

# NUMERI UNO

ESSE&EMME NEWS MAGAZINE N° 12

marzo/giugno 2012



## 122012

- **The Ultimate Endo Restorative Dentistry**  
VII Congresso Nazionale
- **Dr. Alberto Fonzar**  
Parodontite e perimplantite: limiti e sfide
- **Dr. Francesco Vedove**  
Il punto di vista dell'esperienza
- **Novità di mercato**  
TiNET fm  
OneBox e OneBox<sup>2</sup>  
CRI5  
TheraCal™ TC  
Select HV™ Etch

numeri uno è il magazine di

  
**sweden & martina**  
40 | ANNIVERSARY | 1972 | 2012

# The Ultimate Endo Restorative Dentistry

VII CONGRESSO NAZIONALE 14, 15 e 16 Giugno 2012

  
**sweden & martina**  
40 | ANNIVERSARY | 1972 | 2012

## PROGRAMMA SCIENTIFICO

### SESSIONE ODONTOIATRI

#### Giovedì 14 giugno 2012

Centro Congressi Sweden&Martina, Via Veneto 10, Due Carrare (PD)

Corso Pre-Congressuale

#### Preparazione, otturazione e restauro postendodontico preprotetico

Prof. Vinio Malagnino, Dott. Piero Alessandro Marcoli, Dott. Marco Veneziani

- 8.30 Registrazione Partecipanti  
9.00 Inizio lavori  
**Preparazione**  
Prof. Vinio Malagnino
- > Le cause più frequenti di insuccesso in Endodonzia
  - > Gli strumenti in Ni-Ti: rotazione continua o movimento reciprocante, considerazioni
- 11.00 Coffee Break  
11.30 > Il Sistema Mtwo: aggiornamento sull'utilizzo nei casi di routine, nei casi difficili, nei ritrattamenti  
> La chiave del successo: la preparazione dell'apice in funzione dell'otturazione
- 13.00 Lunch Break
- 14.00 **Otturazione**  
Dott. Piero Alessandro Marcoli
- > Principi generali di una corretta otturazione canalare
  - > La tecnica dell'onda continua di condensazione col Sistema E&Q Master
  - > La gestione degli apici over-size
- 16.00 **Restauro postendodontico preprotetico**  
Dott. Marco Veneziani
- > Opzioni terapeutiche attuali per la ricostruzione del dente trattato endodonticamente
  - > La ricostruzione preprotetica e protocollo operativo della ricostruzione con perno in fibra
- 17.30 Conclusione lavori

#### Venerdì 15 giugno 2012

Teatro Congressi Pietro d'Abano, Largo Marconi 16, Abano Terme (PD)

- 8.30 Registrazione Partecipanti  
9.00 Apertura dei lavori e benvenuto  
Dott. Sandro Martina, Prof. Vinio Malagnino
- Presidente di sessione Dott.ssa Federica Fonzar  
9.15 Dott. Carlo Tocchio  
**La gestione del terzo apicale in endodonzia**
- 10.00 Dott. Piero Alessandro Marcoli  
**I molteplici impieghi dell'MTA**
- 10.45 Prof. Vinio Malagnino  
**La preparazione degli ultimi millimetri del canale radicolare**
- 11.30 Coffee Break
- Presidente di sessione Prof. Carlo Prati  
12.00 Dott. Adamo Monari  
**Aspetti critici nel restauro diretto del dente anteriore**
- 12.45 Dott. Mario Allegri  
**Aspetti critici nel restauro indiretto del dente anteriore**
- 13.30 Lunch Break
- Presidente di sessione Prof. Livio Gallottini  
14.30 Dott. Fabio Gorni  
**L'uso degli Mtwo nelle moderne sequenze operative di sagomatura canalare**
- 15.15 Prof. Francesco Mangani  
**Approccio bio funzionale al restauro adesivo**
- Presidente di sessione Prof. Giuseppe Gallina  
16.00 Dott. Marco Veneziani  
**Restauri diretti in composito nei settori posteriori: indicazioni e sequenze operative**
- 16.45 Dott. Stefano Bottacchiari  
**Intarsi in composito e il piano di trattamento**
- 17.30 Conclusione lavori

#### Sabato 16 giugno 2012

Teatro Congressi Pietro d'Abano, Largo Marconi 16, Abano Terme (PD)

- 9.00 Registrazione Partecipanti
- Presidente di sessione Prof. Ernesto Rapisarda  
9.30 Dott. Marco Calabrese, Dott. Michele D'Amelio  
**Fattori chiave nelle ricostruzioni preprotetiche mediante perni in fibra**
- 10.15 Dott. Guido Fichera  
**Il restauro adesivo del pilastro protesico**
- Presidente di sessione Prof. Oscar Carli  
11.00 Prof. Lorenzo Breschi  
**Aspetti clinici dei nuovi sistemi adesivi**
- 11.45 Coffee Break  
12.30 Dott. Paolo Mareschi  
**Indicazioni e controindicazioni al ritrattamento endodontico di un pilastro protesico**
- 13.15 Dott. Gianfranco Vignoletti  
**Il trattamento endodontico e il trattamento implantare: in competizione o alleati?**
- 14.00 Conclusione lavori

### SESSIONE IGIENISTI DENTALI

#### Venerdì 15 giugno 2012

Teatro Congressi Pietro d'Abano, Largo Marconi 16, Abano Terme (PD)

#### La tecnologia al servizio della prevenzione

- 8.30 Registrazione Partecipanti
- Presidente di sessione Dott.ssa Annamaria Genovesi  
9.30 Dott. Alberto Emiliani  
**Ricerca ed innovazioni nel controllo del biofilm orale**
- 10.15 Dott. Massimiliano Ricci  
**Nuove frontiere nella diagnosi e nella terapia parodontale**
- 11.00 Coffee Break
- 11.30 Dott.ssa Olivia Marchisio  
**Sviluppi delle nanotecnologie applicate alla prevenzione**
- 12.15 Dott. Giuseppe Chiodera  
**Nuove tecnologie ed igiene dentale: quali prospettive?**
- 13.00 Lunch Break
- Presidente di sessione Dott.ssa Olivia Marchisio  
14.30 Dott. Salvatore Di Martino  
**Alitosi: aggiornamenti sulle recenti tecniche di diagnosi e terapia**
- 15.15 Dott.ssa Annamaria Genovesi  
**L'impatto delle nuove tecnologie nel mantenimento dell'igiene orale domiciliare**
- 16.00 Dott. Maurizio Luperini  
**Sbiancamento dentale: mezzi e metodi applicativi a disposizione dell'igienista dentale**
- 17.00 Conclusione lavori

### SESSIONE ASSISTENTI

#### Venerdì 15 giugno 2012

Teatro Congressi Pietro d'Abano, Largo Marconi 16, Abano Terme (PD)

#### Management dello studio odontoiatrico

- 8.30 Registrazione Partecipanti
- Presidente di sessione Dott. Stefano Paci, Sig.ra Cristina Casadei  
9.30 Dott. Stefano Paci, Sig.ra Caterina Dini  
**L'organizzazione dell'unità operativa odontoiatrica**
- 11.00 Coffee Break
- 11.30 Dott. Maurizio Luperini  
**L'affilatura dello strumentario odontoiatrico**
- 13.00 Lunch Break
- 14.30 Dott. Alberto Emiliani  
**Corso di comunicazione in odontoiatria: dall'esperienza alla ricerca**
- 17.00 Conclusione lavori



04

Case report  
**"Implantologia Conservativa", utilizzo della ceramica integrale nella riabilitazione completa del settore frontale**  
Dr. N. Guiducci, Dr.ssa C. Pauly



07

Intervista  
**Parodontite e perimplantite: limiti e sfide**  
Dr. A. Fonzar



08

Case report  
**Postestrattivo a carico immediato con Tecnica Simple e Platform Switching**  
Dr. M. Csonka



10

Intervista  
**Il punto di vista dell'esperienza**  
Dr. F. Vedove



11

Cad Cam  
**Strutture a barra avvitate su impianti Sweden & Martina**



12

Case report  
**Riabilitazione implanto protesica con tecnica One Stage e protesi avvitata in materiale composito**  
Dr. F. Minenna, Dr. L. De Leo



14

Case report  
**Analisi dei fattori fondamentali nella progettazione chirurgica delle protesi postestrattive a carico immediato su impianti inclinati e non**  
Dr. F. Secondo



18

Novità di mercato  
**Sistema TiNET fm, OneBox e OneBox<sup>2</sup>, Cricchetto Dinamometrico CR15, Bisco TheraCal™ TC, Bisco Select HV™ Etch**



21

Recensioni della letteratura



23

Eventi



24

Eventi Internazionali



26

Calendario corsi 2012



28

Stato dell'arte in Odontoiatria  
Prof. C. Guastamacchia



# Dr. Nicola Guiducci

Nato a Genova il 30 agosto 1978.

Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Genova. Ha frequentato numerosi corsi di specializzazione e di perfezionamento clinico, tra i quali il corso annuale in Odontoiatria Conservativa del Dr. Lorenzo Vanini.

Autore di pubblicazioni riguardanti l'estetica e la conservativa.

Relatore a congressi su tematiche riguardanti l'odontoiatria adesiva.

Si dedica in particolare all'odontoiatria estetica con un occhio di riguardo a tutto ciò che concerne l'utilizzo dei materiali compositi.

Esercita la libera professione presso il proprio studio in Genova.



# Dr. Carolynne Pauly

Laureata in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Genova.

Ha frequentato numerosi corsi di specializzazione e di perfezionamento clinico.

Si dedica esclusivamente all'odontoiatria infantile ed all'ortodonzia secondo la filosofia bioprogressiva ideata dal Dr. Ricketts.

Esercita la libera professione presso il proprio studio in Genova.

## “Implantologia Conservativa”, utilizzo della ceramica integrale nella riabilitazione completa del settore frontale

04

### Scopo del lavoro

Valutare le proprietà strutturali della ceramica integrale sia per quanto riguarda la riabilitazione conservativa che per quella implantoprotesica, la ceramica integrale finora considerata un materiale altamente estetico ma scarsamente utilizzato per riabilitazioni su impianti.

