivo de este estudio fue presentar un caso de rehabilitación oral con prótesis fija de arco completo maxilar y mandibular sobre implantes postextracción. Se valoró la satisfacción del paciente con la prótesis provisional y definitiva, el éxito y pérdida ósea marginal a los 12 meses de la carga protésica.

Introduzione

Gli impianti immediati rappresentano una modalità di trattamento ad alta percentuale di successo⁽¹⁾. Chen e coll.⁽²⁾ hanno preso in esame la letteratura per confrontare le percentuali di successo e i risultati clinici associati agli impianti immediati, precoci e differiti, riscontrando che tali percentuali erano simili tra i gruppi analizzati. Alcuni dei vantaggi rispetto agli impianti differiti sono: la riduzione della perdita ossea, la diminuzione dei tempi di trattamento e l'assenza di secondi interventi⁽³⁾. È stato evidenziato che in pochi studi viene valutata la soddisfazione dei pazienti nei confronti del trattamento riabilitativo in un'arcata edentula⁽⁴⁻⁶⁾. Inoltre, non vi è omogeneità nel metodo adottato per valutare la percezione dei pazienti. Van Steenberghe e coll.⁽⁷⁾ hanno valutato, tramite VAS, la soddisfazione per l'estetica, la funzionalità, la fonazione e la sensazione tattile dei pazienti a distanza di 3 mesi dal carico immediato. La soddisfazione è stata molto alta per quanto riguarda l'estetica, la funzionalità e la sensazione tattile; circa la metà dei pazienti ha manifestato, invece, una soddisfazione soltanto moderata in relazione alla fonazione. Questi autori hanno inoltre registrato il parere del medico per quanto riguarda l'estetica e la funzionalità, classificandole come eccellente, buona, accettabile, inaccettabile: 18 su 24 hanno riscontrato una funzionalità eccellente e 16 un'estetica eccellente; solamente in un caso la protesi è stata giudicata inaccettabile esteticamente, per una marcata deviazione della linea mediana, ed è stata ripetuta.

Lo scopo del presente studio è stato quello di presentare un caso di riabilitazione orale con protesi fissa ad arcata completa mascellare e mandibolare su impianti post-estrattivi. A distanza di 12 mesi dal carico protesico sono stati valutati la soddisfazione del paziente per la protesi provvisoria e definitiva, il successo e la perdita ossea marginale.

15

CASE REPORT

Caso clínico

Mujer de 56 años de edad, que no presenta enfermedades sistémicas de interés ni alergias conocidas y no toma ninguna medicación de forma habitual. Acude al Servicio de Cirugía Bucal de la Universitat de Valencia para valoración de colocación de implantes. La paciente refiere tener problemas en la masticación y estar descontenta con el aspecto estético de sus dientes; tras la exploración clínica (Fig. 1 A-B), se observó una periodontitis crónica generalizada avanzada, se realizó una radiografía panorámica (Fig. 2) y se tomaron impresiones obteniendo unos modelos que fueron analizados en el articulador semiajustable Whip-Mix 3000® (Whip-Mix Corporation, Louisville, USA). Posteriormente, se realizó un encerado diagnóstico para evaluar los parámetros estéticos y la relación de los dientes con el borde alveolar (perfiles de emergencia). Se preparó una guía quirúrgica y se tomó un registro de oclusión céntrica en cera.

La cirugía se realizó bajo sedación consciente intravenosa con propofol 1% (Diprivan, Astra Zeneca Farmacéutica España S.A., Madrid, España) y midazolam; y con anestesia local con articaina 4 % con epinefrina 1:100000. Se procedió a la extracción de todos los dientes remanentes de forma atraumática colocando 14 implantes Sweden & Martina (Due Carrare, Italia); 8 situados en el maxilar superior y 6 en mandíbula (Fig. 3 A-D), todos los implantes se colocaron de forma subcrestal. Posteriormente, se pautó tratamiento antibiótico con amoxicilina 500 mg, 3 veces al día durante 7 días (Clamoxyl; GlaxoSmithKline, Madrid, España), junto con ibuprofeno 600 mg, 3 veces al día durante 3 días (Bexistar; laboratorio Bacino, Barcelona, España) y enjuagues de clorhexidina al 0.12% (GUM; John O. Butler Co, A SunStar Company, Chicago, USA).

Se confeccionaron unas prótesis removibles provisionales de resina durante el periodo de osteointegración de los implantes (Fig. 4). La prótesis definitiva se colocó a los tres meses después de la cirugía (Fig. 5 A-B).

El paciente señaló en una escala visual analógica (EVA), el grado de satisfacción con la estabilidad, confort, limpieza, y estética de la prótesis provisional y de la definitiva. Las palabras de referencia fueron "completamente insatisfecho" y "completamente satisfecho". Se observó una alta satisfacción para la prótesis definitiva, por el contrario, la prótesis provisional obtuvo unos valores menores en todas los parámetros recogidos: estabilidad (prótesis temporal 6,8; prótesis definitiva 9,3), confort (prótesis temporal 7,5, prótesis definitiva 9,0), limpieza (prótesis temporal 8,7, prótesis definitiva 9,2), estética (prótesis temporal 7,6, prótesis definitiva 9,2), y satisfacción general (prótesis temporal 7,8, prótesis definitiva 9,3).

A los 12 meses de la carga protésica, se realizó un control radiográfico midiendo la pérdida ósea utilizando el protocolo descrito por Peñarrocha y cols.⁽⁸⁾ Se observó una pérdida ósea media de 0.7 ± 0.2 mm en los implantes.



Caso clínico

Donna di 56 anni, che non presenta malattie sistemiche importanti o allergie conosciute e non assume abitualmente farmaci. Si rivolge al Servizio di Chirurgia Orale dell'Università di Valencia per una valutazione degli impianti. La paziente lamenta problemi di masticazione e riferisce di non essere soddisfatta dell'aspetto estetico dei suoi denti. L'esplorazione clinica (Fig. 1 A-B) evidenzia una parodontite cronica generalizzata avanzata. È stata eseguita una radiografia panoramica (Fig. 2) e sono state prese le impronte; i modelli così ottenuti sono stati analizzati nell'articulatore semiregolabile Whip-Mix 3000® (Whip-Mix Corporation, Louisville, Stati Uniti d'America). In seguito si realizza una ceratura diagnostica per valutare i parametri estetici e la relazione dei denti con il bordo alveolare (profili di emergenza). È stata preparata una dima chirurgica ed realizzata un'impronta in cera dell'occlusione centrica.

L'intervento chirurgico è avvenuto in sedazione cosciente intravenosa con propofol 1% (Diprivan, Astra Zeneca Farmacéutica España S.A., Madrid, Spagna) e midazolam; e in anestesia locale con articaina 4 % con epinefrina 1:100000. Si è proceduto all'estrazione atraumatica di tutti i denti restanti e all'inserimento di 14 impianti Sweden & Martina (Due Carrare, Italia): 8 posizionati nel mascellare superiore e 6 nella mandibola (Fig. 3 A-D); il posizionamento di tutti gli impianti è avvenuto a livello subcrestale. Successivamente si ricorre al trattamento antibiotico con amoxicillina 500 mg, 3 volte al giorno per 7 giorni (Clamoxyl; GlaxoSmithKline, Madrid, Spagna), associato a ibuprofene 600 mg, 3 volte al giorno per 3 giorni (Bexistar; laboratorio Bacino, Barcellona, Spagna) e risciacqui con Clorexidina allo 0,12% (GUM; John O. Butler Co, A SunStar Company, Chicago, Stati Uniti d'America).

Sono state realizzate protesi rimovibili provvisorie in resina da utilizzare durante il periodo di osteointegrazione degli impianti (Fig. 4). La protesi definitiva è stata caricata tre mesi dopo l'intervento chirurgico (Fig. 5 A-B).

La paziente ha indicato, in una scala analogica visiva (VAS), il grado di soddisfazione per la stabilità, il confort, la pulizia e l'estetica della protesi provvisoria e di quella definitiva. Le parole di riferimento sono state: "totalmente insoddisfatto" e "totalmente soddisfatto". Si è osservata una grande soddisfazione per la protesi definitiva, mentre la protesi provvisoria ha raggiunto valori inferiori in tutti i parametri raccolti: stabilità (protesi provvisoria 6,8; protesi definitiva 9,3), confort (protesi provvisoria 7,5, protesi definitiva 9,0), pulizia (protesi provvisoria 8,7, protesi definitiva 9,2), estetica (protesi provvisoria 7,6, protesi definitiva 9,2) e soddisfazione generale (protesi provvisoria 7,8, protesi definitiva 9,3).

12 mesi prima dell'applicazione del carico protesico è stato effettuato un controllo radiografico per misurare la perdita ossea, utilizzando il protocollo descritto da Peñarrocha e coll. (8). Negli impianti si è osservata una perdita ossea media pari allo $0,7 \pm 0,2$ mm.



Discussión

Lazzara⁽⁹⁾ colocó los implantes inmediatos 2 mm subcrestales para permitir el remodelado óseo y la regeneración ósea hasta la plataforma del implante. El estudio⁽⁹⁾ concluyó que los implantes inmediatos podría permitir la conservación del hueso en el alveolo postextracción, coincidiendo con otros estudios publicados^(10, 11). Por el contrario, estudios más recientes⁽¹²⁾, observaron que la posición del cuello del implante (respecto a la cresta), no influye en los tejidos duros y blandos periimplantarios.

Después de la inserción del implante postextracción, en ocasiones, se produce un defecto circunferencial (*gap*) entre la superficie del implante y las paredes del alveolo. Dependiendo del tamaño y la ubicación del “*gap*”, podría ser necesaria la utilización de injertos y/o membranas. Polyzois y cols.⁽¹³⁾ realizó un estudio en 4 perros; observó que cuando el “*gap*” era superior a 2 mm, las técnicas de regeneración aportaron beneficios, por el contrario, cuando se trató de pequeños defectos circunferenciales, estos cicatrizaron de forma espontánea, lo que coincide con otros estudios publicados⁽¹⁴⁻¹⁶⁾.

Los estudios sobre satisfacción evalúan una serie de parámetros que pueden influir sobre la calidad de vida de los pacientes. El presente estudio empleó EVA para comparar la satisfacción conseguida mediante prótesis fija de arco completo y de prótesis provisional respecto a comodidad, estética, fonación, masticación, facilidad de higiene, autoestima, duración del tratamiento y la satisfacción global. La satisfacción del paciente fue superior en la prótesis fija de arco completo, resultados que coinciden con la mayoría de los estudios publicados en la literatura.⁽⁴⁻⁷⁾

Todos los estudios revisados sobre carga inmediata con prótesis fijas de arco completo en el maxilar muestran tasas de supervivencia elevadas, oscilando entre 87,5 y 100%^(17, 18). Chen y cols.⁽¹⁹⁾ concluyeron en su revisión que no existían diferencias estadísticamente significativas en la pérdida ósea marginal o en la profundidad de sondaje entre los implantes inmediatos, tempranos o tardíos. En el presente estudio, la pérdida ósea marginal tras un año de seguimiento fue de 0.7 ± 0.2 mm; resultados similares a los obtenidos por otros autores.^{(8) (20)}

Discussione

Lazzara⁽⁹⁾ ha posizionato gli impianti immediati 2 mm subcrestali per consentire il rimodellamento osseo e la rigenerazione ossea fino alla piattaforma dell’impianto. Sulla base delle conclusioni di tale studio⁽⁹⁾, gli impianti immediati potrebbero favorire la conservazione dell’osso nell’alveolo post-estrattivo, confermando altri studi pubblicati^(10, 11). Studi più recenti⁽¹²⁾ hanno evidenziato, invece, che la posizione del collo dell’impianto (rispetto alla cresta) non influisce sui tessuti duri e molli perimplantari.

Talvolta, in seguito all’inserimento dell’impianto post-estrattivo, si manifesta un difetto circonfrenziale (*gap*) tra la superficie dell’impianto e le pareti dell’alveolo. A seconda delle dimensioni e dell’ubicazione del “*gap*”, potrebbe rendersi necessario l’uso di innesti e/o membrane. Polyzois e coll.⁽¹³⁾ hanno condotto uno studio su 4 cani, dal quale è emerso che quando il “*gap*” è superiore a 2 mm, le tecniche rigenerative apportano benefici, ma quando i difetti circonfrenziali sono lievi cicatrizzano spontaneamente. Tali conclusioni confermano quanto evidenziato da altri studi pubblicati⁽¹⁴⁻¹⁶⁾. Gli studi sulla soddisfazione valutano una serie di parametri che possono influire sulla qualità di vita dei pazienti. Nel presente studio è stato adoperato EVA per confrontare il livello di soddisfazione raggiunto mediante protesi fissa ad arco completo e protesi provvisoria, considerando la comodità, l’estetica, la fonazione, la masticazione, la facilità di pulizia, l’autostima, la durata del trattamento e la soddisfazione complessiva. Il paziente ha espresso una soddisfazione maggiore con la protesi fissa ad arco completo, risultato confermato dalla maggior parte degli studi pubblicati in letteratura⁽⁴⁻⁷⁾.

Tutti gli studi esaminati sul carico immediato con protesi fisse ad arco completo nel mascellare indicano elevate percentuali di sopravvivenza che variano dall’87,5 al 100%⁽¹⁷⁻¹⁸⁾. Chen e coll.⁽¹⁹⁾ hanno concluso, nella loro revisione, che non ci sono differenze statisticamente significative nella perdita ossea marginale o nella profondità di sondaggio tra gli impianti immediati, precoci o differiti. Nel presente studio la perdita ossea marginale al follow-up di un anno è stata pari allo 0,7 ± 0,2 mm; i risultati sono simili a quelli ottenuti da altri autori⁽⁸⁻²⁰⁾.

Referencias

1. Quirynen M, Van Assche N, Botticelli D, Berglundh T. How does the timing of implant placement to extraction affect outcome? Int J Oral Maxillofac Implants. 2007;22 Suppl:203-23. Review.
2. Chen ST, Wilson TG Jr, Christoph HHämmerle CH. Immediate or early placement of implants following tooth extraction: review of biologic basis, clinical procedures, and outcomes. Int J Oral Maxillofac Implants 2004;19:12-25.
3. Covani U, Crespi R, Cornolini R, Barone A. Immediate implants supporting single crown restoration: a 4-year prospective study. J Periodontol. 2004;75:982-8.
4. Strietzel FP, Karmon B, Lorean A, Fischer PP. Implant-prosthetic rehabilitation of the edentulous maxilla and mandible with immediately loaded implants: preliminary data from a retrospective study, considering time of implantation. Int J Oral Maxillofac Implants 2011;26:139-47.
5. Dierens M, Collaert B, Deschepper E, Browaeys H, Klinge B, De Bruyn H. Patient-centered outcome of immediately loaded implants in the rehabilitation of fully edentulous jaws. Clin Oral Implants Res 2009;20:1070-7.
6. Erkapers M, Ekstrand K, Baer RA, Toljanic JA, Thor A. Patient satisfaction following dental implant treatment with immediate loading in the edentulous atrophic maxilla. Int J Oral Maxillofac Implants 2011;26:356-64.
7. Van Steenberghe D, Glauser R, Blombäck U, Andersson M, Schutysen F, Petersson A, Wendelhag I. A computed tomographic scan-derived customized surgical template and fixed prosthesis for flapless surgery and immediate loading of implants in fully edentulous maxillae: a prospective multicenter study. Clin Implant Dent Relat Res 2005;7 Suppl 1:S111-20.
8. Peñarrocha-Diago MA, Maestre-Ferrín L, Demarchi CL, Peñarrocha-Oltra D, Peñarrocha-Diago M. Immediate versus nonimmediate placement of implants for full-arch fixed restorations: a preliminary study. J Oral Maxillofac Surg. 2011;69:154-9.
9. Lazzara RJ. Immediate implant placement into extraction sites: Surgical and restorative advantages. Int J Periodontics Restorative Dent 1989;9:332-343.
10. Denissen HW, Kalk W, Veldhuis HA, van Waas MA. Anatomic consideration for preventive implantation. Int J Oral Maxillofac Implants 1993;8:191-196.
11. Watzek G, Haider R, Mensdorff-Pouilly N, Haas R. Immediate and delayed implantation for complete restoration of the jaw following extraction of all residual teeth: A retrospective study comparing different types of serial immediate implantation. Int J Oral Maxillofac Implants 1995;10:561-567.
12. Koh RU, Oh TJ, Rudek I, Neiva GF, Misch CE, Rothman ED, Wang HL. Hard and soft tissue changes after crestal and subcrestal immediate implant placement. J Periodontol. 2011;82:1112-20.
13. Polyzois I, Renvert S, Bosshardt DD, Lang NP, Claffey N. Effect of Bio-Oss on osseointegration of dental implants surrounded by circumferential bone defects of different dimensions: an experimental study in the dog. Clin Oral Implants Res. 2007;18:304-10.
14. Nemcovsky CE, Artzi Z, Moses O, et al: Healing of marginal defects at implants placed in fresh extraction sockets or after 4-6 weeks of healing: A comparative study. Clin Oral Implants Res 13:410, 2002.
15. Covani U, Bortolola C, Barone A, et al: Bucco-lingual crestal bone changes after immediate and delayed implant placement. J Periodontol 75:1605, 2004.
16. Covani U, Cornolini R, Barone A: Vertical crestal bone changes around implants placed into fresh extraction sockets. J Periodontol 78:810, 2007.
17. Degidi M, Piattelli A, Felice P, Carinci F. Immediate functional loading of edentulous maxilla: a 5-year retrospective study of 388 titanium implants. J Periodontol 2005;76:1016-24.
18. Testori T, Del Fabbro M, Capelli M, Zuffetti F, Francetti L, Weinstein RL. Immediate occlusal loading and tilted implants for the rehabilitation of the atrophic edentulous maxilla: 1-year interim results of a multicenter prospective study. Clin Oral Implants Res 2008;19:227-32.
19. Chen ST, Wilson TG Jr, Hämmerle CH. Immediate or early placement of implants following tooth extraction: Review of biologic basis, clinical procedures, and outcomes. Int J Oral Maxillofac Implants 19:12, 2004.
20. Pieri F, Aldini NN, Fini M, et al: Immediate occlusal loading of immediately placed implants supporting fixed restorations in completely edentulous arches: A 1-year prospective pilot study. J Periodontol 80:441, 2009.



17

Nuovo studio comparativo Resistenza alla torsione e durezza di strumenti canalari in NiTi*

Lo scopo di questa ricerca è stato di comparare la resistenza alla torsione, l’angolo di distorsione e la durezza di 5 tipi di strumenti canalari in NiTi: Twisted File e RaCe con triangolo equilaterale, ProTaper con triangolo convesso, ProFile con forma ad U e Mtwo con forma ad S.

È stata testata la misura 25/.06 degli strumenti TF, RaCe, ProFile e Mtwo e il file ProTaper F1, aventi tutti lo stesso diametro in D5. I 5 mm più apicali di questi strumenti sono stati quindi fissati con del composito ad un blocco di metallo con un foro cubico; si è poi applicata agli strumenti una rotazione antioraria di 2 g/min con un apposito dispositivo di torsione

Il monitoraggio della distorsione angolare e del torque fino al punto di rottura dello strumento ha permesso di comparare statisticamente i risultati, per generare dati di flessione e resistenza finale, tempo di indurimento e durezza. Ne è emerso un vantaggio competitivo degli strumenti Mtwo per quanto riguarda in particolare la resistenza alla torsione, che nella pratica clinica è l’aspetto principale per ridurre il rischio di separazione degli strumenti:

- > **Resistenza alla torsione:** Mtwo ha presentato le migliori performance; gli strumenti Twisted File e RaCe hanno mostrato valori alquanto bassi di rispetto agli altri strumenti; in particolare i Twisted File hanno mostrato la resistenza finale più bassa.
- > **Angolo di distorsione:** ProFile ha rilevato l’angolo di distorsione maggiore alla rottura seguito da Twisted File.
- > **Durezza:** ProFile ha evidenziato il valore più alto di durezza mentre Twisted File e RaCe hanno presentato valori bassi.

* Torsional strength and toughness of nickel-titanium rotary files

J Endod. 2011 Mar;37(3):382-6. Epub 2011 Jan 8.

Yum J, Cheung GS, Park JK, Hur B, Kim HC.

MAGNETIC MALLET

L'esclusivo strumento magneto-dinamico per rialzi ed espansioni ossee



Magnetic Mallet rappresenta un'assoluta novità nel campo della chirurgia odontoiatria avanzata.

Di recentissima realizzazione, **Magnetic Mallet** è stato ideato e brevettato come alternativa al traumatico uso di osteotomi "martellati" manualmente dal chirurgo durante il rialzo del seno mascellare e l'espansione di cresta ossea: questo strumento risulta infatti molto meno invasivo per il paziente in quanto il minor insulto agli otoliti evita la sindrome parossistica vertiginosa, ed è al tempo stesso più agevole e preciso per il medico.

Lo scopo è quello di trasmettere all'osteotomo, una volta inserito nel manipolo in dotazione, un'onda d'urto che si trasforma in impulsi calibrati e predeterminati nel tempo e nella forza.

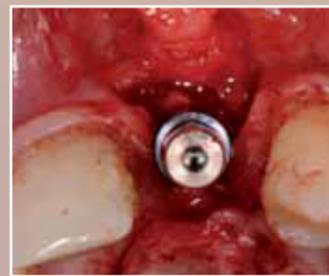
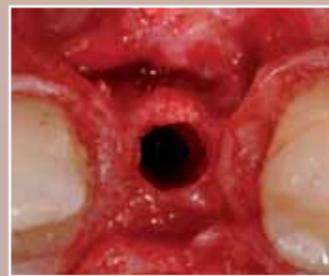
La **forza applicata risulta tripla** rispetto a quella applicata manualmente con la tecnica tradizionale, **in un tempo decisamente inferiore**; importantissimo è che la forza esercitata attraverso l'osteotomo montato sul manipolo si esaurisce nel punto di applicazione anziché distribuirsi sulla massa cranio-facciale del paziente, evitando così la temuta sindrome vertiginosa.

L'intensità di applicazione diventa inoltre stabile e ripetibile, non più operatore-dipendente, consentendo una maggior precisione e predicibilità del risultato. **Magnetic Mallet** è indicato per l'espansione sia orizzontale che verticale, per la simultanea compattazione, per l'inserimento degli impianti post-estrattivi, per l'estrazione di radici. Il kit base include 10 osteotomi per tutte le citate applicazioni; sono allo studio numerosi altri accessori per ampliare la gamma di forme e diametri.

Casi clinici disponibili su: www.sweden-martina.com

Sequenza di compattazione ed espansione ossea orizzontale effettuata con il **Magnetic Mallet**

Caso clinico per gentile concessione del Dr. Roberto Crespi, Milano

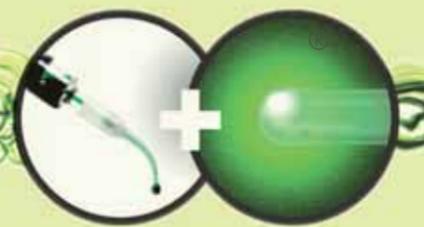


NOVITÀ DI MERCATO

18

FOX
Diode laser

EmunDo[®]



A.R.C.
LASER

Di tecnologia tedesca, **FOX** è un laser a diodi di ultima generazione che coniuga funzionalità, potenza, design e accessori assolutamente innovativi.

Numerose le caratteristiche distintive di **FOX**: è l'unico laser a diodi ad emettere un **raggio verde**, consentendo un'ottima visibilità del campo operatorio su ogni tipo di lesione anche in presenza di forte sanguinamento; di **potenza reale pari a 8W** e 810 nm, garantisce parametri sempre costanti, con risultati ripetibili e predicibili; il software prevede 99 programmi, all'interno dei quali le principali procedure sono già inserite seppur modificabili a piacimento attraverso il menù sul display digitale, semplice ed intuitivo.

Unici anche gli accessori che esaltano ancora l'unicità di questo laser a diodi.

- > Il **bisturi in zaffiro JAZZ**, che consente **taglio e coagulazione** simultanei in modo preciso e veloce, ed è in dotazione nella configurazione standard;
- > **EmunDO**, il prodotto messo a punto e certificato esclusivamente con **FOX** per una totale e **documentata azione battericida** nelle tasche parodontali con la terapia fotodinamica. **EmunDo** è l'unico prodotto di comprovata efficacia battericida ad essere completamente naturale ed innocuo (non è un farmaco);
- > La **fibra radiale**, ideale per le tasche parodontali e per la terapia **EmunDo**;
- > il manipolo per sbiancamento, con la sua fibra apposita per migliorarne l'efficacia;
- > la comoda chiave USB che permette la visualizzazione di istruzioni, video e ricambi sul display del laser.