### Introduzione

La ceramica integrale è ormai ampiamente utilizzata per effettuare riabilitazioni protesiche ad altissimo valore estetico, può essere utilizzata per la realizzazione di corone, faccette e pilastri impianto protesici. Una delle caratteristiche che contraddistingue la ceramica integrale da quella tradizionale è che ci consente di effettuare la preparazione protesica a livello iuxta-gengivale evitando così il rischio di intravedere un'area scura a livello surcolare. La ceramica integrale viene utilizzata anche per le realizzazioni di monconi su impianti con ottimi risultati anche per quanto riguarda la resistenza ai carichi masticatori. In questo caso clinico viene descritta la riabilitazione del settore frontale superiore con protesi integrale su impianti e faccette integrali su monconi naturali.

### Materiali e metodi

Il caso clinico riguarda un paziente di sesso maschile di 48 anni con agenesie di 12, 22 e canini in posizione ectopica.

Il paziente si presenta motivato e desideroso di risolvere sia esteticamente che funzionalmente la propria situazione, viene così proposta una terapia ortodontica al fine di creare lo spazio sufficiente all'inserimento di due impianti Premium in posizione 13 e 23, viene anche proposto di eseguire faccette su 11 e 21, faccette sui due canini “trasformandoli” in laterali ed eseguire sugli impianti due ceramiche integrali con moncone protesico integrale per riottenere i due canini, al fine di riabilitare l'estetica del settore frontale. Il paziente soddisfatto del programma decide di iniziare subito la riabilitazione partendo ovviamente da una seduta d'igiene professionale, istruzioni per il mantenimento e motivazione. Al controllo successivo appare ben tenuto da un punto di vista di igiene orale e motivato, si decide così di dar via alla terapia ortodontica.



1-2: Fotografie inizio caso





3-10: Foto del caso, modelli di studio tipo Tweed per studio del caso, ortopantomografia e teleradiografia latero laterale

Viene eseguito il tracciato cefalometrico per avere una visione completa della tipologia scheletrica brachifacciale e controllare i valori cefalometrici. Dopo l'estrazione dell'elemento n.63 è stato eseguito un trattamento ortodontico fisso in tecnica Ricketts, usando molle a leggera compressione per creare lo spazio necessario per l'inserimento degli impianti. Successivamente si sono inseriti due impianti Premium (Sweden & Martina) 3,30 x 100 ed attesa la loro integrazione.



11-12: Trattamento ortodontico



13: Prima delle preparazioni

Durante il periodo di osteointegrazione l'apparecchio ortodontico funge da mantentore di spazio. Terminato il periodo di osteointegrazione è stato rimosso l'apparecchio ortodontico e sono stati preparati i quattro elementi anteriori, viene poi eseguita la presa dell'impronta in contemporanea all'impronta su impianti tramite transfer per tecnica "aperta" e cucchiaio individuale forato.



14-15: Finite le preparazioni



16: Preparazioni e transfer da impronta



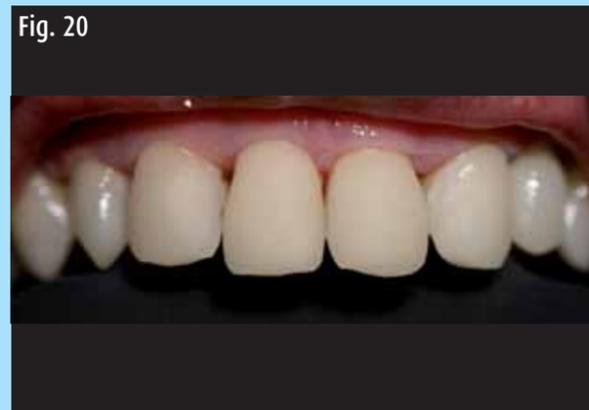
17-18: Impronta di precisione

Per una maggior precisione la cera d'articolazione viene registrata tramite Arco Facciale.



19: Arco facciale

Ad una settimana dall'impronta si è passati alla prova "grezza" delle quattro faccette ed alla prova dei due monconi integrali con le rispettive corone in ceramica integrale.



20: Prova estetica

Ultimata la fase di laboratorio si è proceduto alla cementazione dei manufatti protesici tramite sistema integralmente adesivo.

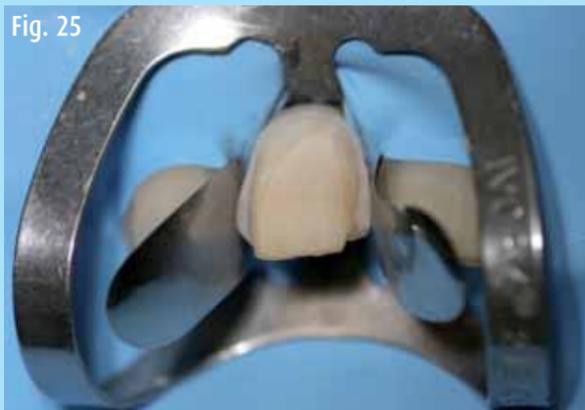
Il caso ultimato soddisfa pienamente il paziente sia dal punto di vista estetico che funzionale.



21-23: Fasi di laboratorio



Fig. 24



24-26: Cementazione faccetta in ceramica



27-28: Caso finito

### Risultati

Grazie alla nostra "Implantologia Conservativa" il paziente viene completamente riabilitato con manufatti protesici privi di strutture metalliche, il nostro protocollo ha consentito la "trasformazione" conservativa degli elementi dentali mantenendoli vitali e privi di bordi metallici, inoltre i monconi implantari pressofusi in ceramica integrale con connessione in oro hanno reso l'emergenza protesica assolutamente mimetizzata tra i tessuti gengivali. Le aspettative del paziente sono assolutamente soddisfatte sia da un punto di vista estetico che funzionale.

Nei sei mesi successivi di *follow-up* gli elementi naturali e gli impianti non presentano problemi a livello delle mucose grazie anche al fatto che tutti gli elementi dentali sono separati tra loro e di conseguenza l'igiene è facilmente mantenibile, tuttavia si prevede una monitoraggio dei tessuti parodontali anche grazie a sedute d'igiene professionali programmate.

### Conclusioni

Pur nei casi complessi e multidisciplinari è possibile riabilitare un intero settore su pilastri naturali ed implantari con metodica adesiva e priva di alcuna lega metallica, garantendo ottimi risultati estetici e funzionali.

06

## The Ultimate Endo Restorative Dentistry

Si rinnova il 14, 15 e 16 giugno 2012 l'appuntamento biennale di **Sweden & Martina** con il mondo dell'endodonzia e della odontoiatria conservativa. Dopo il corso pregressuale su Preparazione, otturazione e restauro preprotetico, tenuto dal prof. **Vinio Malagnino**, dal dott. **Sandro Marcoli** e dal dott. **Marco Veneziani**, prenderà il via il programma delle relazioni scientifiche della **VII edizione di "The Ultimate Endo-Restorative Dentistry"**, che vanta anche quest'anno la partecipazione di una rosa di professionisti eccelsi (si veda il programma dettagliato dell'evento a pag. 2). Chiuderà l'intenso programma scientifico la relazione del dott. **Gianfranco Vignoletti**, dall'interessante titolo provocatorio: "Il trattamento endodontico e il trattamento implantare: in competizione o alleati?" Quasi una domanda aperta per introdurre il XII Premium Day, al quale Sweden & Martina invita sin da ora tutti i professionisti del mondo odontoiatrico per il giugno 2013.



Proprio in quell'occasione, mettendo a confronto in un unico programma scientifico trattamenti di implantologia con trattamenti di endodonzia, Sweden & Martina concluderà i festeggiamenti per il **40° anniversario di attività**: non un traguardo, ma un trampolino di lancio verso nuovi, ambiziosi obiettivi.

In aggiunta a quanto indicato sopra, il programma del congresso del 2012 prevede una sessione per igienisti dentali sul tema "La tecnologia al servizio della prevenzione", che si svolgerà venerdì 15 giugno dalle 8.30 alle 17.00. In concomitanza con questa sessione sarà dedicato alle assistenti un approfondimento sul "Management dello studio odontoiatrico", articolato in tre interventi consecutivi. Il congresso sarà anche momento di **premiazione dei tre migliori poster** pervenuti alla commissione esaminatrice. Non mancherà la **cena di gala** organizzata venerdì 15 giugno 2012 presso il parco di Sweden & Martina; seguirà uno spettacolo musicale che riuscirà a sorprendere come ogni anno.

## Dr. Alberto Fonzar

Nato a Gorizia nel 1959, laureato cum laude nel 1986 in Medicina e Chirurgia all'Università degli Studi di Trieste, specializzato con il massimo dei voti in Odontoiatria e Protesi dentaria nel 1989 all'Università degli Studi di Pisa.

Il Dott. Alberto Fonzar dirige dal 1996 assieme alla sorella Federica lo Studio Stomatologico Friulano "E. Fonzar", di Campoformido (Udine). Parodontologia, implantologia e protesi sono le specializzazioni a cui, nel corso degli ultimi 20 anni, il dott. Alberto Fonzar ha dedicato la propria attività, divenendo uno dei massimi esperti europei del settore.

Socio attivo e Presidente Eletto della Società Italiana di Parodontologia, il Dott. Fonzar è coinvolto in numerosi progetti di ricerca clinica parodontale e fa parte di Ergoperio, European Research Group on Periodontology; professore a contratto presso l'Università di Trieste e di Siena.

Numerose le pubblicazioni relative al lavoro scientifico svolto, di rilievo nazionale ed internazionale: relatore in numerosi congressi e conferenze sul tema della parodontologia.



## Parodontite e perimplantite: limiti e sfide

07

Abbiamo intervistato il dottor Alberto Fonzar: semplice, schematico, chiarissimo.

### **Dottor Fonzar, limiti terapeutici del dente parodontalmente compromesso: quali sono oggi le sfide?**

Certi lavori, ad es. proposti di recente da Sandro Cortellini (*Sandro per gli amici ma ufficialmente Pierpaolo*), hanno dimostrato che le potenzialità del principio biologico sono elevatissime: Sandro Cortellini ha ottenuto una rigenerazione anche in lesioni che si estendevano circumferenzialmente fino all'apice del dente, dimostrando quindi che oggi le possibilità terapeutiche sono davvero entusiasmanti.

Il problema quindi non è nel principio biologico ma semmai nella sua applicazione pratica, ovvero le tecnologie e tecniche a disposizione sono ancora estremamente dipendenti dall'abilità dell'operatore. La sfida nel prossimo futuro sarà quindi di rendere efficaci nelle mani di molti delle procedure che oggi ottengono eccellenti risultati solo nelle mani di pochi.