I trattamenti con **FOX** sono delicati ma efficaci. Numerosi i campi di applicazione sui tessuti molli: frenulectomia, gengivectomia, afte, fistole, asportazione di tessuto in chirurgia endodontica e parodontale, sbiancamento, trattamento delle lesioni perimplantari, e molte altre.

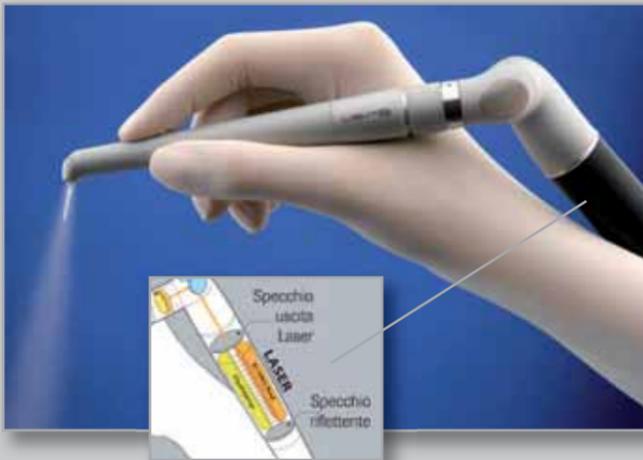


LITETOUCH™ Il rivoluzionario laser erbio senza fibra



Il rivoluzionario laser **Erbium Yag LITETOUCH**, frutto della ricerca e della tecnologia di un'azienda israeliana recentemente acquisita dalla **SYNERON MEDICAL LTD**, è ora distribuito in esclusiva da **Sweden & Martina**.

Riconosciuta ed apprezzata a livello mondiale quale la vera rivoluzione nell'utilizzo del laser Erbium Yag per il trattamento di tessuti duri e molli, l'esclusiva tecnologia del "laser-nel-manipolo" è il fiore all'occhiello dell'apparecchiatura.



Litetouch è **privo di fibra** poiché il laser è inserito nel manipolo.

Il manipolo è dotato di una **testina ruotabile a 360°**, caratteristica che in aggiunta all'assenza di fibra rende il trattamento delle aree posteriori con **Litetouch** notevolmente più agevole che con qualsiasi altra apparecchiatura laser, limitata dalla presenza della fibra o del braccio articolato.

La capacità di taglio e la precisione di **Litetouch** sono sorprendenti, ancor più se si considerano le **dimensioni estremamente compatte** dell'apparecchio: alto poco più di 40 cm, **Litetouch** pesa solo 20 kg, risultando quindi facilmente trasportabile.

Numerosi gli **accessori a disposizione**, dalle punte di varie dimensioni in zaffiro, agli accessori per estetica, quali il manipolo dedicato e le punte, che consentono sia trattamenti odontoiatrici che estetici.

Per richiedere informazioni o una visita dimostrativa contatti il dott. Carlo Berardini: cberardini@sweden-martina.com; sono disponibili video dimostrativi sull'utilizzo di Litetouch.

19

Piezon Master Surgery® EMS

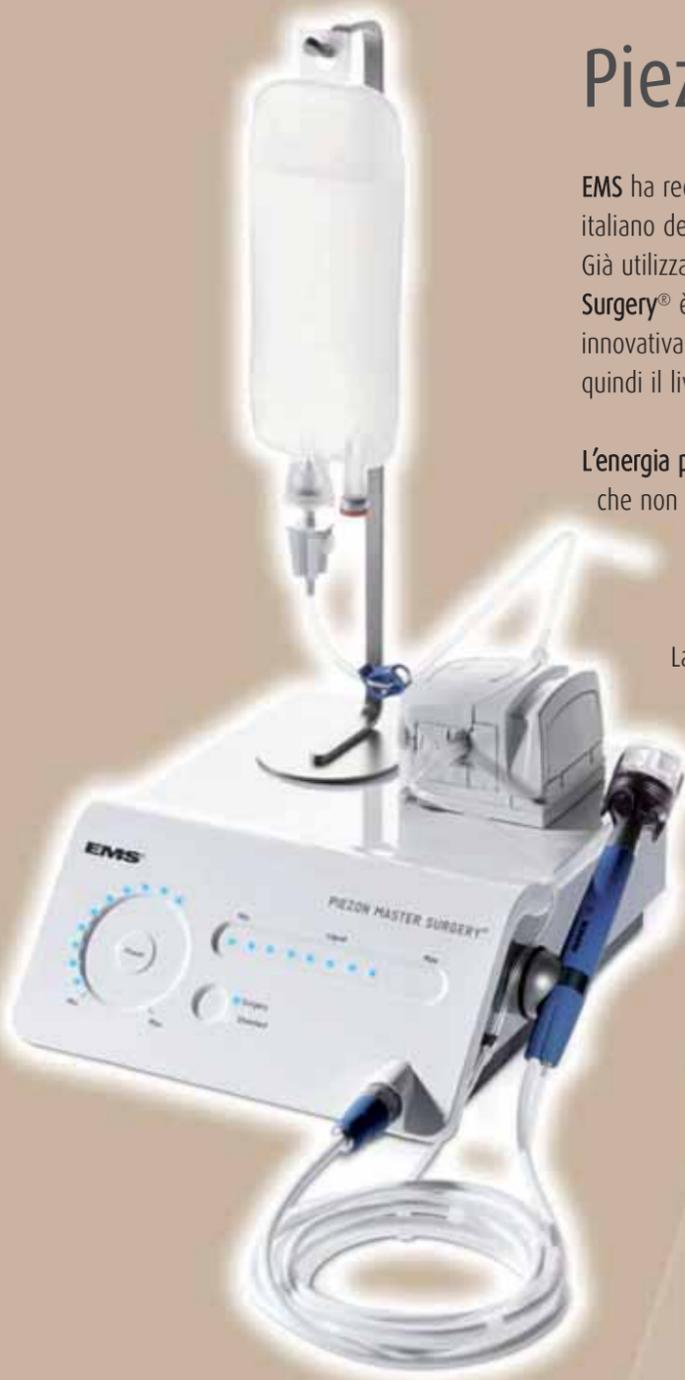
EMS ha recentemente ceduto a **Sweden & Martina** la distribuzione esclusiva per il mercato italiano dell'apparecchio **Piezon Master Surgery®**.

Già utilizzata ed apprezzata da moltissimi odontoiatri in Italia e nel mondo, **Piezon Master Surgery®** è un'esclusiva unità piezoelettrica ad ultrasuoni per chirurgia orale: la tecnologia innovativa **Piezon®** produce **vibrazioni ad alta frequenza perfettamente lineari**, aumentando quindi il livello di precisione, sicurezza ed affidabilità nelle applicazioni chirurgiche.

L'energia prodotta viene convertita in potenza di taglio e non in energia termica: ne consegue che non si produce alcuna alterazione termica durante il trattamento (la temperatura misurata alla punta durante il funzionamento permane a 33°C), preservando così i tessuti circostanti; inoltre non si ha alcuna interruzione del trattamento stesso.

La **vasta e completa gamma di punte** a corredo dell'apparecchio annovera Set per parodontologia, estrazione, preparazione radicolare retrograda, innesti ossei ed è stata recentemente ampliata con il **Set per il rialzo del seno** e il **Set implantare**. Ciascuna punta è corredata di un'esclusiva chiave dinamometrica, il sistema **Combitorque®**, che ne garantisce il perfetto avvitemento con la coppia ottimale, ne preserva il filetto prolungandone l'efficienza e ne mantiene la sterilità.

Tecnologia e sicurezza ma anche estetica e funzionalità: design elegante e pulito, display "touchboard" (si attiva con un tocco del dito), segnale **LED** silenzioso.



Odontología: desafío internacional

Dr. Villa Vigil, ¿Cómo ve la profesión de odontólogo hoy en España y en Europa?

Desgraciadamente, mal. Desde la perspectiva ocupacional se avecina una gran crisis en España y en muchos de los países de la UE. No se ha realizado una previsión juiciosa de la evolución de población, demanda asistencial y profesionales, y ello ha llevado a una plétora profesional en casi toda la Unión Europea, con raras excepciones, como el Reino Unido, que sigue demandando dentistas.

En mi opinión, en el acceso universal a las carreras universitarias se confunde el derecho a saber, que es un bien fundamental indiscutible, con el derecho a ejercer, que es una cuestión distinta. Un parálítico o amputado de ambos brazos tiene derecho a saber, ¿cómo no?, y a trabajar en aquello para lo que esté capacitado, pero no puede ser cirujano o dentista en activo: una persona sin la destreza manual necesaria no debería poder ser dentista o cirujano ejerciente sin previamente haber adquirido las competencias psicomotrices necesarias para ser capaz de ejercer la Cirugía o la Odontología; mientras no las hubiera desarrollado, acceso a esos estudios debería conducirse exclusivamente a un título académico sin efectos profesionales. Es decir, yo no le niego el derecho a saber, sino que cuestiono su derecho a ejercer impunemente si su falta de control neuromotriz le convierte en un peligro público; no tiene sentido ese beneficio de la duda hasta que cometa un desaguisado, porque ninguna indemnización resarce de los daños irreversibles, así que no me parece procedente esperar a que éstos ocurran.

Esto viene a cuento como sustentáculo analógico a que los estudios conducentes a títulos con efectos "profesionalizantes" (como se suele decir ahora) también deberían tener un acceso limitado: no para estudiar y aprender como parte del derecho propio al saber, sino como prevención de la sociedad en cuanto a los riesgos y peligros de un número incontrolado de ejercitantes: Si no hay una adecuada demanda para la oferta, las flaquezas y pequeñeces humanas acaban por distorsionar las conductas profesionales, y esto puede ser causa de sobretreatamientos o tratamientos innecesarios, servicios acelerados, en menos tiempo del que es necesario para proporcionar la debida calidad, materiales de segunda

Prof. Manuel Alfonso Villa Vigil

Presidente del Ilustre Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España



línea si son más baratos, etc., etc., etc. Evidentemente, existe siempre un problema de prueba, y con ello la parte perjudicada es la más débil: el paciente, que no cuenta con la información ni los medios para probar lo que se le ha hecho de manera incorrecta o, al menos, poco correcta, imperfecta, razonablemente mejorable... En estos tiempo se han puesto de moda las ideas neoliberales, que yo llamaría ultraliberales, puesto que llegan a proponer la desregulación de todo, para que sea el mercado el que se autorregule. Pero dejar que el mercado lo regule todo es una causa de asimetría e injusticia social tremenda, y de grandes perjuicios que no se computan: cuando la sociedad descubre que un mercado está saturado, o que se están haciendo cosas mal ya es tarde: la sociedad escubrió que había exceso de médicos en la década de los 90 cuando se llegó a más de 30.000 , médicos en paro, más de 30.000 frustrados, y un coste inútil brutal, que se podía haber invertido provechosamente en proporcionar a esos 30.000 ciudadanos formación en profesiones alternativas hacia las que también sintieran vocación. En 2020 habrá más del doble de los dentistas necesarios para la salud y la demanda de la sociedad española, y unos 10.000 en el desempleo total. ¿cabe hablar de eficiencia cuando se ha malgastado tanto dinero que cuesta la formación, y se ha causado un daño irreparable en las expectativas de 10.000 personas que han trabajado duro y también gastado mucho dinero para formarse en una profesión que no podrán ejercer?

Hoy en día, algunos de los clientes que se presentan en una clínica vienen de otros países de Europa e incluso del mundo. ¿Cómo debe cambiar la formación del odontólogo para poder afrontar esta nueva situación (idioma, cultura, diversidad de precios por las mismas prestaciones)?

Indudablemente el conocimiento de idiomas, especialmente el inglés, es esencial, y no sólo en odontología, sino que, con la globalización, en todas las profesiones. El estudio de éstos, de los idiomas, debe empezar en la educación primaria, para formar a ciudadanos verdaderamente bilingües. Paulatinamente la globalización irá unificando la cultura de los pueblos y haciendo pacientes mejor informados y más exigentes. La diversidad de precios es algo que acabará por ajustarse exclusivamente a la calidad de las prestaciones y de la atención, a medida que el nivel de vida se vaya promediando entre todos los países del mundo. Lógicamente, además de los materiales y de la calidad y precisión de los tratamientos, la cantidad de personal que ayuda al profesional y brinda atenciones al paciente, la calidez del trato, la reducción del tiempo de espera, la agilidad de citas, etc., son servicios que tienen su coste y, obviamente, repercutirán en el paciente que los valore y le interesen, aunque siempre habrá quien no aprecien o le interesen estos indiscutibles valores añadidos sobre la prestación promedio, o no pueda permitírselos, igual

que no todo el mundo puede disfrutar de un Ferrari o de un Rolls Royce, o no todos sabemos paladear un Vega Sicilia de la cosecha del 1964.

¿Qué aptitudes tiene que tener un buen presidente nacional del Colegio de Odontólogos?

En mi opinión, tres cosas: Principalmente debe ser trabajador, pues debe informarse meticulosamente de todos los aspectos propios y afines de la profesión y eso requiere mucho tiempo de dedicación y esfuerzo. También debería ser buen comunicador, porque muchas diferencias de criterio se deben a problemas de codificación/descodificación de los mensajes, es decir, a cuestiones de interpretación y a que no siempre escuchamos a nuestros interlocutores bi a nosotros mismos, aunque los y nos oigamos. En tercer lugar, hacen falta aptitudes para negociar y sortear confrontaciones evitables, aunque, como sabemos, por la complejidad del psiquismo humano, no todos los conflictos son solucionables por vía diplomática. También es importante ser creativo en el diseño de propuestas y soluciones. Y si además se es inteligente, y se goza de una buena formación y reconocimiento profesional, tanto mejor, porque sin conocer a fondo la profesión es difícil identificar las raíces últimas de los problemas y diseñar posibles soluciones, y sin autoridad profesional no es fácil granjearse el respeto de los compañeros, aunque solamente sea para gestionar (que es el principal papel de un Presidente).

¿Qué piensa de una reglamentación en un colegio europeo para los odontólogos?

La idea es atractiva, pero es utópica. Ciertamente, en la UE se han unificado algunos aspectos legales, pero gran parte del ordenamiento jurídico se rige por el principio de subsidiaridad, de modo que cada país tiene, de fronteras para adentro, criterios distintos. Voy a ponerle un ejemplo: si un dentista europeo es inhabilitado profesionalmente por la Orden o Council de su país (organismos equivalentes a las corporaciones colegiales de España), y viene a España con la intención de ejercer, nuestros Colegios, de acuerdo con la normativa española, no pueden negarse a su registro, porque nuestras leyes no contemplan la potestad sancionadora de dichos organismos, pese a que se la reconocen a los Colegios españoles. De negarse, nuestros Colegios podrían ser condenados por los Tribunales de Justicia. Recientemente lo hemos vivido en Andalucía con un dentista condenado por el British Dental Council. Hace falta, por lo tanto, un larguísimo camino, que involucra voluntad política, homogenización cultural y uniformidad de la legislación. Algo imposible en el día de hoy. Piense, por ejemplo, que no son pocos los países de la UE que no saben ni comprenden lo que son los Colegios, ni aceptan la obligatoriedad de colegiación, que asimilan a la sindicación.

Odontoiatria: sfida internazionale

Dott. Villa Vigil, come vede la professione di odontoiatra oggi in Spagna e in Europa?

Purtroppo male. Per quanto riguarda l'occupazione, sia la Spagna che molti Paesi dell'UE stanno per essere investiti da una profonda crisi. La mancanza di previsioni oculute sull'evoluzione della popolazione, sulla domanda di assistenza e di professionisti ha generato una plétora di odontoiatri in quasi tutta l'Unione Europea, con rare eccezioni, come il Regno Unito, in cui la richiesta di questa figura professionale si mantiene costante.

Poi il diritto di sapere, che è un bene fondamentale indiscutibile, con il diritto di esercitare, che è una questione diversa.

Non c'è dubbio che una persona con disabilità o alla quale siano state amputate entrambe le braccia ha diritto di sapere e di lavorare nel settore per il quale ha ottenuto la qualifica, ma non può svolgere l'attività di chirurgo o di odontoiatra: a una persona priva della necessaria destrezza manuale non dovrebbe essere consentito di esercitare la professione di odontoiatra o chirurgo senza aver prima acquisito le competenze psicomotorie richieste per essere in grado di praticare la Chirurgia o l'Odontoiatria; fino a quando tali abilità non saranno state sviluppate, l'accesso a tali studi dovrebbe condurre esclusivamente a un titolo accademico senza valore professionale. In altre parole, non nego a queste persone il diritto di sapere,

ma metto in discussione il loro diritto di esercitare impunemente la professione nel caso in cui la mancanza di controllo neuromotorio le renda un pericolo pubblico; non ha alcun senso concedere il beneficio del dubbio nell'attesa che venga commesso un errore, perché non esiste un risarcimento in grado di porre rimedio ai danni irreversibili, quindi ritengo che non si debba aspettare che tali situazioni si verifichino.

Tale argomentazione supporta l'idea secondo cui gli studi che consentono di ottenere titoli con effetti "professionalizzanti" (come si usa dire oggi) dovrebbero anche avere un accesso limitato: non per impedire lo studio e l'apprendimento, che rientrano nel diritto di sapere, ma come prevenzione che tuteli la società contro i rischi e i pericoli di un numero incontrollato di persone che esercitano la professione. Se la domanda non è adeguata all'offerta, le debolezze e le piccole umane finiscono per alterare le condotte professionali, il che può essere causa di trattamenti eccessivi o inutili, servizi troppo rapidi in tempi inferiori a quelli indispensabili per garantire la necessaria qualità, materiali di seconda scelta, se sono più economici, ecc., ecc., ecc. Evidentemente esiste sempre il problema della prova, quindi la parte che ha subito un danno, il paziente, è la più debole. Questi, infatti, non dispone delle informazioni né dei mezzi necessari per dimostrare che l'intervento gli è stato fatto in modo scorretto o perlomeno poco corretto, imperfetto, ragionevolmente migliorabile...

Al giorno d'oggi sono di moda le idee neoliberali, che io definirei ultraliberali, dato che arrivano al punto di proporre la deregolamentazione di ogni cosa, in modo che sia il mercato ad autoregolarsi. Tuttavia, lasciare che il mercato regoli ogni cosa è causa di una tremenda asimmetria e ingiustizia sociale, nonché di danni incalcolabili: quando la società scopre che un mercato è saturo, o che le cose vengono fatte male, è troppo tardi: negli anni '90 la società ha scoperto che c'era un esubero di medici, oltre 30.000 medici disoccupati, oltre 30.000 frustrati, con un costo enorme e inutile che avrebbe potuto essere investito in modo proficuo per fornire a questi 30.000 cittadini una formazione per professioni alternative verso cui avessero anche una vocazione. Nel 2020 gli odontoiatri saranno più del doppio di quelli richiesti dalla sanità e dalla domanda della società spagnola; circa 10.000

di questi professionisti saranno disoccupati. Si può parlare di efficienza dopo aver sperperato un'enorme quantità di denaro per la formazione e aver compromesso in modo irreparabile le aspettative di 10.000 persone che hanno lavorato duramente e speso molto denaro per formarsi in una professione che non potranno esercitare?

Al giorno d'oggi alcuni dei clienti che si presentano in una clinica odontoiatrica provengono da altri Paesi dell'Europa e addirittura del mondo. Come deve cambiare la formazione dell'odontoiatra per poter affrontare questa nuova situazione (lingua, cultura, diversità di prezzi a parità di prestazioni)?

Indubbiamente la conoscenza delle lingue, soprattutto dell'inglese, è essenziale, non solo in odontoiatria, ma anche, in seguito alla globalizzazione, in tutte le professioni. Lo studio di queste, delle lingue, deve iniziare dalla scuola primaria, in modo da formare cittadini veramente bilingui. Poco a poco, la globalizzazione unificherà la cultura dei popoli e farà sì che i pazienti siano meglio informati e più esigenti. La diversità dei prezzi finirà per adeguarsi esclusivamente alla qualità delle prestazioni e dell'assistenza, a mano a mano che il livello di vita andrà uniformandosi tra tutti i Paesi del mondo. Logicamente, oltre ai materiali e alla qualità e precisione dei trattamenti, il personale che aiuta il professionista e assiste il paziente, la gentilezza, la riduzione del tempo di attesa, l'efficiente gestione degli appuntamenti, ecc. sono servizi che hanno un costo che, ovviamente, si ripercuoterà sul paziente che li apprezza e li richiede, anche se ci sarà sempre chi non capirà l'importanza di questi indiscutibili valori aggiunti alla prestazione di base o non potrà permetterseli, allo stesso modo in cui non tutti possono acquistare una Ferrari o una Rolls Royce e non tutti sanno apprezzare un Vega Sicilia del 1964.

Come deve comportarsi un buon presidente nazionale dell'Ordine degli Odontoiatri?

A mio avviso sono importanti tre cose: innanzitutto deve essere un lavoratore, in quanto deve informarsi meticolosamente su tutti gli aspetti specifici e affini della professione, attività che richiede molto tempo e impegno. Dovrebbe anche essere un buon comunicatore, perché molte differenze di cri-

terio sono legate a problemi di codifica/decodifica dei messaggi, cioè a questioni di interpretazione e al fatto che non sempre ascoltiamo i nostri interlocutori né noi stessi, anche se li e ci sentiamo. In terzo luogo, è necessario essere in grado di gestire ed evitare inutili scontri, anche se, come sappiamo, data la complessità della psiche umana, non tutti i conflitti possono essere risolti in modo diplomatico. È inoltre importante essere creativi nella definizione di proposte e soluzioni. E se si è anche intelligenti, si possiede una buona formazione e si gode di un'ottima reputazione professionale, tanto meglio, perché se non si conosce a fondo la professione è difficile individuare le radici profonde dei problemi e trovare possibili soluzioni, e senza autorevolezza professionale non è facile guadagnare il rispetto dei colleghi, anche se si tratta solamente di gestione (che è il compito principale di un Presidente).

Cosa ne pensa di una regolamentazione in un Ordine europeo per gli odontoiatri?

L'idea è interessante, ma è utopica. Sicuramente nell'UE sono stati unificati alcuni aspetti legali, ma gran parte dell'ordinamento giuridico si fonda sul principio di sussidiarietà, quindi ogni Paese applica, all'interno dei propri confini, criteri diversi. Le faccio un esempio: se un odontoiatra europeo non è abilitato professionalmente dall'Ordine o Council del suo Paese (organismi equivalenti agli Ordini spagnoli) e viene in Spagna con l'intenzione di esercitare, i nostri Ordini, in base alla normativa spagnola, non possono rifiutarne l'iscrizione, perché le nostre leggi non prevedono la potestà sanzionatoria di tali organismi, nonostante venga riconosciuta agli Ordini spagnoli. Qualora la negassero, i nostri Ordini potrebbero essere condannati dalle Corti di Giustizia. Recentemente è accaduto in Andalusia con un odontoiatra condannato dal British Dental Council.

Pertanto, il cammino da percorrere è ancora molto lungo e riguarda la volontà politica, l'omogeneizzazione culturale e l'uniformità della legislazione: cose impossibili al giorno d'oggi. Basti pensare, per esempio, al fatto che non sono pochi i Paesi dell'UE che non sanno né capiscono cosa siano gli Ordini, né accettano l'obbligatorietà dell'iscrizione all'Ordine, che assommano all'iscrizione a un sindacato.

Dr. Philippe Puskaric

Diplômé de la Faculté Dentaire de Lille. Certificat de Physiologie Oro-faciale de la Faculté Dentaire de Lille.
Diplôme Universitaire en Implantologie Orale à la Faculté de Médecine de Lille.
Diplôme Universitaire en Implantologie Lourde et Reconstructrice à la faculté de Médecine de Lille.
Associate Fellow of American Academy of Implant Dentistry.



Installé dans le Nord de la France depuis maintenant quinze ans, je pratique la prothèse sur implant depuis douze ans et la chirurgie implantaire et reconstructrice depuis sept ans. Jusqu'à ces derniers jours, l'opportunité de découvrir toutes les étapes qui mènent à la conception d'un implant, ne m'avait jamais été offerte. C'est désormais chose faite, grâce à la société Sweden & Martina, qui m'a permis, durant le temps d'un week-end, de visiter ses locaux et d'assister et de comprendre les moindres étapes qui mènent au résultat final qu'est celui de la conception d'un implant.