Il secondo limite è sicuramente dato dalla impossibilità di creare in modo prevedibile supporto osseo *coronalmente* rispetto ai difetti intraossei: oggi siamo in grado di rigenerare il tessuto perso nei difetti presenti all'interno della cresta ossea, quelli definiti appunto *infraossei*, mentre abbiamo ancora grossi limiti nella ricostruzione dei tessuti parodontali perduti coronalmente alla cresta ossea, ovvero nei difetti *sovracossei*.

Aggiungo un terzo limite: ancora oggi non esiste una terapia rigenerativa efficace e prevedibile in grado di ripristinare l'osso e i tessuti andati perduti nelle forcazioni compromesse dei molari.

Ma ancora una volta la vera sfida per coloro che operano in ambito parodontale sarà riuscire a trovare il modo di rendere predicibile nelle mani di tutti le tecniche efficaci oggi disponibili.

### **Cosa abbiamo imparato dopo 30 anni di implantologia?**

È una domanda molto ampia ..... ci proviamo: beh, abbiamo imparato molte cose.

Innanzitutto, che gli impianti sono uno straordinario metodo per la sostituzione dei denti andati perduti: gli impianti hanno potuto migliorare la qualità della vita di una parte ampia della popolazione. E ciò significa che gli impianti hanno contribuito al progresso.

Abbiamo anche imparato nello stesso tempo che questo mezzo non funziona meglio dell'organo che sostituisce: è quindi giusto usarlo, ma con prudenza, cioè quando ce ne sia realmente l'indicazione.

Abbiamo imparato che gli impianti non sono eterni: l'implantologia non è una terapia definitiva.

Infine, abbiamo imparato che alcune delle leggi che governano le malattie degli impianti sono comuni a quelle che governano i denti.

### **Impianti e perimplantiti: è tutto scritto nel nostro DNA?**

È molto difficile rispondere con certezza perché gli studi sulle perimplantiti sono relativamente recenti e molti sono ancora gli aspetti oscuri: non dimentichiamoci che fino a pochi anni fa si negava addirittura l'esistenza delle perimplantiti stesse! Sappiamo che la genetica influisce pesantemente nella eziopatogenesi di molte malattie in quanto noi ereditiamo una maggiore o minore suscettibilità ad ammalarci di una determinata patologia e sappiamo anche che le malattie parodontali non sfuggono a questo principio. È quindi molto probabile che anche le perimplantiti si sviluppino più facilmente in certi individui piuttosto che in altri e d'altra parte oggi sappiamo che soggetti che presentino una storia di pregressa malattia parodontale mostrano una maggiore perdita di osso perimplantare rispetto a quelli in cui l'anamnesi per questa malattia è assente.

È di fatto probabile che molto sia scritto geneticamente, ma sicuramente non tutto; gli studi scientifici hanno dimostrato anche quanto la frequenza delle perimplantiti sia correlata alla corretta igiene del cavo orale e al fumo, ovvero agli stessi fattori che influenzano pesantemente la patogenesi delle malattie parodontali. Importantissimo è poi non inserire degli impianti in un paziente con malattia parodontale attiva perché i batteri parodontopatogeni possono facilmente migrare dalle tasche parodontali agli impianti e produrre anche una perimplantite. Mi sento quindi di affermare che un corretto posizionamento degli impianti e la corretta igiene domiciliare giocano un ruolo fondamentale nel limitare il numero di pazienti con perimplantiti.



## Dr. Marco Csonka

Laureato in Odontoiatria nel 1994, specializzato in Chirurgia Orale ed Implantologia Endossea presso la New York University nel 1997.

Perfezionato in tecniche chirurgiche implantari avanzate presso la U-Conn University (USA).

Membro attivo della North American Association of Oral and Maxillo-Facial Implants.

Autore di numerose pubblicazioni scientifiche e coordinatore per l'Europa del Comitato di studi clinici sui fattori di crescita ossea in Implantologia.

# 08

## Postestrattivo a carico immediato con Tecnica *Simple* e *Platform Switching*

L'estrazione di elementi dentari in zone esteticamente rilevanti impone al clinico implantologo una seria valutazione dei tessuti molli preesistenti. Se i tessuti molli (papille, altezza del bordo gengivale) che circondano l'elemento da estrarre sono adeguati, il metodo più semplice e predicibile per mantenerli è certamente un impianto postestrattivo caricato immediatamente con un provvisorio che sostenga adeguatamente e tridimensionalmente i tessuti gengivali preesistenti. Se, invece, i tessuti molli sono insufficienti, si consiglia una tecnica in due stage per ricostruire ed aumentare i tessuti ossei e gengivali con tecniche *Langer* o *Ice Cream*. Con il presente articolo ci occupiamo del primo caso (tessuti molli preestrattivi adeguati), rimandando ad un successivo lavoro la descrizione della tecnica che eseguiamo in caso di ricostruzioni chirurgiche di tessuti gengivali deficitari.

Nella scelta dei materiali più adatti per effettuare un impianto postestrattivo a carico immediato, molto importante appare l'utilizzo di impianti fortemente autofilettanti e con larghe spire capaci di ottenere stabilità primarie elevate anche all'interno di alveoli morfologicamente complessi. Parlando di monconi protesici provvisori, appare fondamentale scegliere monconi che abbiano i primi 2 mm apicali (=ampiezza biologica) di materiale biocompatibile (titanio) al fine di facilitare un attacco dei tessuti gengivali sul moncone prevenendo così una antiestetica migrazione apicale dei tessuti. Un impianto con il *platform switching*, infine, garantisce un minor riassorbimento dell'osso perimplantare consentendo in tal modo il mantenimento nel tempo del risultato estetico ottenuto.



1: Il dente 14 presenta una frattura corono-radicolare causata dal fallimento di una riabilitazione protesica con perno moncone metallico eseguita molti anni prima. Valutati come ottimali i tessuti gengivali esistenti, si decide per una tecnica postestrattiva immediata a carico immediato al duplice scopo di mantenere i livelli gengivali e di fornire alla giovane paziente un adeguato provvisorio immediato



2: Eseguita l'estrazione con tecnica minitraumatica, si rimuove con cura tutto il tessuto di granulazione residuo utilizzando dei cucchiai alveolari ben taglienti. Quindi, si disinfetta l'alveolo lasciando in situ una garza imbevuta di soluzione iodata (Betadine) per 3 minuti. Infine, si procede alla preparazione del sito implantare, puntando le frese non perfettamente al centro dell'alveolo ma tenendosi leggermente spostati verso la corticale palatina



3: L'impianto appena inserito (Premium SP, Sweden & Martina) non è esattamente al centro dell'alveolo ma bensì leggermente palatino, ottenendo così il duplice scopo di assecondare un probabile riassorbimento osseo postestrattivo più marcato vestibolarmente e di aumentare ai fini estetici lo spessore dei tessuti gengivali vestibolari



4-5: Sull'impianto appena inserito viene avvitato un moncone Simple fresabile in peek. Il moncone Simple provvisorio è facilmente lavorabile sia in bocca (tecnica diretta) che in laboratorio (tecnica indiretta) e presenta i 2 mm più apicali in titanio, garantendo così una ottimale risposta biologica dei tessuti gengivali circostanti



6: Il moncone Simple fresabile è stato preparato in bocca (tecnica diretta) con frese diamantate



7: Una corona provvisoria preformata del commercio viene ribasata direttamente in bocca sul moncone Simple fresato. Dopo la ribasatura è indispensabile svitare il moncone ed avvitare su di un analogo dell'impianto, così da poter eliminare eventuali sbavature della ribasatura e da poter eseguire una adeguata lucidatura della porzione subgengivale del manufatto. Trattandosi di un impianto singolo a carico immediato, nella regolazione oclusale si consiglia una leggera sottocclusione. Solo impianti con un torque finale di inserimento maggiore di 35 Ncm possono essere predicibilmente sottoposti a carico immediato



8: Rx endorale postoperatoria



9: Lo stato dei tessuti gengivali attorno al moncone Simple dopo 4 mesi di provvisorizzazione a carico immediato



10: Appena svitato il moncone provvisorio Simple (al fine di procedere all'impronta definitiva), si evidenzia il perfetto tunnel gengivale ottenuto



11: Il manufatto protesico definitivo, realizzato utilizzando un moncone fresabile Simple definitivo in titanio



12: Rx endorale ad 1 anno. Grazie al Platform Switching i picchi ossei interprossimali sono perfettamente mantenuti ed il riassorbimento perimplantare ridotto al minimo, garantendo così la durata nel tempo del risultato estetico ottenuto

## IL NUOVO ED ESCLUSIVO STRUMENTO MAGNETO-DINAMICO PER RIALZI ED ESPANSIONI OSSEE

### Magnetic Mallet - Corso teorico-pratico

Roberto Crespi, SIVIGLIA (Spagna); 9 marzo 2012  
 Roberto Crespi, MADRID (Spagna); 10 marzo 2012  
 Salvatore Gabriele, PARIGI (Francia); 1-2-3 marzo 2012  
 Giovanni B. Bruschi, Roberto Crespi, BUSTO GAROLFO (MI); 30-31 marzo 2012  
 Giovanni B. Bruschi, Roberto Crespi, BUSTO GAROLFO (MI); 6-7 luglio 2012

### Il Magnetic Mallet: Rivoluzionaria tecnica chirurgica per espansioni ossee, Split Crest e mini-rialzi. Corso pratico su tessuti animali

Marco Csonka, DUE CARRARE (PD); 17 marzo 2012  
 Marco Csonka, DUE CARRARE (PD); 19 maggio 2012

**sweden & martina**  
 ContinuingDentalEducation

per informazioni rivolgersi a:  
 ufficio corsi ed eventi Sweden & Martina

## Dr. Francesco Vedove

Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1989, ha frequentato per oltre 4 anni il reparto di Chirurgia Maxillo-Facciale dell'ASL n°3 di Bassano del Grappa. Nel 1995, master in Implantologia e Biomateriali presso l'Università di Genova e, nel 1997, in Implantologia ed Estetica, presso la New York University. Dal 1998 è socio attivo dell'Academy of Osseointegration e della SICOI di cui oggi è Vice Presidente. Autore di pubblicazioni e presentazioni in Europa, Stati Uniti e Sud America. Co-autore del libro "Chirurgia Implantare" del Prof. Malchiodi, ha collaborato anche alla realizzazione dei testi "Ricostruzione preimplantare dei mascellari atrofici" e "Chirurgia ossea ricostruttiva pre- e perimplantare" degli autori Di Stefano-Cazzaniga e nel 2011 del "Manuale di Chirurgia Orale SICOI" degli autori Antonio Barone ed Andrea Edoardo Bianchi. Esercita la libera professione a Bassano del Grappa, occupandosi esclusivamente di chirurgia orale, implantologia e protesi su impianti.