Au delà d'une rencontre et d'un contact humain très accueillant et chaleureux, j'ai pu prendre conscience à quel point la chaîne de production pour la fabrication d'un implant depuis sa toute première étape jusqu'à sa dernière, était d'une incroyable et impressionnante rigueur de conception, mais aussi et surtout d'une qualité de contrôle sans précédent.

Da ormai più di 15 anni risiedo nel nord della Francia, dove pratico protesi su impianti da 12 anni e chirurgia implantare e ricostruttiva da 7 anni.

Fino ad oggi nessuno mi aveva offerto la possibilità di scoprire tutti i passaggi e processi di produzione che ruotano attorno ad un impianto dentale. Questa conoscenza si è concretizzata grazie alla Sweden & Martina, che mi ha consentito durante un fine settimana di visitare i suoi stabilimenti, assistendo a tutti i livelli produttivi che portano alla realizzazione di un impianto. Al di là di un incontro e un contatto umano molto accoglienti e calorosi, ho potuto verificare di persona l'incredibile

Toute cette chaîne de travail montre l'importance de ces équipes de travail, qui, comme les prothésistes lors des réalisations prothétiques, travaillent dans "l'ombre" du chirurgien praticien. Cette prise de conscience, n'affectera ou ne modifiera pas ma pratique, mais me rappellera à chaque fois que, lors d'une chirurgie le chirurgien n'est pas seul, car c'est toute une équipe, depuis le laboratoire d'étude, de conception, de test, puis de fabrication et de contrôle qualité, qui lui permet de donner à ses patients la possibilité de retrouver la santé, l'esthétique et le confort.

C'est pourquoi, après cette magnifique et enrichissante journée, j'aimerais à travers Mr Stefano Comin, remercier toute l'entreprise Sweden & Martina, et si la possibilité m'est redonnée, j'aimerais pouvoir partager mon expérience et mon ressentit futur quant à l'utilisation de ces implants, qui feront désormais partis de mon arsenal thérapeutique.

ed impressionnante rigore a cui viene affidato il prodotto fin dalla prima fase, ma soprattutto un controllo di qualità mai visto prima. Si respira in questa catena di lavoro il senso stretto dell'équipe, simile al team fra chirurgo e protesista per la realizzazione delle protesi. Questa presa di coscienza non influenzerà né modificherà la mia pratica quotidiana, ma mi ricorderà ogni volta che nella chirurgia il chirurgo non è solo, perché alle sue spalle esistono un'équipe, un laboratorio di ricerca, una filosofia, i test, un processo produttivo con un controllo di qualità, che permettono di offrire al paziente la possibilità di recuperare la salute, l'estetica e il comfort.

È per questo che, dopo questa magnifica e arricchente giornata, vorrei ringraziare tramite Stefano Comin tutta la Sweden & Martina e, se ne avrò la possibilità, vorrei condividere nel prossimo futuro la mia esperienza in merito all'utilizzo di questi impianti, che faranno ormai parte delle mie scelte terapeutiche.

2011 PREMIUM DAY

XI CONGRESSO Nazionale di implantoprotesi integrata
Abano Terme (Pd), 9, 10 e 11 giugno 2011



Il dottor Daniele Botticelli



Il dottor Gaetano Calesini

Oltre **1000 presenze** all'XI Premium Day testimoniano che la Sweden & Martina ha collezionato un altro successo grazie ad un evento internazionale, ricchissimo di contenuti e minuziosamente curato in ogni dettaglio: scientifico ed organizzativo. Un congresso di qualità, a 360°.

A partire dal **Corso pregressuale**, un successo già annunciato tempo addietro, con la chiusura delle iscrizioni: un'intera giornata dedicata all'esposizione sinergica di illustri clinici e tecnici (**L. Biscaro, G. Calesini, R. Canalis, M. Soattin**) per approfondire tematiche di base (come le ragioni del fallimento protesico, la definizione di spazio protesico e spazio estetico, l'importante funzione della ceratura diagnostica) nonché per presentare il concetto di **Elective Esthetic Dentistry**.

Per proseguire con il ricco ed innovativo programma scientifico, al quale indubbiamente si deve in larga parte la riuscita del congresso. In esso spiccano relazioni che hanno presentato novità di procedure, di tecniche o di prodotto, quali ad esempio:

- > il concetto di **Plasma Cleaning** della protesi con apposito reattore, presentato dal Dott. **L. Canullo**, uno dei massimi autori in materia di switching platform;
- > il **sistema di provvisorizzazione Simple**, esposto dal dott. **M. Csonka**: una tecnica che condiziona i tessuti molli fin dalle primissime fasi della guarigione, permettendo di ottenere risultati predicibili nei protocolli di carico immediato;
- > il concetto di **chirurgia plastica parodontale**, intesa come massima resa estetica muco-gengivale non tanto della mucosa alveolare, quanto piuttosto del tessuto cheratinizzato attorno alla protesi e riposizionato con la particolare tecnica elaborata dal dott. R. Abundo con il dott. **G. Corrente**. La tecnica trova applicazione anche come terapia chirurgica di gravi recessioni parodontali;
- > il concetto di **biomimetismo** dei materiali da rigenerazione nel trattamento dei difetti parodontali, magistralmente esposto dal dr. **M. Figliuzzi**.

Merita indubbiamente una menzione speciale l'intervento del Dott. **D. Botticelli**, che ha presentato gli esiti dell'intensa attività di ricerca sperimentale condotta negli ultimi anni dal gruppo ARDEC, non limitandosi a riassumere i risultati già pubblicati su riviste internazionali ad alto impact factor come Clinical Oral Implant Research, ma dando all'uditorio anche un'ampia visuale dei numerosi works in progress.

L'evento ha rappresentato inoltre l'occasione per illustrare i primi casi sul **nuovo impianto Premium Kohno transmucoso (TG)**, molto atteso e presentato al pubblico proprio in occasione del congresso.

Come ricordato durante il **Gran Galà** del venerdì sera dal Prof. **Ugo Covani**, "Da quando nel lontano '97 si decise con il Presidente, **Sandro Martina**, di dar vita ad un evento che raggruppasse il mondo scientifico intorno all'azienda, di strada se ne è percorsa moltissima e ad ogni edizione ci si sorprende nell'incontrare un numero sostanzialmente cresciuto di partecipanti ed un programma sempre più qualificato di relazioni". Così non solo di giorno -nelle sale sedi delle relazioni congressuali- ma anche alla cena stessa, ospitata nella scenografica tensostruttura addobbata con eleganza e raffinatezza all'interno del curatissimo parco dell'azienda, si contavano oltre 1000 presenze. Ad un sontuoso aperitivo in giardino al tramonto è seguito il ricco buffet, che ha poi lasciato spazio ad una grande festa danzante condotta da Umberto Smaila con la sua band. La serata è stata l'occasione per premiare al tramonto, davanti ad un pubblico molto partecipe ed in un contesto colorato e brioso, i **vincitori dei Poster**, tra i quali particolare menzione va dedicata al team del Prof **Peñarrocha**. Con riferimento a ciò va certamente evidenziata la numerosa partecipazione di professionisti stranieri, a testimonianza dell'internazionalità che l'azienda oramai può vantare.



Prof. Ugo Covani

I tessuti molli perimplantari fra biologia ed estetica - Le Grazie (SP), 21 ottobre 2011



Venerdì 21 ottobre si è tenuto presso la prestigiosa e spettacolare sede spezzina del **Comando Subacquei ed Incursori della Marina Militare (COMSUBIN)** un corso di aggiornamento sugli impianti tenuto dal prof. **Ugo Covani**, cattedratico dell'Università di Pisa. Il corso, realizzato in collaborazione con **Sweden & Martina**, ha consolidato i rapporti tra l'azienda e la **Marina Militare**, rapporti che hanno consentito la realizzazione di una serie di eventi sia a La Spezia che a Taranto. Straordinaria l'ospitalità offerta dalla prestigiosa istituzione così come straordinaria la esercitazione in mare messa in atto, per i medici partecipanti al convegno, dal **Centro Soc-**

corso **Sommergibili** del **Gruppo Operativo Subacquei** di Comsubin, costituito da un team di operatori con diverse professionalità tese a prestare l'assistenza sanitaria di pronto soccorso al personale che effettua la fuoriuscita libera dal sommergibile o procede al suo abbandono.



Il **Poliambulatorio Le Vele**, partner di numerosi eventi di **ContinuingDentalEducation** della **Sweden&Martina**, in collaborazione con figure di spicco nell'ambito sanitario e scientifico, quali il Dott. F. Debernardi e il Prof. A. Di Leva, hanno sponsorizzato l'Istituto Comprensivo Statale "Giovanni Cena" di Torino per l'elaborazione di esperimenti scientifici e tecnologici.

I fondi messi a disposizione dal **Poliambulatorio Le Vele** sono stati utilizzati per l'acquisto di materiale didattico e premiare i migliori progetti realizzati dagli alunni dell'Istituto Giovanni Cena, di età compresa tra i 9 e i 13 anni.

La valutazione dei migliori progetti è stata eseguita dalla commissione composta dai Dottori W. Avellino e L. Tamagnone, diretti dal Prof. A. Di Leva. La premiazione dei vincitori del concorso si è svolta martedì 7 giugno presso l'auditorium della scuola. Visto il successo dell'iniziativa se ne auspica la replica il prossimo anno.

Poliambulatorio Le Vele

"Spiega le vele verso il futuro" - Torino, 7 giugno 2011



Da sinistra il dott. F. Debernardi, l'A.U. C. Vercellotti e il prof. A. Di Leva



La consegna degli assegni ai vincitori per l'acquisto di materiale didattico

Dr. Fabrizio Polato, Dr. Giuseppe Ferronato Corso operativo pratico di chirurgia implantare Lisbona, Portogallo, dal 24 al 27 novembre

A grande richiesta dopo il successo delle edizioni di maggio 2010 e gennaio 2011 è programmata la reiterazione del **"Corso operativo pratico di chirurgia implantare"** organizzato per clienti italiani a Lisbona, in Portogallo, dal 24 al 27 novembre p.v. Si tratterà di un corso principalmente pratico, su pazienti con problematiche di riabilitazione impianto-protetica con vari livelli di complessità, sui quali saranno effettuate visita, diagnosi, piano di trattamento e

l'appropriata chirurgia implantare. Il trattamento chirurgico sarà eseguito interamente dai corsisti divisi in due gruppi, secondo competenza ed esperienza, sotto l'attenta e sapiente guida del Dott. **F. Polato** e del Prof. **G. Ferronato**. Oltre alle essenziali premesse teoriche tecniche e strumentali il corso si prefigge di impartire ai corsisti le basi manuali fondamentali per poter operare in sicurezza, autonomia e competenza. L'opinione riportata dai partecipanti alle pre-



cedenti edizioni è estremamente positiva sia per la metodica chirurgica implantare sia per la sicurezza operativa che ne consegue, tale da permettere di affrontare, con la giusta consapevolezza e manualità, le problematiche quotidiane attinenti alla chirurgia implantare.

Convention Sweden&Martina

Corso di formazione alla struttura commerciale
Due Carrare (Pd),
1-2 settembre 2011



Congresso Internazionale di Odontoiatria Avanzata Istanbul (Turchia), 13-15 ottobre 2011



Si è svolto dal 13 al 15 ottobre u.s., nella sala del teatro dell'Istituto Italiano di Cultura di Istanbul, il Congresso Internazionale di Odontoiatria Avanzata organizzato dall'Associazione d'Istituto di Odontoiatria di Istanbul in collaborazione con Perioral and Oral Integrated Esthetic Sciences Italian Society sotto il patrocinio dell'Università di Padova.

Oltre 100 partecipanti per un evento che vanta relatori di fama internazionale, quali il Prof. Gian Antonio Favero, il Prof. Ugo Covani, il dott. Stefano Benedicenti, il dott. Giuseppe Iaria, il dott. Norberto Berna, il dott. Ezio Costa e il dott. Tosun Tosun.

Molto vari ed attuali gli argomenti trattati, dall'implantologia ai trattamenti con apparecchiature laser, fino a tossina botulinica, dermal fillers ed ozono terapia.

Dr. Marco Csonka Gestione delle complicazioni in implantologia Lisbona (Portogallo), 24 settembre 2011

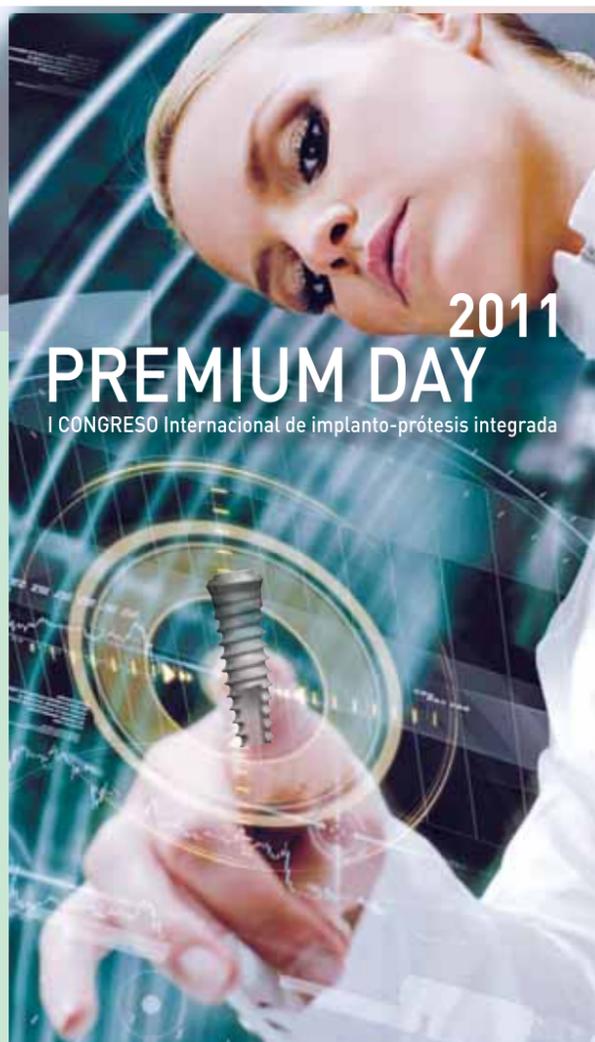
Il workshop realizzato il 24 settembre presso la facoltà di Odontoiatria dell'Università Egas Moniz di Lisbona è coinciso con il 5° anniversario di Planetadente, distributore Sweden & Martina in Portogallo. L'evento ha visto la partecipazione di circa 100 medici implantologi rappresentanti di tutte le aree geografiche del Portogallo. I partecipanti, utilizzatori dei prodotti Sweden & Martina, hanno assistito ad una brillante e coinvolgente presentazione realizzata dal Dott. Marco Csonka vertente sulla prevenzione e gestione delle complicazioni in implantologia.



Advanced Surgical Implant Training Program Buffalo (U.S.A.), 30 luglio - 7 agosto 2011

È ormai una apprezzatissima e richiestissima tradizione nell'ambito del Continuing Dental Education di Sweden & Martina: dal 30/07 al 7/08/2011 si è tenuta a Buffalo, USA, presso il dipartimento di Chirurgia Maxillo Facciale diretto dal Prof. R. Hall, la

XV edizione del Corso Avanzato teorico-pratico di Implantologia e Anatomia Chirurgica, con la partecipazione attiva di un team di professionisti quali il Prof. Ugo Covani, il Prof. Marco Dolci, il dott. Antonio Barone, il dott. Adriano Bobbio, il dott. Salvatore Di Martino. Dopo una giornata teorica volta ad approfondire le nozioni di anatomia chirurgica e di tecnica operatoria utili ad affrontare la sala settoria, sono seguite quattro giornate di esercitazioni su cadavere, ancora una volta molto apprezzate per l'approfondimento di tecniche e protocolli al di là dei modelli utilizzati in Italia. Appuntamento a Buffalo nel 2012!



2011
PREMIUM DAY

I CONGRESO Internacional de implanto-prótesis integrada



2011

PREMIUM DAY

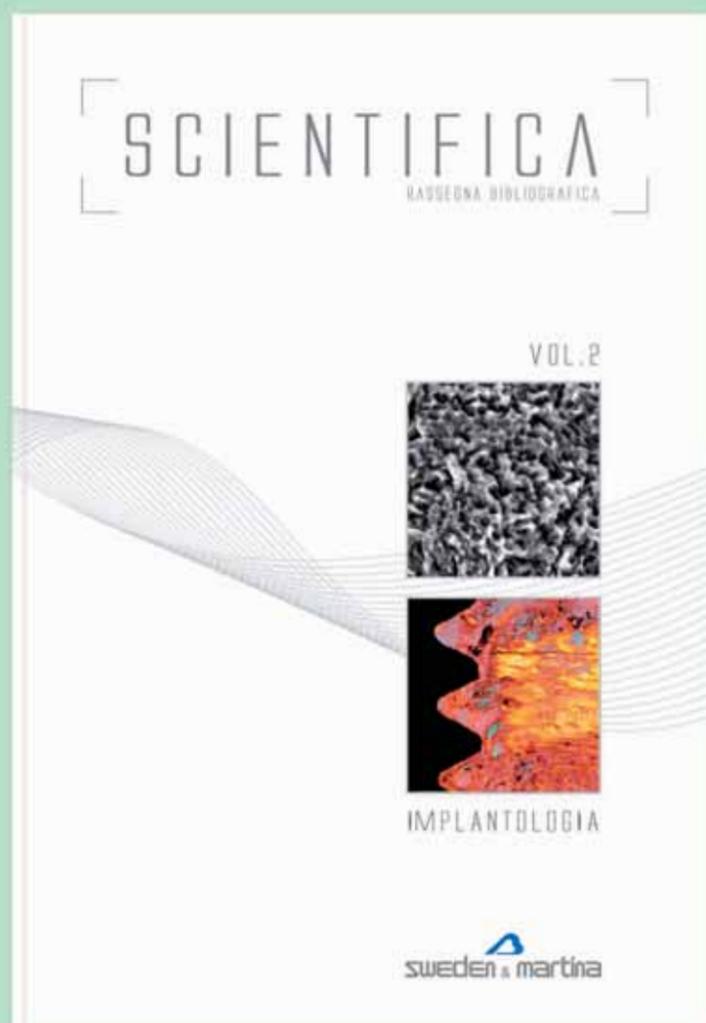
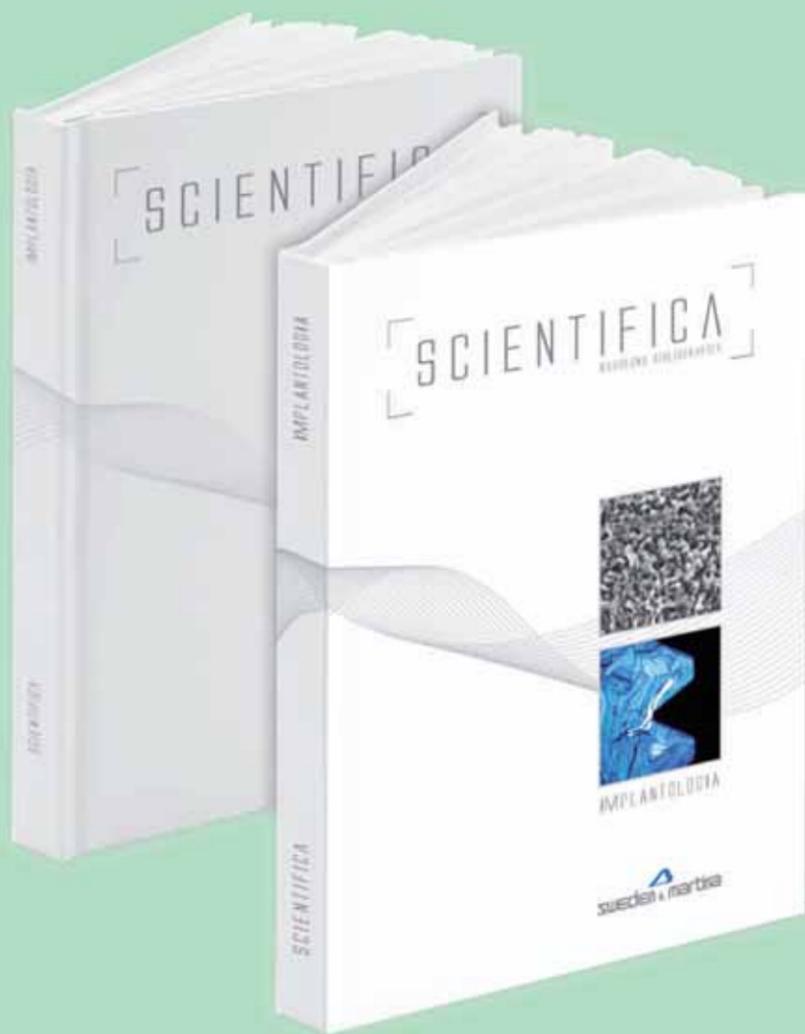
I CONGRESO Internacional de implanto-prótesis integrada

Madrid, 25-26 novembre 2011

Dopo i successi conseguiti negli ultimi tre anni anche nel mercato Spagnolo, la Sweden & Martina è ora matura per promuovere un evento a Madrid, il 25 e 26 Novembre 2011. La presidenza è affidata al Prof. Mariano Sanz, Decano della prestigiosa Università Complutense di Madrid, ed al Prof. Ugo Covani, da sempre referente scientifico di Sweden & Martina. Il programma scientifico prevede la presenza di relatori delle più importanti università spagnole, come lo stesso prof. Sanz, il Prof. Miguel Peñarrocha, il Prof Eugenio Velasco, il Prof. Juan Carlos De Vicente, il Prof. José Luis Calvo, nonché di esimi relatori italiani di fama internazionale, quali il Prof. Adriano Piattelli, il Prof. Ugo Covani, il Dr. Daniele Botticelli e il Dr. Gaetano Calesini. Gli argomenti trattati verteranno sui sistemi implantologici Sweden & Martina, dalle basi scientifiche fino alle ultime novità nei campi della chirurgia guidata, della Switching Platform, delle tecniche ricostruttive dell'osso per finire con il carico immediato. Sono previste anche una sessione per odontotecnici ed una per igieniste dentali per affrontare gli argomenti sulle nuove tecniche a disposizione per la protesizzazione degli impianti attraverso monconi tradizionali e sistemi di Cad-Cam e sui nuovi protocolli per il mantenimento degli impianti e sui materiali più idonei da utilizzare. Particolarmente attese le relazioni dei tecnici italiani Stoppaccioli e Giangiuliani con il Dr. Frascaria e della Dr.ssa Annamaria Genovesi per le Igieniste. È indetta anche una sezione Poster con lavori provenienti da tutta la Spagna sull'utilizzo dei sistemi implantologici Sweden & Martina.

SCIENiFiCA

un aggiornamento puntuale



A distanza di un anno dalla pubblicazione del **Primo Volume di Scientifica - Rassegna Bibliografica - Implantologia** vede la luce questa seconda raccolta, che costituisce l'aggiornamento di un proficuo anno di lavoro e di studi che hanno coinvolto l'uso di impianti dentali Sweden & Martina.

30 nuove ricerche fra cui 20 studi sperimentali, **3 studi clinici**, **6 case report**, **1 revisione** della letteratura, **8 prestigiose riviste** internazionali impattate:

1. Clinical Oral Implant Research (COIR)
2. Journal of Periodontology (JOP)
3. Medicina Oral Patologia Ora Chirurgia Bucal (MedOral)
4. International Journal of Oral and Maxillofacial Implants (JOMI)
5. European Journal of Oral Implantology (EJOI)
6. Journal of Oral Implantology (JOI)
7. Dental Material Journal (DMJ)
8. Journal of Clinical Periodontology (JCP)

Le pubblicazioni citate in questo **Secondo Volume** forniscono una chiara visione della continuità e importanza che **Sweden & Martina** attribuisce agli aspetti scientifici e clinici correlati all'uso degli impianti dentali che produce.

Sono stati investigati sia sperimentalmente che clinicamente diversi approcci e protocolli chirurgici e protesici. Grande rilevanza è stata data alla rigenerazione ossea, al carico immediato e alla semplicità dei protocolli, nonché alla preservazione dei tessuti perimplantari con il ricorso a tecniche di *switching platform*.

È stata aggiunta una breve sezione finale con i lavori presentati all'**ultimo congresso EAO** (European Association for Osseointegration) svoltosi ad Atene nell'Ottobre 2011.

Il *format* editoriale rispecchia quello del **Primo Volume**. I testi sono stati interamente tradotti per facilitarne la lettura, sono state selezionate per ogni lavoro le foto e/o i grafici più rappresentativi, e per ogni pubblicazione è stato sintetizzato un breve *highlight* con gli elementi di maggior interesse.