# 10

## Il punto di vista dell'esperienza

### **Osso omologo, autologo, eterologo: esiste davvero un *gold standard*?**

Porrei la questione secondo due punti di vista differenti: il primo teorico, il secondo pratico.

Se parliamo di *gold standard* dell'osso autologo come parametro di riferimento rispetto alla letteratura, ovvero di confronto con gli altri materiali, allora sì, l'osso autologo è ancora il *gold standard*, il più analizzato e più pubblicato di tutti i materiali da innesto, specie in passato.

Viceversa, se modernamente vogliamo pensare in chiave clinica a quale sia il miglior materiale da utilizzare come sostituto osseo nella pratica quotidiana della chirurgia orale, allora direi proprio di NO, l'osso autologo non lo è più sicuramente. È chiaro che in questo tipo di valutazione devono rientrare anche altri fattori quali il rapporto qualità/prezzo e mi riferisco chiaramente al costo biologico che può avere un prelievo autologo da una sede operatoria diversa e non contigua a quella oggetto dell'intervento. Si parla in questo caso di morbidità e quanto sopra esposto conduce inevitabilmente ad un'elevata morbidità alla quale si deve aggiungere anche il rischio operatorio vero e proprio.

Direi quindi che, alla luce delle più recenti e collaudate scoperte nell'ambito della fisiologia e della biologia ossea, non esiste un unico materiale che sia superiore ad altri ma esistono molti materiali che hanno la migliore indicazione all'applicazione in specifiche sedi del distretto orale e, non dimentichiamolo, anche in funzione del difetto da correggere.

È proprio in questi termini che il clinico deve porsi quando è chiamato ad affrontare una ricostruzione ossea: fare una diagnosi corretta, valutare le proprie capacità ed il materiale che meglio risponde a quello specifico impiego nelle sue proprie mani.

In quest'ambito sono molto importanti la formazione culturale che ogni singolo operatore dedica all'aggiornamento e la qualità dell'offerta formativa. In un panorama come quello italiano, così ricco di corsi e congressi, è indispensabile che l'utente si orienti nella giusta direzione, per esempio selezionando corsi e relatori riferiti dalle società scientifiche o che ne facciano parte, evitando gli improvvisati dell'ultima ora!

Nei 23 anni di professione ho avuto modo di provare i materiali più disparati ed eterogenei e devo dire che ultimamente si sono fatti enormi passi avanti nel loro sviluppo e nella loro applicazione. Molti studi hanno dimostrato come alcuni materiali eterologhi diano risultati sovrapponibili, se non migliori, all'osso autologo, per esempio nel rialzo di seno. Personalmente ho una certa esperienza con l'osso omologo congelato di banca e trovo che nel mascellare superiore dia risultati straordinari anche quando applicato come innesti di apposizione o di interposizione nelle ricostruzioni più complesse. In questo caso sarà però necessario superare, da parte del paziente, aspetti etici, morali e religiosi legati alla natura e provenienza del materiale stesso.

Viceversa, in mandibola prediligo ancora l'osso autologo, spesso prelevato dal ramo mandibolare. Nei difetti contenitivi, si potrebbe genericamente affermare che si riescono ad ottenere risultati con moltissimi dei materiali presenti sul mercato anche se quelli collagenati danno sicuramente i risultati migliori. Molto ci si aspetta ancora dalla ricerca, e dall'ingegneria genetica, sia per i tessuti duri che per quelli molli ma la loro diffusione e la loro predicibilità necessitano ancora di ulteriore sperimentazione e tempo.

### **Sappiamo che tra impianti cilindrici e conici la Sua predilezione va verso i primi: ci spiega le Sue ragioni?**

Siete stati male informati!! È vero che la mia formazione nasce nel 1989 con gli impianti cilindrici, rivestiti dapprima e dal 1993 con la tradizionale vite in titanio liscio ma in realtà da molti anni ho iniziato ad utilizzare moltissimo anche impianti con forme differenti. Ancora oggi ritengo sia necessario avere nel proprio magazzino diverse morfologie d'impianti in quanto le indicazioni sono sito-specifiche. Generalizzando potremmo dire che gli impianti conici trovano la loro migliore indicazione e facilità d'impiego nell'arcata superiore, quelli cilindrici in quella inferiore. La preparazione del sito è più delicata e precisa nel primo caso, più semplice, ripetibile e "tollerante" nel secondo. D'altro canto capisco come non sempre sia possibile avere a magazzino un grosso quantitativo d'impianti di forme, diametri e lunghezze differenti.

### **Quali sono allora secondo Lei i requisiti necessari affinché un impianto funzioni bene?**

Premesso che non esiste un unico impianto che vada bene in tutte le situazioni cliniche, direi che le caratteristiche di superficie sono al primo posto, specie se ne valutiamo il successo biologico a lungo termine. In secondo luogo tutti gli aspetti che concorrono a dare stabilità primaria, facilità d'utilizzo, versatilità d'impiego, precisione e stabilità tra impianto e *abutment*, *switching platform* e così via. Limitando la risposta alla sola macromorfologia, mi piacciono quegli impianti che hanno i due terzi coronali del corpo cilindrico ed il terzo apicale conico, con un taglio incrementale delle spire; trovo che soddisfino un'alta percentuale di situazioni cliniche. Ancora una volta comunque, sono la manualità e l'esperienza dell'operatore che fanno la differenza ed ancora una volta la qualità della formazione, specie nei giovani, è alla base del successo clinico prima e professionale poi.

Non a caso in Sicoi, Società Italiana di Chirurgia Orale ed Implantologia, del cui Consiglio Direttivo mi onoro di far parte, abbiamo sviluppato una serie di programmi dedicati ai giovani per cercare di farli crescere sviluppando un'autonomia intellettuale che li porti a ragionare con spirito scientifico e senso critico; una sfida sicuramente ardua ma il substrato è buono ed io stesso vorrei che mio figlio crescesse, professionalmente parlando, con queste caratteristiche.



## Strutture a barra avvitate su impianti Sweden & Martina

Con il nuovo modulo di progettazione dedicato interamente alle barre potrai realizzare in maniera intuitiva la tua struttura con o senza importazione del wax-up, con la possibilità di inserire elementi ritenuti aggiuntivi dove la tua esperienza ti suggerisce che siano necessari. Come per le altre strutture, il workflow ti guiderà nell'acquisizione dei modelli e delle posizioni implantari e il controllo del foro di uscita delle viti di serraggio, unito al controllo di fattibilità della struttura, ti permetterà di sperimentare e migliorare le tue conoscenze del sistema e delle sue potenzialità senza il rischio di errori o complicazioni.

Il rapporto di collaborazione tra Sweden & Martina e Cendres+Métaux ha reso possibile la creazione di una libreria di barre compatibili con gli attacchi della famosa azienda svizzera, permettendoti di progettare sia le barre Dolder che Ackermann.

11



**Disponibili nei seguenti materiali:**

- > cromo cobalto fresato
- > bio-titanio fresato

# Dr. Francesco Minenna

Laureato in medicina e chirurgia presso l'Università di Bologna nel 1985. Specializzato in Odontostomatologia presso l'Università Cattolica di Roma. Perfezionato in endodonzia presso l'Università Federico II di Napoli. Ha frequentato il Reparto di Odontostomatologia presso "Casa Sollievo Della Sofferenza" di San Giovanni Rotondo dal 1991 al 1994. Ha frequentato l'Institute for Advanced Dental Studies in Boston dei professori Kramer e Nevins. Relatore in diversi corsi di implantologia. Si occupa prevalentemente di ortodonzia ed implantologia. Svolge la libera professione in Foggia.



# Dr. Leonardo De Leo

Laureato a Bari nel 1999 in odontoiatria e protesi dentaria. Frequenta la Struttura Operativa Complessa Odontoiatrica Maxillo Facciale di San Giovanni Rotondo (FG) dal 2008 al 2009. Si occupa prevalentemente di protesi e chirurgia seguendo moderni protocolli A.I.OP S.I.O. e S.I.C. Libero professionista in Foggia.



## Riabilitazione implanto protesica con tecnica *One Stage* e protesi avvitata in materiale composito

### Introduzione

Nel novembre 2009 si è presentato alla nostra osservazione un paziente già precedentemente trattato nel marzo 2009 con posizionamento di impianti all'arcata inferiore. Il paziente, maschio di anni 48 non fumatore, ci chiedeva di poter sostituire il suo vecchio "lavoro mobile", uno scheletrato che portava da tanti anni, con una protesi fissa. Nello specifico chiedeva di sostituire nell'arco del

breve periodo i due incisivi (11 e 21) e il primo premolare superiore sinistro (24) chiedendoci quindi un lavoro fisso con la minor spesa possibile. L'esame obiettivo mostrava un notevole riassorbimento crestale in zona 11 e 21, sia orizzontale che verticale, compensato dalla parte in resina del suo scheletrato. Presentava inoltre discromie, perdita di smalto e vecchie otturazioni sugli incisivi laterali 11 e 22. La necessità di riabilitare, quindi, una zona ad alta va-

lenza estetica cercando di contenere i costi ci ha fatto propendere per una scelta terapeutica così articolata: 2 impianti Premium Sweden & Martina con corone in composito avvitato, faccette dirette in composito sui laterali e impianto sul 24. Questa scelta terapeutica risulterà infatti estremamente vantaggiosa sia dal punto di vista economico sia nei tempi di guarigione.



1: Ortopantomografia del caso iniziale



2: Caso iniziale con scheletrato in situ



5: Effettuiamo l'intervento con due impianti Premium ricoprendo gli stessi direttamente con viti di guarigione



3: Caso iniziale senza scheletrato



6: Viene inserito un innesto libero in zona inter-implantare per ottenere un aumento di volume gengivale che simula una papilla. Notare l'integrità del periostio



4: Posizionamento della mascherina



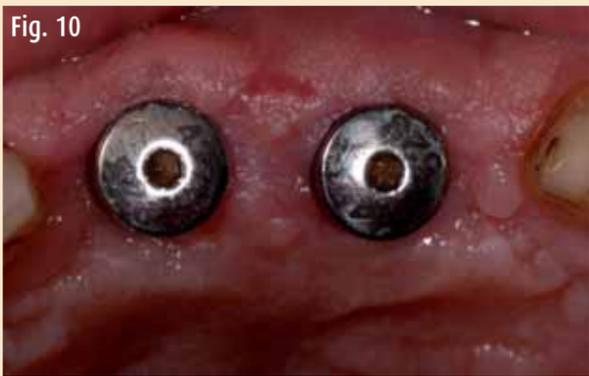
7: Rx postoperatoria al tempo zero



8: Rimozione suture a otto giorni. Si può notare l'attecchimento dell'innesto interimplantare e la guarigione della zona di prelievo



9-10: Controllo dopo due mesi



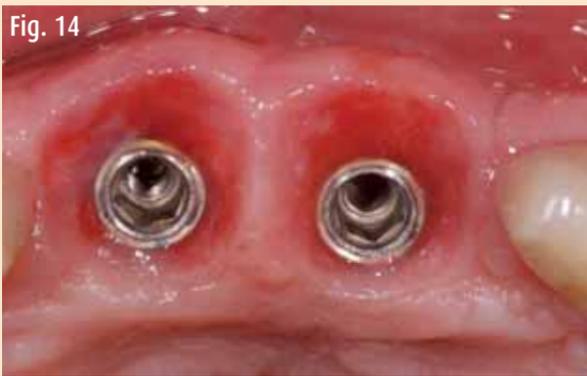
11: Ulteriore controllo a tre mesi



12: Dopo quattro mesi provvediamo alla ricostruzione con materiale composito del 12 e 22 e all'inserimento del manufatto protesico in composito realizzato con la metodica avvitata. Da notare la compressione che viene effettuata sui tessuti molli durante l'avvitamento



13: Lucidatura dei manufatti



14-16: Ad un seguente controllo a venti giorni, notiamo un perfetto adattamento del manufatto con formazione di una pseudo-papilla dovuta all'alloggiamento della nostra protesi. Anche i profili di emergenza risultano corretti



17: Eseguiamo un ulteriore controllo del lavoro a otto mesi con notevole soddisfazione del paziente



18: Controllo ad un anno



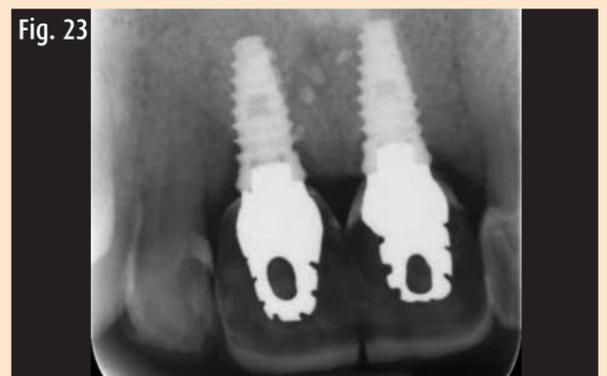
19: Foto a 1 anno al posizionamento del 24



20-21: Controllo a 2 anni



22: Rx postoperatoria a due anni

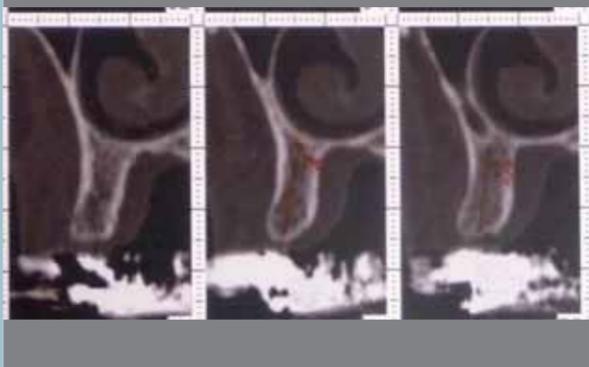


23: Rx postoperatoria a due anni



Questa pianificazione ci porterà ad eseguire delle protesi provvisorie alle quali apporteremo, nell'arco di tempo che intercorre tra le protesi provvisorie stesse e quelle definitive, le dovute modifiche che daranno le informazioni guida al fine di una corretta costruzione delle definitive. Particolare considerazione va data, in previsione di questa tipologia di protesi, ai casi che presentano un sorriso gengivale (*gum-smile*). In queste condizioni il margine apicale del corpo protesico presenterà la linea di confine tra corpo protesico stesso e la porzione biologica e che rappresenta il punto dove, in casi di sorriso gengivale, può verificarsi un problema estetico proprio perchè questa linea risulterà altamente visibile durante l'eloquio ed il sorriso del paziente. Un eventuale soluzione al problema può essere data da una modellazione dei tessuti duri durante l'intervento che, nel caso delle riabilitazioni superiori, richiederanno una osteotomia a spese dell'altezza della cresta. La porzione ossea anteriore verrà quindi ridotta e posizionata in senso apicale così da nascondere, al di sotto del labbro, l'antiestetica linea di unione delle parti protesico-biologiche. Questa soluzione richiederà comunque uno studio preventivo sulla TAC che ci informerà sulla quantità di tessuto duro disponibile (foto 5) assicurandoci che, una volta eseguita l'osteotomia, sarà ancora idoneo ad ospitare un impianto di buone dimensioni in lunghezza e diametro atto a ben sostenere con una adeguata stabilità primaria il tipo di protesi considerata.

Fig. 5



Nei casi in cui non sarà possibile il descritto intervento di riduzione ossea, ci si affiderà alla realizzazione di una flangia protesica quanto più con un profilo continuativo e con un colore simile a quello del tessuto gengivale presente (foto 6).

Fig. 6



Malgrado tutto possiamo andare incontro ad una antiestetica esposizione delle componenti metalliche implantari. Si necessita in questo caso di un'attenta analisi del biotipo gengivale che concorrerà a valutare l'estetica del futuro lavoro. Il tessuto gengivale è soggetto a reazione quando le condizioni vengono alterate. Come nei casi delle recessioni da lesione a livello cervicale o delle retrazioni del tessuto marginale attorno ad un seppur ben eseguito bordo protesico di una corona, si è notato che la stabilità dei tessuti molli prossimi alla parte coronale degli impianti è soggetta più o meno ad una migrazione in direzione apicale a seconda che il biotipo gengivale presente sia spesso o sottile. Dunque l'analisi del biotipo gengivale va considerata per valutare il grado di estensione delle possibili recessioni e, quindi, il mascheramento che riusciremo ad ottenere attorno ai componenti abutment i quali presenteranno diverse altezze tras mucose, saranno dritti od anche angolati per riorientare l'asse degli impianti inclinati (tecnica PAD). Nei casi di abutment esposti, la ricopertura di questi da parte

delle flange protesiche non può essere esasperata per non complicare le manovre di igiene e, quindi, parte del metallo rimarrà inevitabilmente visibile (foto 7).

In base a ciò si potrà valutare quanto gli elementi suddetti potranno essere mascherati o no dal labbro e quanto potranno influenzare, a causa del difetto mucoso, il risultato estetico a livello della giunzione protesico-gengivale.

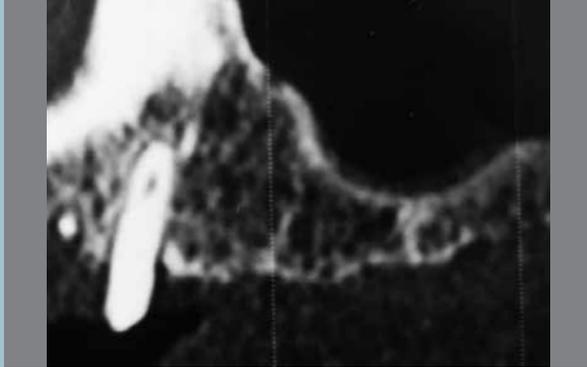
Fig. 7



#### Valutazione dei riferimenti anatomici quali posizioni del foro mentoniero e pareti anteriori dei seni mascellari

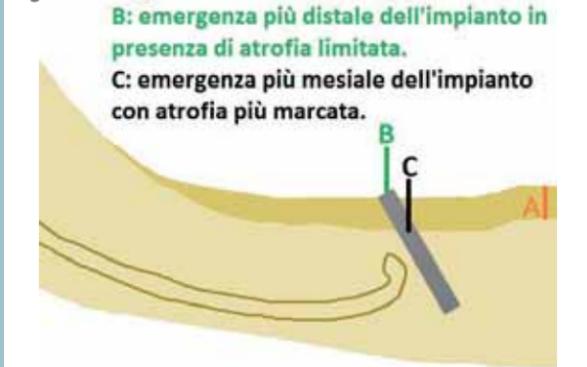
La protesi postestrattiva a carico immediato con impianti inclinati è scelta soprattutto in quei casi dove le atrofie sia dell'osso mandibolare che dell'osso mascellare non permettono un immediato posizionamento degli impianti nelle zone posteriori edentule a causa di una marcata riduzione ossea (foto 8), o dove si scelga o non si abbia la possibilità di intervenire con le più indagose rigenerazioni ossee. Si considera in questo caso l'inserimento degli impianti inclinati con assi divergenti mesio-distalmente in posizione mesiale ai fori mentonieri ed alle porzioni di osso anteriori alle pareti dei seni mascellari, al fine di ridurre i bracci di leva nelle estensioni distali delle protesi stesse.

Fig. 8



Va in questo contesto valutato il grado di atrofia dell'osso mandibolare e l'espansione dei seni. Le porzioni di osso residuo sovrastanti le emergenze delle innervazioni mandibolari e quelle coronali ai pavimenti dei seni mascellari influenzeranno con il loro spessore verticale l'emergenza delle piattaforme implantari, le quali risulteranno in posizione tanto più mesiale quanto più ridotta sarà la quantità di questa porzione di osso (foto 9).

Fig. 9



Nel progetto di tali riabilitazioni vanno dunque considerati cantilever in posizione tanto più mesiali quanto più sarà presente l'entità delle atrofie ossee mandibolari, l'espansione dei seni con la contrazione delle creste mascellari e la conseguente più mesiale posizione della piattaforma implantare. Questo influenzerà l'estensione dei tavolati occlusali in quanto una più mesiale emergenza mucosa dell'impianto porterà al montaggio di un elemento in meno o, al limite, alla presenza di un molare al posto di un secondo premolare (foto 10).

Fig. 10



#### Il posizionamento e la risultante inclinazione degli impianti nei tre piani dello spazio conseguente alle atrofie ossee

I riassorbimenti ossei periradicolari, sia verticali che orizzontali, possono presentarsi per un lungo permanere di reazioni infiammatorie ed infettive o per la notevole mobilità degli elementi dentali conseguente ad importanti malattie parodontali precedenti alle terapie implantoprotesiche.