L'impaginazione prosegue la numerazione delle pagine dal **Primo Volume**, cosicché alla fine di questo secondo libro è stato possibile inserire un indice per autore e uno per argomento che facilitano l'individuazione dei lavori contenuti in entrambi i tomi.

Per richiedere gratuitamente Scientifica - Implantologia Vol. 2, contattare il proprio agente di zona oppure telefonare al Numero Verde 800 010789

25

RECENSIONI

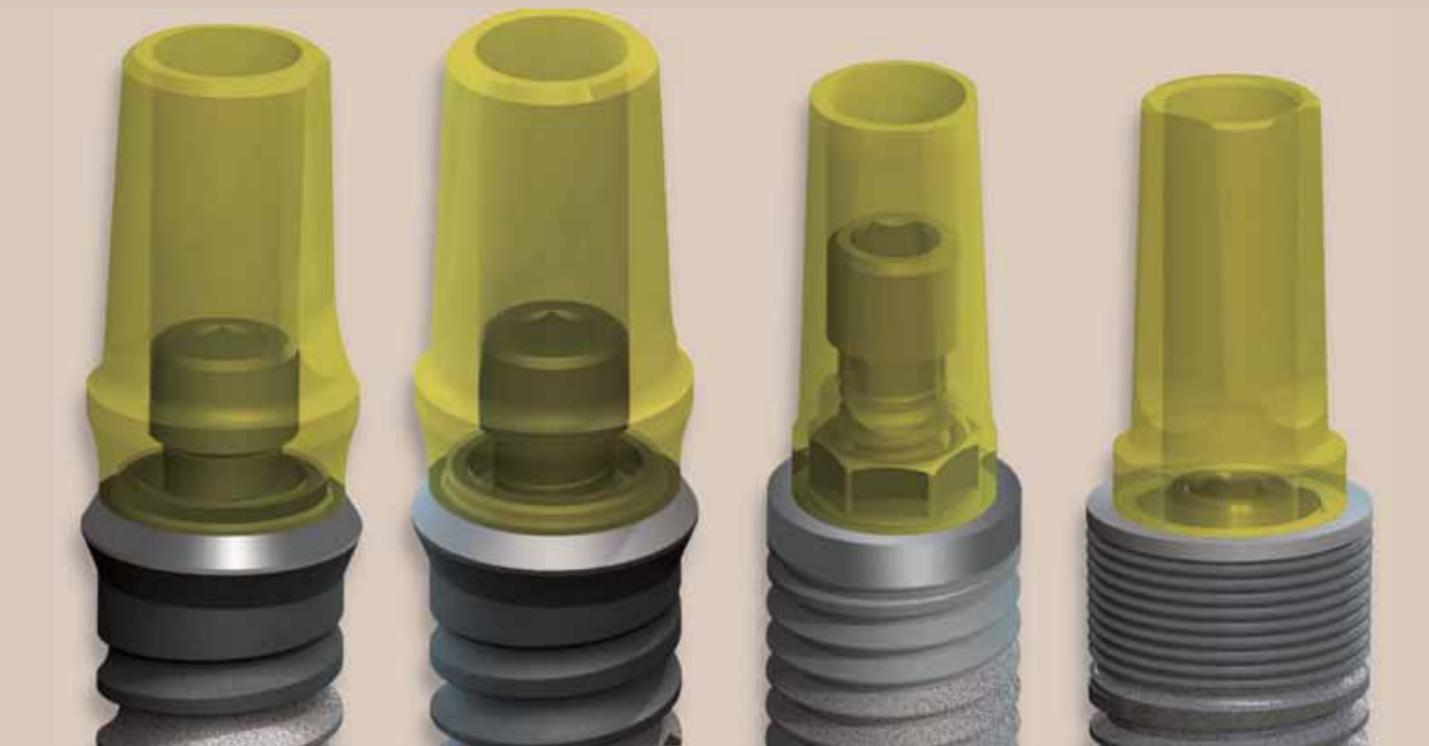
Serrano Sánchez P., Calvo-Guirado J.L., Manzanera Pastor E., Lorio Castro C., Bretones López P., Pérez Llanes J.A.

The influence of platform switching in dental implants. A literature review
Medicina Oral Patologia Cirurgia Bucal, 2011, May 1;16(3):e400-5

Questo articolo ha condotto una revisione della letteratura degli articoli indicizzati in PUBMED che si sono occupati dello *switching platform* dal 2005 in avanti.

Gli autori hanno identificato 16 serie di casi clinici o singoli casi clinici, 10 studi test/controllo, 9 studi sperimentali e 3 revisioni.

I lavori presi in considerazione avevano valutato il comportamento biomeccanico del complesso impianto/*abutment* in risposta al carico oclusale, il mantenimento della cresta ossea e il riposizionamento dell'ampiezza biologica. Tutti gli studi analizzati hanno indicato un miglioramento della preservazione dei tessuti duri perimplantari. Dei lavori considerati dalla revisione, due erano stati condotti su 82 impianti Global (Sweden & Martina) con *follow up* a 25 e 33 mesi.



Diverse opzioni di Switching Platform: a sinistra, *switching platform* implantare insita nella morfologia dell'emergenza implantare (sistema Premium e Kohno); a destra, *switching platform* protesico, legato alla scelta di pilastri di diametro inferiore a quello dell'emergenza implantare, rispettivamente su connessione esterna (Outlink²) e interna (Global).

Disegni di repertorio, Sweden & Martina

Canullo L., Pace F., Coelho P., Sciubba E., Vozza I.

The influence of platform switching on the biomechanical aspects of the implant-abutment system. A three dimensional finite element study
Medicina Oral Patologia Oral Cirugía Bucal. 2011 May 1;16 (3):e400-5.

L'obiettivo di questo studio è stato valutare la biomeccanica del sistema impianto-pilastro in caso di configurazione tradizionale e *platform switching*, usando un'analisi agli elementi finiti.

Con le dovute cautele, si può affermare che questa tecnologia permette di riportare ad un modello digitale gli eventi biomeccanici, analizzandone la distribuzione degli stress e valutandone le eventuali ripercussioni biologiche. Tanto maggiore è la definizione (numero di nodi ed elementi), tanto più vicino alla realtà può essere considerata l'analisi. In questo caso è stata eseguita una analisi 3D ad elementi finiti dopo aver costruito una *mesh* con 60.000 elementi e 100.000 nodi. Per rendere le condizioni di analisi ancora più vicine alla realtà, si è impiegata particolare attenzione alla definizione dell'osso, dove sono state disegnate sia la componente corticale che midollare, con le diverse caratteristiche bio-fisiche (modulo di Young).

La valutazione è stata effettuata su tre diverse configurazioni impianto-pilastro:

1. impianto di diametro 3.8 mm con pilastro corrispondente (modello di controllo Standard)
2. impianto di diametro 5.5 mm con pilastro corrispondente (modello di controllo aumentato)
3. impianto di diametro 5.5 mm con pilastro da 3.8 mm (modello sperimentale con configurazione *platform switching*).

La tipologia di impianto utilizzata è stata quella dell'impianto Global (Sweden & Martina)

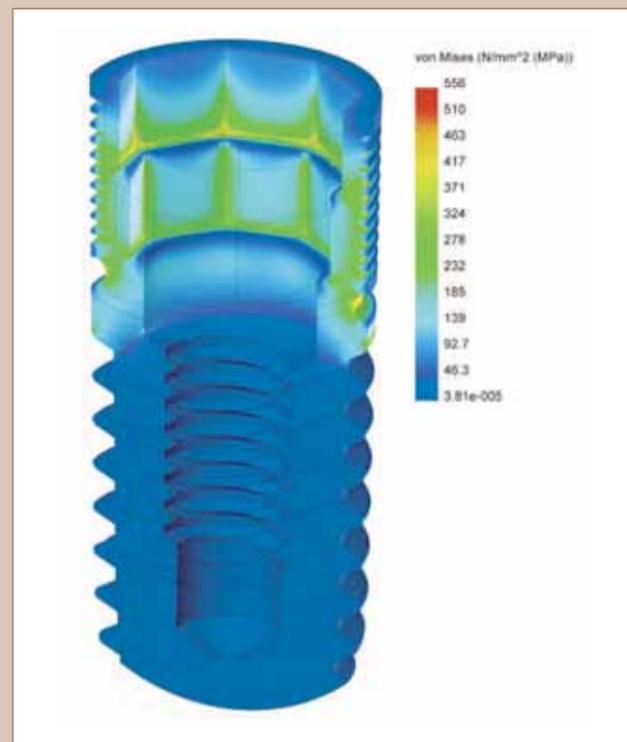
In accordo con la Letteratura e le norme ISO che standardizzano le condizioni di sperimentazione, sulla porzione coronale del pilastro sono stati applicati carichi di 130N verticali (assiali) e 90N orizzontali.

Con queste condizioni di carico sono stati quindi valutati gli indici di stress di Von Mises e sono stati registrati i valori minimi e massimi per ogni configurazione impianto-pilastro.

Alla fine della sperimentazione, gli stress di Von Mises registrati sulla configurazione standard indotti dal carico variavano da 150 MPa a 58 Pa (a livello dell'impianto) e da 150 MPa a 52 MPa (a livello dell'*abutment*); nella configurazione del modello aumentato, gli stress variavano da 45 MPa a 55 Pa (impianto) e da 70 MPa a 55 MPa (*abutment*); nella configurazione *platform switching*, gli stress misurati variavano da 190 MPa a 64 Pa (impianto) e da 85 MPa a 42 MPa (pilastro).

I massimi livelli di stress trasmessi dal sistema impianto-pilastro all'osso corticale e trabecolare erano rispettivamente di 67 Pa e 52 MPa (configurazione standard); 54 Pa e 27 MPa (configurazione aumentata) e 64 Pa e 42 MPa (*platform switching*). La valutazione dei valori di stress sul corpo della *fixture* ha permesso di evidenziare una sostanziale diminuzione degli stessi nella regione della filettatura, correlata al divario di diametro tra impianto e pilastro nella configurazione *Platform Switching*.

Concludendo, si può affermare che la configurazione *platform switching* porta non solo ad una relativa diminuzione dei livelli di stress rispetto alle configurazioni standard (sia standard sia aumentata), ma anche ad un notevole spostamento dell'area di sollecitazione dall'osso alla piattaforma implantare, potenzialmente provocando così un inferiore sovraccarico della cresta ossea.



Sezione longitudinale di un impianto Global sottoposto ad analisi ad elementi finiti. Vista isometrica del campo di tensioni.

Immagini di repertorio Sweden & Martina



CONSERVATIVA

Corso teorico di Conservativa
Paolo Ferrari
24-25 febbraio, 23-24 marzo, 20-21 aprile, 25-26 maggio 2012

DUE CARRARE (PD)
CC085

ENDODONZIA

Corso teorico-pratico di Endodonzia
Alfio Pappalardo, Antonio Malagnino
20-21 gennaio 2012

CATANIA
CF554

Corso teorico-pratico di Endodonzia
Piero Alessandro Marcoli
27-28 gennaio, 9-10 marzo, 11-12 maggio, 22-23 giugno 2012

DUE CARRARE (PD)
CF569

Corso teorico-pratico di Endodonzia
Vito Antonio Malagnino
18 febbraio 2012

NAPOLI
CF576

Corso teorico-pratico di Endodonzia
Piero Alessandro Marcoli
23 marzo 2012

NAPOLI

Corso teorico-pratico di Endodonzia
Vito Antonio Malagnino
24 marzo 2012

LIDO DI CAMAIORE(LU)
CF577

Corso teorico pratico di Endodonzia
Fabio Gorni
28 marzo 2012

MILANO

Corso teorico-pratico di Endodonzia
Piero Alessandro Marcoli
31 marzo 2012

MILANO

Corso teorico-pratico di Endodonzia
Piero Alessandro Marcoli
31 marzo 2012

MILANO

Corso teorico-pratico di Endodonzia
Vito Antonio Malagnino
21 aprile 2012

ROMA
CF575

GNATOLOGIA

Corso di Gnatologia
Guido Fichera
13-14 gennaio, 17-18 febbraio, 2-3, 16-17 marzo 2012