Questo è un problema che va di certo considerato a partire dalle indagini radiologiche tridimensionali (foto 11 a, b, c).

Fig. 11a

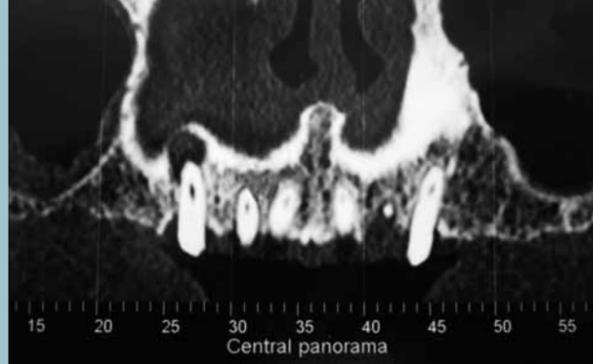
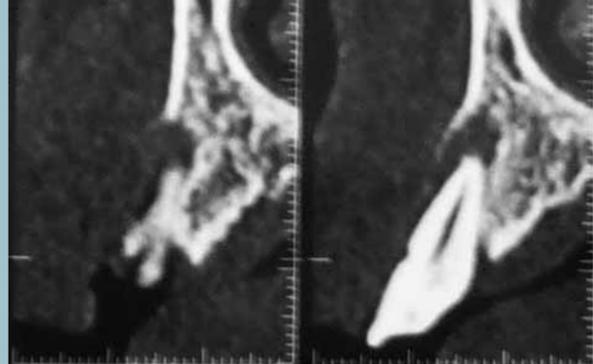


Fig. 11b

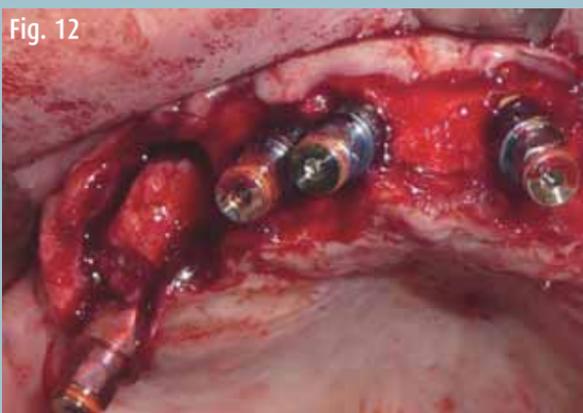


Fig. 11c



Malgrado tutto il clinico, durante le fasi operatorie, si troverà ad affrontare queste realtà e, pur avendo eseguito un progetto preliminare, dovrà risolvere diverse problematiche non senza una certa difficoltà. La protesi postestrattiva a carico immediato necessita di una fondamentale stabilità primaria da ottenere con impianti di una certa lunghezza che dovranno essere ritenuti in uno scenario osseo di densità idonea. Le aree dove si è verificato un riassorbimento osseo influenzeranno il posizionamento dell'impianto e dunque, per ottenere una stabilità sufficiente, l'impianto dovrà necessariamente essere di lunghezza appropriata. Richiederà un inserimento che sarà influenzato da una cresta con una lacuna ossea e risulterà, inoltre, spesso in posizione inclinata o ravvicinato a quello attiguo per potere andare ad ancorarsi in un più lungo tragitto endoosseo. Risolto questo problema ed ottenuta ove possibile una stabilità adeguata (in caso contrario si dovrà attendere una corretta osteointegrazione con un conseguente carico ritardato al fine del successo della riabilitazione stessa), si dovrà analizzare la posizione dell'impianto, il più delle volte anomala rispetto ad un inserimento perpendicolare alla cresta in senso mesio-distale, e valutare la corretta distribuzione dei carichi associata al posizionamento degli impianti attigui. Si valuterà anche l'emergenza dell'abutment che sarà senz'altro influenzata dall'anomalo posizionamento dell'impianto prossimo alla lacuna ossea crestale e dunque potrebbe presentarsi in posizione anomala anch'esso. Si noti nella **foto 12** la lacuna ossea ed il conseguente posizionamento dell'impianto in posizione più mesiale. In questo contesto si cercherà di rispettare il più possibile i protocolli per la canonica distanza tra gli impianti.

Fig. 12



#### Analisi dei profili e delle inclinazioni ossee

Un'attenta analisi delle sezioni radiografiche dei processi alveolari e dei profili ossei identificherà la forma e l'inclinazione dell'osso e darà indicazioni dello scenario che si presenterà in fase postestrattiva. Estratti gli elementi dentali si necessiterà spesso di un'osteotomia per la modellazione delle creste alveolari in modo da eliminare quelle troppo sottili lamine di osso coronali che ci impediranno, se non rimosse, di avere un contorno di osso di non idoneo spessore nella porzione coronale dell'impianto. Dopo questa preparazione la porzione di osso residuo sarà quella in cui andremo a posizionare gli impianti e del quale, con un adeguato progetto preliminare tramite la tac, avremo previsto i volumi e le inclinazioni.

Soprattutto nelle arcate superiori si evidenzieranno spesso inclinazioni dell'osso con orientamento palatino-vestibolare. Si necessiterà, al fine della stabilità primaria, l'inserimento dell'impianto il più possibile nella lunghezza verticale dell'osso ed in posizione centrale tra le corticali vestibolare e palatina nelle quali si impegnerà. In questi casi la posizione dell'impianto potrebbe determinare, con la sua inclinazione, un'emergenza delle componenti vestibolarizzata ed antiestetica (**foto 13 e 14**).

Fig. 13



Fig. 14



Questo problema sarà in parte risolvibile con l'uso delle componenti P.A.D. con le loro diverse inclinazioni (**foto 15**), che però potrebbero non essere sufficienti a ristabilire una adeguata situazione proprio nei casi di impianti fortemente inclinati in senso buccale.

Fig. 15



Si richiederà, allora, la realizzazione di strutture primarie e secondarie al fine di riportare i fori passanti delle viti di serraggio in posizione non visibile (**foto 16a, b, c, foto 17a, b, c**) ma, considerando il costo di queste strutture, ci si al-

lontanerà dall'obiettivo ricercato da questa tipologia di protesi che spesso vuole essere anche una riabilitazione economicamente accessibile alla maggior parte dei nostri pazienti.

Fig. 16a



Fig. 16b



Fig. 16c



Fig. 17a



Fig. 17b



Fig. 17c



#### Costruzione dei porta impronte individuali in base alle valutazioni della chiusura in centrica funzionale o abituale

In questi tipo di riabilitazioni la presa dell'impronta registra la posizione spaziale degli impianti tra loro e la rapporta ai

modelli su cui è già stato impostato il provvisorio in laboratorio. In questo contesto si andranno a registrare anche rapporti tra le arcate sia in senso orizzontale che in quello verticale. Ciò è di notevole importanza per perseguire l'obiettivo di una protesi provvisoria che abbia, alla consegna, un buon margine di precisione ed integrazione nei suoi rapporti con i tessuti molli e con l'antagonista, richieda poco tempo per l'adattamento e sia già da ora confortevole per il paziente provato per la perdita dei suoi denti e per la durata dell'intervento stesso.

La pratica ci ha portato a programmare diversi tipi di porta impronte individuali con le varianti per il fissaggio dei transfer o cannule protesiche, a seconda della possibilità di avere una chiusura in centrica che sia ripetibile con facilità o meno da parte del paziente. Dunque, nel progettare i porta impronte individuali occorre tener conto delle informazioni ottenute durante le visite precedenti al trattamento e dettate dalle nostre esperienze sulle diverse condizioni che possono facilitarci o meno quando si eseguono questi passaggi se:

- il paziente sarà portato a chiudere in modo funzionale o da abitudini viziate;
- l'impronta si esegue verso la fine dell'intervento per cui potrebbe presentarsi la difficoltà nel ripetere la corretta chiusura per stanchezza;
- esiste la difficoltà nel ripetere la corretta chiusura per l'influenza dell'anestesia o della sedazione cosciente.

Consideriamo l'ipotesi di un paziente che alla fine dell'intervento conservi la capacità di tornare e ripetere una corretta chiusura in centrica. In questo caso durante la fase di programmazione nel laboratorio odontotecnico si saranno montati in articolatore i modelli dentati di partenza e da questi, una volta rimossi i denti che verranno estratti, si eseguirà un montaggio preliminare modificando dove necessario i rapporti verticali e programmando una migliore estetica.

Si costruirà poi il porta impronte con una sorta di morso occlusale ottenendo dei reperi dove fare ricollocare i denti antagonisti nella giusta posizione, sia in senso verticale che in quello orizzontale, nella fase di impronta-registrazione (foto 18 e 19).

Questa metodica ci permetterà di fissare nel cavo orale le cannule od i transfer tra loro e con il portaimpronta stesso al fine di rilevare una buona impronta e trasmettere una fedele posizione di tutte le componenti per il corretto rimontaggio (foto 20 e 21).

L'accurata descrizione di questi passaggi esula, essendo essa una fase intraoperatoria, dal tema di questo lavoro e richiederebbe spazio in un altro contesto, ma possiamo

Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21



comunque affermare che grazie a questi si potrà ottenere un provvisorio che conserverà le giuste posizioni e potrà essere consegnato senza sottoporre il paziente, ormai

stanco, a lunghi adattamenti.

Nei casi in cui invece si presenti la difficoltà da parte del paziente di trovare o ripetere la corretta chiusura per i motivi sopra elencati, possiamo considerare la tecnica della costruzione di placche di trasferimento in resina da riposizionare sul modello unico e descritta in modo completo dagli ideatori (si veda NumeriUno nr. 8 settembre 2010).

#### Conclusioni

Le protesi implantari post estrattive a carico immediato si stanno dimostrando riabilitazioni valide sia sotto il profilo funzionale che di durata, evitano lunghi tempi di attesa e permettono di dare celermente al paziente confort, estetica e fiducia nei suoi rapporti con gli altri. Il loro successo e anche determinato da un impegno economico che si dimostra, rispettando i canoni di una buona esecuzione della riabilitazione, accessibile a gran parte dei pazienti.

A questo proposito sia i piani chirurgici che la realizzazione della parte protesica devono rientrare in determinati parametri. Programmare i passaggi con un giusto e razionale protocollo preliminare ed una giusta analisi dei fattori fondamentali nella fase di progettazione prechirurgica delle protesi postestrattive a carico immediato, concorre al conseguimento di questi fini che guideranno ad una appropriata riabilitazione con la piena soddisfazione dei nostri pazienti (foto 22 e 23).

Fig. 22



Fig. 23



Si ringrazia il Sig. Roberto Cerrato per il valido contributo odontotecnico.



## Protesi Avvitata Disparallela



Gli abutment P.A.D., che ormai da diversi anni riscuotono grandi consensi da parte di un numero di utilizzatori in costante aumento, permettono di parallelizzare gli assi implantari anche in caso di marcati disparallelismi. Per gli impianti a connessione interna (Premium, Kohno e Global) offrono inoltre il vantaggio di riposizionare all'esterno le connessioni, facilitando così le manovre di inserimento e rimozione delle sovrastrutture.

A prescindere dal sistema implantologico e dal diametro della piattaforma, la componentistica che consente di realizzare le strutture avvitate è la medesima, semplificando così i protocolli e la gestione del magazzino dello studio odontoiatrico.

Verifica la gamma delle componenti protesiche utilizzabili assieme agli abutment P.A.D. all'interno dei cataloghi di implantologia Sweden & Martina:



# TINET

Bone  
Regeneration  
Mesh

fm

## Griglie in Titanio

Il sistema **TINET fm**, sviluppato da **Sweden & Martina** in collaborazione con il Dr. **Fabrizio Morelli**, costituisce una valida e stabile opzione per le tecniche ricostruttive ossee associate a terapia implantoprotesica sia contestuale che differita.

### I FORI

La peculiare disposizione dei fori ad andamento circolare, regolata da un algoritmo applicato ai principi biologici studiati dal dipartimento **Ricerca e Sviluppo di Sweden & Martina**, consente il passaggio dei fluidi senza

diminuire l'effetto tenda e conferisce alle *mesh* una eccezionale stabilità meccanica, una condizione biologicamente indispensabile per favorire la neoangiogenesi all'interno del materiale innestato ed impedirne la trasformazione in senso fibroso, favorendo quindi la formazione di nuovo osso.

La particolare conformazione dei fori piccoli (di diametro 0.50 mm) unitamente al materiale (Ti Gr.1)

ed agli spessori scelti (0.20 mm), conferisce alle *mesh* grande maneggevolezza al

momento della loro modellazione anatomica per adattarle al sito chirurgico, evitando la formazione di pericolosi spigoli vivi

e consentendo, in caso di necessità, di riportare la griglia in piano e ricondizionarla ex novo. I fori perimetrali sono di diametro maggiore (1.20 mm) per consentire il passaggio delle viti da osteosintesi ed il fissaggio delle *mesh* alla cresta ossea.

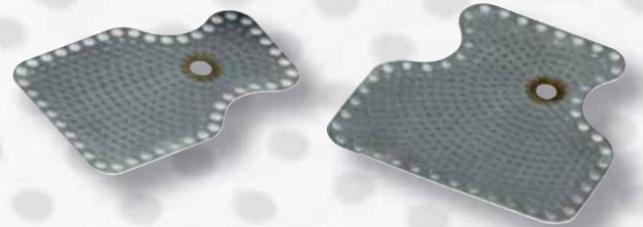


Un apposito foro (di diametro 2.1 mm) dedicato alla vite di guarigione dell'impianto permette, invece, un utilizzo più agevole delle griglie qualora la tecnica ricostruttiva venga eseguita contestualmente all'inserzione implantare.

### TRATTAMENTO SUPERFICIALE

A differenza delle altre griglie presenti in commercio, le *mesh TINET fm* presentano una superficie non trattata e l'altra lucidata, per rispondere alle diverse esigenze del lato a contatto con la superficie ossea rispetto a quello a contatto con i tessuti molli. Di conseguenza, le morfologie asimmetriche sono fornite nella doppia versione (specchiate fra loro), da utilizzare a seconda del lato del cavo orale interessato dalla chirurgia. Il lato lucidato è indicato da un anellino anodizzato color bronzo attorno al foro dedicato alla vite di guarigione.

Se accidentalmente esposte, le *mesh TINET fm* normalmente mostrano solo un riposizionamento apicale del livello della rigenerazione ossea, contrariamente ad altri dispositivi che possono completamente riassorbirsi, senza dare più l'effetto tenda, o infettarsi.



### CAMPI DI UTILIZZO DELLE MESH:

- > Difetti ossei a 3 e 2 pareti
- > Incremento osseo orizzontale
- > Incremento osseo verticale
- > Incremento osseo combinato
- > Stabilizzazione in caso di fratture ossee accidentali (ad es. durante un intervento di split-crest)
- > Comunicazione oro-antrale
- > In associazione alla tecnica di osteodistrazione

Possono essere usate in associazione con osso autologo, o con biomateriali, o ancora associando osso autologo e biomateriali, come ampiamente descritto sia in letteratura clinica che sperimentale.

### 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 parti-culate, 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 M.C., Bianchi S.D., Berrone S.; Vertical alveolar ridge augmentation by means of a titanium mesh and autogenous bone grafts; Clin Oral Implants 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., Mayaishi 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 Implants 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 Monasschr 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 Implants 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 Maxillofacimpl 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

# 18

# NOVITÀ DI MERCATO



# OneBox e OneBox<sup>2</sup>

**OneBox** e **OneBox<sup>2</sup>** sono i nuovi kit essenziali proposti da **Sweden & Martina** per rispondere all'esigenza comune a molti implantologi di avere un kit di piccole dimensioni e ingombri limitati.

I tray, che pur nelle loro misure ridotte mantengono inalterate le qualità dei materiali dei kit chirurgici completi, presentano dei percorsi di utilizzo molto chiari guidati dai codici colore che indicano quali sono gli strumenti utilizzabili per ciascun impianto in maniera molto diretta.

**OneBox** e **OneBox<sup>2</sup>** non contengono gli stop per le frese, presenti invece nei kit completi.

Non sono inoltre compresi i cacciaviti protesici, poiché questi kit sono studiati espressamente per le procedure chirurgiche.

Sono previsti gli alloggiamenti per una seconda serie di frese opzionali, che ogni medico può scegliere in base alla propria esperienza: frese sottodimensionate per uso in mascella, o leggermente sovraquotate per facilitare l'inserimento degli impianti in mandibola, o più corte delle frese standard per facilitare le operazioni nei settori distali.

I kit prevedono poi degli spazi vuoti per consentire l'alloggiamento di eventuali elementi aggiuntivi che gli utilizzatori preferiscono avere a portata di mano nella pratica quotidiana.

Il kit **OneBox** è destinato alla chirurgia degli impianti **Premium**, mentre il kit **OneBox<sup>2</sup>** è stato studiato per l'inserimento degli impianti **Outlink<sup>2</sup>**.



## Il nuovo cricchetto dinamometrico CRI5

**Sweden & Martina** ha recentemente presentato l'ultima evoluzione del cricchetto dinamometrico incluso nei kit chirurgico-protesici di tutte le sue linee implantologiche. Oltre all'aggiunta di ulteriori tacche di regolazione del torque, che agevolano l'utilizzo dello strumento nella fase chirurgica, il nuovo cricchetto presenta una **tacca di posizione fissa**, raggiungibile manualmente in maniera molto veloce e senza la necessità di disallineamento della testa, garantendo così una **maggiore solidità** e **riducendo il rischio di rotture** accidentali.

Anche le procedure di pulizia e manutenzione risultano semplificate dal ridotto numero di parti da disassemblare senza bisogno di dispositivi esterni, bensì con il manico stesso del cricchetto che, una volta svitato dalla testa, presenta una chiave esagonale sufficiente per procedere con tutte le manovre necessarie. Dal progetto di miglioramento del cricchetto traspare tutta la filosofia di attenzione alle esigenze del cliente e di ottimizzazione dei tempi alla poltrona, che da sempre costituiscono la *mission* di **Sweden & Martina**.

Il nuovo cricchetto **CRI5**, già testato con entusiasmo da molti professionisti del settore, è disponibile in vendita singola o abbinato ai kit implantologici **Sweden & Martina**.



19



Bringing Science to  
the Art of Dentistry™

# TheraCal™ LC

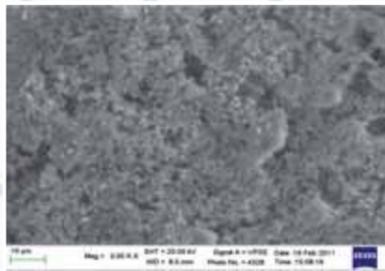
## Protettore Pulpodentinale



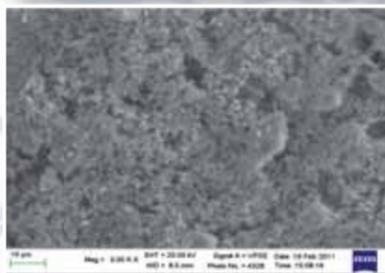
Nuovissimo nato di casa BISCO, TheraCal™ LC è un liner fotopolimerizzabile radiopaco in silicato di Calcio rinforzato con resina:

- > ideato per fungere da barriera protettiva per il complesso pulpodentinale (trattamenti diretti e indiretti), sotto a composito, cemento, amalgama e altri materiali;
- > altamente radiopaco (2.63 mm Al);
- > con un significativo rilascio di Calcio (pari a 188µg/cm<sup>2</sup>) che, unitamente al pH alcalino, stimola la formazione di dentina di reazione, dell'idrossiapatite e del ponte dentinale in incappucciamenti diretti.

La fotopolimerizzazione permette al clinico di posizionare e condensare immediatamente il materiale da restauro mentre la formulazione brevettata della resina idrofila (particelle di silicato tricalcico in un monomero idrofilo) consente di ottenere un rivestimento o una base resistente e durevole. TheraCal™ LC può essere utilizzato per sostituire idrossido di calcio, vetroionomeri e altri materiali da restauro. Come agente di incappucciamento pulpare TheraCal™ LC può essere applicato direttamente sulle esposizioni pulpari una volta ottenuta l'emostasi.



Controllo formazione apatite dopo 24 ore



Controllo formazione apatite dopo 28 giorni

20

NOVITÀ DI MERCATO

# SELECT HV™ ETCH

## Mordenzante ad alta viscosità



Bringing Science to  
the Art of Dentistry™

SELECT HV™ ETCH è un mordenzante al 35% di acido fosforico utilizzato per il condizionamento del dente prima di iniziare il processo di adesione.