MONZA
CA731

PROTESI

Corso di Protesi
Guido Fichera
20-21 gennaio, 10-11 febbraio, 9-10 marzo 2012

MONZA
CA711

LASER & TECNOLOGIE

Corso Laser Erbium LiteTouch®
Giuseppe Iaria
24 novembre 2011

BRESCIA
CD590

Corso teorico pratico Tecnica R.O.C.
Alessandro Lancieri
25-26 novembre 2011

LUCCA
CD587

Corso teorico pratico Tecnica R.O.C.
Alessandro Lancieri
2-3 dicembre 2011

MILANO
CD566

ORTODONZIA

Corso Occlus-o-Guide base
Gaetano Ierardo
17 marzo 2012

NAPOLI
CE287

Corso Occlus-o-Guide base
Gaetano Ierardo
5 maggio 2012

RENDE (CS)
CE288

IMPLANTOLOGIA

Corso per igienisti e odontoiatri sull' utilizzo dell'Odontogain
Anna Maria Genovesi
13-14 gennaio 2012

DUE CARRARE (PD)
CA791

Master di Implantologia
Marco Csonka
13-14 gennaio 2012

CATANIA
CA793

Corso teorico con Live Surgery
Riccardo Rinaldi
14 gennaio 2012

ROMA
CA782

Giornata Piezon Master Surgery
Daniele Cardaropoli
14 gennaio 2012

DUE CARRARE (PD)
CA795

Corso teorico pratico di Implantologia
Sandro Foddis
20-21 gennaio, 17-18 febbraio, 16-17 marzo, 20-21 aprile, 18-19 maggio 2012

CAGLIARI
CA773

Corso teorico pratico di Implantologia - base
Marco Csonka
20-21 gennaio 2012

DUE CARRARE (PD)
CA716

Corso teorico pratico di Implantologia
Giovanni B. Bruschi, Ivo Agabiti
20-21 gennaio 2012

PESARO
CA631

Corso di estetica in protesi fissa
Gianluca Paniz
2-4 febbraio 2012

VERONA
CA783

Corso Magnetic Mallet
Roberto Crespi, Giovanni B. Bruschi
3-4 febbraio 2012

BUSTO GAROLFO (MI)
CA764

Corso D.B.E. System, kit dr. Grosso
Antonio Grosso
4 febbraio 2012

DUE CARRARE (PD)
CA753

Corso teorico pratico di Implantologia
Riccardo Monguzzi
10-11 febbraio, 9-10 marzo 2012

MILANO
CA805

Corso Magnetic Mallet
Roberto Crespi, Giovanni B. Bruschi
17-18 febbraio 2012

ROMA
CA768

Corso teorico pratico di Implantologia - base
Gianni Mantoan
18 febbraio, 3, 17, 31 marzo, 14 aprile, 5, 19 maggio, 9 giugno 2012

MONTAGNANA (PD)
CA789

Corso carico immediato in Implantologia
Roberto Crespi
24-25 febbraio 2012

BUSTO GAROLFO (MI)
CA761

Corso D.B.E. System, kit dr. Grosso
Antonio Grosso
25 febbraio 2012

BARI
CA754

Corso carico immediato in Implantologia
Marco Csonka, Maurizio Franco, Alessandro Viscioni
27-28-29 febbraio 2012

DUE CARRARE (PD)
CASTELFRANCO V.TO (TV)
CA781

Corso teorico pratico su cadavere
Salvatore Gabriele
1-2-3 marzo 2012

PARIGI (Francia)
CA746

Corso di chirurgia implantare
Agostino Scipioni
2-3 marzo, 13-14 aprile 2012

BOLOGNA
CA796

Corso Magnetic Mallet
Roberto Crespi, Giovanni B. Bruschi
13-14 marzo 2012

ROMA
CA769

Corso di aggiornamento sulle tecniche di espansione ossea
Giovanni B. Bruschi, Fabrizio Bravi
16-17 marzo 2012

ROMA
CA756

Corso D.B.E. System, kit dr. Grosso
Antonio Grosso
17 marzo 2012

RIMINI
CA755

Corso teorico pratico di Implantologia
Roberto Abundo, Giuseppe Corrente
24 marzo 2012

DUE CARRARE (PD)
CA784

Corso Magnetic Mallet
Roberto Crespi, Giovanni B. Bruschi
30-31 marzo 2012

BUSTO GAROLFO (MI)
CA765

Corso D.B.E. System, kit dr. Grosso
Antonio Grosso
21 aprile 2012

GENOVA
CA757

Corso carico immediato in Implantologia
Roberto Crespi
11-12 maggio 2012

BUSTO GAROLFO (MI)
CA762

Corso D.B.E. System, kit dr. Grosso
Antonio Grosso
18 maggio 2012

SASSARI
CA758

Corso D.B.E. System, kit dr. Grosso
Antonio Grosso
26 maggio 2012

ROMA
CA771

Master di Implantologia
Ugo Covani
22-23 giugno 2012

BRINDISI
CA748

Corso Magnetic Mallet
Roberto Crespi, Giovanni B. Bruschi
6-7 luglio 2012

BUSTO GAROLFO (MI)
CA766

Corso Implantologia e anatomia
Ugo Covani
dal 25 luglio al 4 agosto 2012

BUFFALO (U.S.A.)
CA772

Al momento della stampa il calendario corsi 2012 è ancora in fase di definizione. Tutti i corsi saranno quanto prima disponibili e consultabili sul sito internet.

Per maggiori informazioni:
numero verde 800-010789 o visitate il sito
www.sweden-martina.com
sezione corsi ed eventi


sweden & martina
ContinuingDentalEducation

Lo stato dell'arte in Odontoiatria



Prof. Andrea Pilloni Roma "Il nanotech al servizio dell'odontoiatria"

Esiste ormai da tempo un'evidente e condivisa strategia di governi e istituzioni intesa a misurare attentamente il potenziale della tecnologia

in senso generale che deve, anzi non può non diventare sempre di più "strumento" di lavoro per il medico.

Mi colpisce davvero tanto e con immenso orgoglio e soddisfazione quando, come avviene spesso all'estero, anche in Italia nei nostri convegni si porta all'attenzione dell'audience una raccolta di informazioni e riferimenti riguardo le attività e le iniziative dedicate alla nanotecnologie. Tra noi molti si augurano che la semplice associazione "nanotecnologie+Italia" non colga di sorpresa nessuno. Da anni esistono centri di ricerca di rilievo internazionale, ma è pur noto che in molte università italiane di area scientifica sono ormai schedulati stabilmente corsi in nanoelettronica, bionanotecnologie e nanoingegneria dei materiali e, da qualche anno ormai, anche per aiutare l'odontoiatria clinica.

Per stimolare l'attenzione di tutti è utile constatare che siamo tra i Paesi

comunitari che chiedono meno fondi per il nanotech all'EU!!

I nostri convegni odontoiatrici, tuttavia, ci aggiornano su avvenimenti (italiani e internazionali) nel campo, tra le varie specialità si fanno largo documentazioni laboratoristiche ma anche cliniche su molti aspetti tecnologici, nonché collegamenti a molte imprese e centri di ricerca italiani coinvolti nelle nanotecnologie: dal CNR (nelle sue varie sezioni), e l'ENEA, fino al NEST (National Enterprise for nanoScience e nanoTechnology), affiliato alla Scuola Normale Superiore di Pisa.

In effetti, la parola nanotecnologia descrive complessivamente tutte quelle tecnologie in grado di modificare la materia con precisione atomica. Si tratta evidentemente di un'espressione assai generica, fino ad essere vaga.

Se dovessimo impiegarla in questa accezione, sin dai tempi di Maria l'Alchimista la chimica sarebbe da considerare una nanotecnologia ante litteram, dato che la chimica si occupa da sempre di manipolare gli atomi dentro una molecola. In un senso più restrittivo e concreto, vanno in realtà sotto il nome di nanotecnologie quelle metodiche che permettono di realizzare materiali e dispositivi caratterizzati da strutture artificiali e pre-ordinate di dimensioni prossime a quelle atomiche (circa un decimillesimo di millimetro).

Il nanotech è ora al servizio anche dell'odontoiatra, dalla restaurativa alla chirurgia rigenerativa e implantare e l'Italia potrebbe mettere forse meglio di chiunque altro e a breve il nanotech nelle mani dei dentisti del futuro del nostro Paese.

Prof. Giulio Rasperini Milano - Piacenza "L'importanza del dente naturale"



Il Dentista è il professionista in ambito sanitario che effettua più visite rispetto a tutte le altre specialità. Le spese odontoiatriche sono generalmente le spese sanitarie che più incidono sui bilanci familiari, ed il costo maggiore che si affronta dal dentista è la sostituzione di un dente mancante.

Le patologie del cavo orale da diagnosticare durante la prima visita ed i controlli successivi sono svariate, e vanno dai tumori alla semplice carie occlusale. Tra le Malattie dal cavo orale, la Malattia Parodontale (Processo infiammatorio a carico delle gengive) è la maggior responsabile delle estrazioni di denti che vengono effettuate in Italia, seguita da carie e traumi. La Malattia Parodontale si può schematicamente presentare in due forme: aggressiva o cronica.

Questa patologia è caratterizzata da un'infiammazione marginale della gengiva, che non provoca dolore, ma che rompe il "sigillo" tra dente e gengiva con la formazione di una tasca, cioè un ambiente profondo tra dente e gengiva difficile da pulire e di facile colonizzazione batterica, che continua il processo fino alla perdita del dente. Questo processo può essere rapido, nel caso della Parodontite aggressiva, o lento come nel caso della forma cronica che per altro è la forma più diffusa.

La Malattia si instaura perché il nostro sistema immunitario reagisce alla presenza di alcuni batteri "cattivi" e crea infiammazione per eliminarli o circoscriverli. In realtà questa infiammazione fa riassorbire l'osso sotto la gengiva.

I sintomi che il paziente avverte sono il sanguinamento durante lo spazzolamento e la mobilità dentale quando la Malattia è in uno stato avanzato. Quindi se ne deve accorgere il dentista durante la visita, seguendo le linee guida della Società Italiana di Parodontologia.

Anche in Odontoiatria, come in tutta la Medicina, la prevenzione gioca un ruolo determinante e su questo argomento si è fatto tanto in Italia negli ultimi anni.

La diagnosi precoce in questo ambito è fondamentale in quanto una rapida individuazione del problema può immediatamente arrestare il processo distruttivo, limitando i danni e permettendo al paziente di vivere il resto della vita con i propri denti.

Se questa diagnosi viene fatta quando le lesioni sono troppo estese per essere trattate, purtroppo il dente deve essere estratto.

Nel caso in cui non vi sia scelta e vada rimosso l'elemento dentario, la tecnica migliore rimane il posizionamento di un impianto osteointegrato. Tuttavia se decidessimo per la terapia implantare, andrà considerata un trattamento di ricostruzione ossea, per recuperare il tessuto di supporto perso per la malattia parodontale.

A questo punto il paziente deve sapere che alcuni dei fattori che gli hanno fatto perdere il dente come, fumo di sigarette e suscettibilità alla Malattia Parodontale, saranno fattori di rischio anche per la stabilità dell'osso vicino agli impianti. Questi impianti verranno poi finalizzati con una corona protesica.

Sappiamo che la vita media di una corona protesica è di circa dieci anni, bisogna mettere in conto che questa corona (che sia su denti naturali o impianti non importa) circa ogni dieci anni dovrà essere rifatta.

Fatti due conti, biologici ed economici, risulta evidente il grandissimo valore di un dente naturale, e compito dell'odontoiatra deve essere quello di preservare il più possibile la dentatura naturale dei propri pazienti, diagnosticando e curando in tempo le malattie.

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 5, numero 11
novembre 2011/febbraio 2012

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

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

Direttore scientifico
Glorianna Zangiacomì

Direttore responsabile
Valentina Visentin

Progetto e direzione grafica
Silvia Bozza - Studio Martinis

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

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

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

Hanno collaborato a questo numero:
Nicola Scotti, Damiano Pasqualini, Elio Berutti,
Mauro Bovi, Fabrizio Morelli,
Stefano Patroni, Alessio Terziani,
Marina Mirandola Minuzzi,
Isabella D'Angelo, Marco Cavallari,
Valerio Burello, Miguel Peñarrocha-Diago,
Hilario Pellicer-Chover, David Peñarrocha-Oltra
Manuel Alfonso Villa Vigil,
Philippe Puskaric,
Glorianna Zangiacomì, Silvia Cuccarolo,
Andrea Pilloni, Giulio Rasperini



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 _____
CAP _____ Città _____ Provincia _____
Tel. _____ Fax _____ Cell. _____
e-mail _____ P. IVA _____ Cod. Fisc. _____

È già cliente Sweden & Martina? SÌ NO

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

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

Firma _____