- > Maneggevole e facilmente lavorabile per un posizionamento preciso e selettivo.
- > Mordenza in maniera efficace sia lo smalto che la dentina annullando il rischio di migrazione verso il margine cervicale e quindi di un possibile danneggiamento dei tessuti.
- > Si risciacqua facilmente senza lasciare residui.

SELECT HV™ ETCH è particolarmente indicato nella tecnica di mordenzatura "selettiva" o "ibrida" trattando i margini dello smalto senza agire sulla dentina prima dell'utilizzo di un sistema adesivo automordenzante. Recenti studi hanno messo in evidenza che gli adesivi automordenzanti non riescono in alcuni casi a creare una adeguata adesione micromeccanica sullo smalto che può deteriorare velocemente il restauro. Sulla base di queste evidenze la comunità scientifica raccomanda l'utilizzo della tecnica di mordenzatura selettiva per garantire un sigillo adesivo sicuro e durevole nel tempo sia sulla dentina che sullo smalto.



**Covani U., Chiappe G., Bosco M., Orlando B., Quaranta A., Barone A., Bretones Lòpez P., Pérez Llanes J.A.**

**A 10-Year Evaluation of Implants Placed in Fresh Extraction Sockets: A Prospective Cohort Study**  
J Periodontol. 2012 Jan 5. [Epub ahead of print]

**Valutazione a 10 anni di impianti post-estrattivi immediati: Studio prospettico**

La prestigiosa rivista *Journal of Periodontology*, organo ufficiale dell'*American Academy of Periodontology*, pubblica in anteprima on line i risultati dello studio prospettico a 10 anni condotto dal gruppo del Prof. Covani su 159 impianti in 91 pazienti sottoposti a riabilitazione implantoprotetica postestrattiva su elementi singoli con impianti **Premium Kohno**. Gli impianti, 101 dei quali sottoposti anche a terapia rigenerativa secondo il protocollo GBR (*Guided Bone Regeneration*), sono stati valutati annualmente dal punto di vista radiografico e clinico. Il tasso di sopravvivenza cumulativo a 10 anni si è attestato al 91.8%, registrando un ottimo mantenimento dello stato di salute dei tessuti perimplantari molli e duri: nell'82% dei casi la perdita di osso marginale si è mantenuta entro il *range* 0.6 mm - 1.5 mm.

Un altro fattore rilevante nei termini di questa ricerca proviene dall'osservazione incrociata dei due gruppi (siti sottoposti a tecniche rigenerative e siti con processi di guarigione naturale), che a lungo termine non ha evidenziato esiti differenti in termini di *success rate*, ma ha registrato livelli gengivali facciali più apicalizzati nel gruppo non sottoposto a protocolli GBR. Questo studio ha fornito inoltre l'occasione per effettuare una valutazione sulla durata del manufatto protesico in metallo-ceramica a 10 anni: tutte le riabilitazioni risultavano in buone condizioni e in nessun caso si è verificata la frattura dell'*abutment* o della vite protesica, neppure in presenza di forze occlusali tali da causare la scheggiatura della ceramica (situazione verificatasi in due corone).



Leggi l'abstract originale.



21



**Crespi R., Cappare P., Gherlone E.**

**Electrical Mallet Provides Essential Advantages in Maxillary Bone Condensing. A Prospective Clinical Study**

Clin Implant Dent Relat Res. 2012 Jan 11. [Epub ahead of print]

**Vantaggi fondamentali del martello elettrico nella condensazione dell'osso mascellare. Studio clinico prospettico**

Il **Magnetic Mallet**, dispositivo di nuova generazione lanciato da Sweden & Martina per i protocolli di *split crest*, è oggetto di questa valutazione clinica comparativa rispetto alle tradizionali tecniche con martello chirurgico, pubblicata in anteprima on line da *Clinical Implant Dentistry and Related Research*. Lo studio prospettico randomizzato è stato condotto su 50 impianti Outlink<sup>2</sup> inseriti in 36 pazienti con edentulie parziali nella regione premolare e molare ed osso di tipologia D3 o D4.

I pazienti del gruppo test sono stati sottoposti a preparazione per mezzo di osteotomi innestati sul manipolo del nuovo strumento magneto dinamico, mentre i pazienti del gruppo controllo sono stati sottoposti al medesimo protocollo di espansione con osteotomi e martello chirurgico tradizionale. In 10 casi, equamente distribuiti tra i due gruppi di osservazione, si è proceduto contestualmente anche ad un rialzo di seno. Al *follow up* dei 6, 12 e 24 mesi non sono emerse differenze statisticamente significative tra i due gruppi per quanto concerne la stabilità dei tessuti perimplantari molli e duri, e il tasso cumulativo di sopravvivenza era identico (1 impianto perso per ciascun gruppo), tuttavia i pazienti appartenenti al gruppo controllo hanno riferito i consueti esiti di sindrome vertiginosa parossistica, spesso conseguenti alla dislocazione temporanea degli otoliti che si verifica durante il protocollo con martello chirurgico tradizionale, mentre nessuno dei pazienti del gruppo test ha riportato i medesimi effetti collaterali. Gli autori mettono in relazione l'assenza di BPPV (*Benign Paroxysmal Positional Vertigo*) con le caratteristiche di dissipazione dell'onda d'urto in relazione alla frequenza dell'impulso prodotto dal **Magnetic Mallet**, non percepita dal cervello umano.



Leggi l'abstract originale.



**Lang N.P., Lui Pun, Ka Yee Lau, Ka Yan Li, May C.M. Wong**

**A systematic review on survival and success rates of implants placed immediately into fresh extraction sockets after at least 1 year**

Clin Oral Implants Res. 2012 Feb;23 Suppl 5:39-66.

**Revisione sistematica del tasso di sopravvivenza e di successo di impianti post-estrattivi immediati con follow up di almeno un anno**

Questa interessante revisione della letteratura, condotta dal Prof. Niklaus Lang assieme al gruppo di ricerca dell'*Università di Hong Kong*, si prefigge di analizzare il tasso di successo e di sopravvivenza di impianti postestrattivi immediati con *follow-up* di almeno un anno basandosi su criteri di inclusione altamente selettivi, tali da ridurre i 5887 titoli selezionati in prima battuta a soli 46 studi. Di questi, 8 includevano impianti Sweden & Martina. Le analisi statistiche condotte sui dati estrapolati dagli studi hanno esaminato i seguenti aspetti: cause dell'estrazione, prescrizione di antibiotici, posizionamento degli impianti (anteriori vs posteriori, mascella vs mandibola), tipo di carico protesico.

Stando ai dati, sembra che solamente la somministrazione di antibiotici durante la prima settimana post-operatoria abbia influito positivamente in maniera statisticamente significativa sul tasso di sopravvivenza degli impianti. È inoltre emerso che i tessuti molli vanno incontro a rimaneggiamenti nel primo trimestre del posizionamento della protesi, stabilizzandosi poi nel corso del primo anno, mentre la perdita di osso marginale si manifesta sostanzialmente nel primo anno dall'inserimento dell'impianto. Il tasso di sopravvivenza registrato in questa revisione della letteratura si attesta intorno al 98.4% a 2 anni, dato incoraggiante nell'applicazione del protocollo postestrattivo immediato, pur nei limiti imposti dal biotipo gengivale del paziente, che in alcuni casi ha implicato recessioni e problemi estetici.



Leggi l'abstract originale.

RECENSIONI



**Canullo L., Iannello G., Peñarrocha M., Garcia B.**

**Impact of implant diameter on bone level changes around platform switched implants: preliminary results of 18 months follow-up a prospective randomized match-paired controlled trial**

Clin Oral Implants Res. 2011 Nov 24; [Epub ahead of print]

**Impatto del diametro dell'impianto sulle modificazioni del livello osseo attorno ad impianti Platform Switching: Risultati preliminari di uno studio prospettico randomizzato a 18 mesi**

Sono stati pubblicati in anteprima *on-line* nella pagina di *Clinical Oral Implant Research* i risultati preliminari dello studio prospettico randomizzato condotto dal Dr. **Luigi Canullo** in collaborazione con il Prof. **Miguel Peñarrocha** dell'**Università di Valencia**, con l'obiettivo di valutare l'impatto del diametro della piattaforma implantare sui livelli ossei marginali attorno a *fixture* protesizzate secondo il concetto *platform switching*. Il protocollo di ricerca ha coinvolto 12 pazienti in cui sono stati inseriti 2 impianti consecutivi ciascuno, uno di piattaforma 4.30 mm (gruppo controllo) e uno di piattaforma 4.80 mm (gruppo test) per un totale di 24 *fixture*. La tecnica *platform switching* è stata applicata fissando il *mismatching* a 0.25 mm per entrambi i gruppi, utilizzando quindi un pilastro da 3.80 mm sulla piattaforma da 4.30 mm e un pilastro da 4.30 mm sulla piattaforma da 4.80 mm, e splintando i due elementi tra loro al fine di limitare i micromovimenti. Le rilevazioni standardizzate effettuate per mezzo di radiografie digitali periapicali a 18 mesi sono state processate dal punto di vista statistico con il **test dei segni per ranghi di Wilcoxon**, che non ha rilevato differenze statisticamente significative tra i due gruppi in termini di perdita di osso media. Da questa analisi gli autori ipotizzano che il riassorbimento osseo sia da ascrivere al ristabilimento dell'ampiezza biologica piuttosto che a fattori biomeccanici, legati ad esempio al diametro della piattaforma implantare. Gli autori stessi convengono tuttavia che questa evidenza debba essere ulteriormente comprovata da studi di natura simile condotti su piattaforme di dimensioni ancora maggiori. Nondimeno, ancora una volta il protocollo protesico *platform switching* si è dimostrato efficace nel mantenimento dei livelli ossei perimplantari.

Leggi l'abstract originale.



22



**Sivoletta S., Bressan E., Salata L.A., Urrutia Z.A., Lang N.P. e Botticelli D.**

**Osteogenesis at implants without primary bone contact  
An experimental study in dogs**

Clin. Oral Impl. Res. 00, 2012, 1-8.

**Osteogenesi attorno ad impianti senza contatto primario con l'osso. Studio sperimentale su cani**

In letteratura sono stati descritti due differenti *pattern* di formazione ossea all'interno del sito implantare: l'osteogenesi a contatto, che prevede che la neo-osteogenesi proceda dalle zone di contatto tra il substrato di titanio trattato e la matrice cellulare ossea, e l'osteogenesi a distanza, che implica invece una neo-osteogenesi che origina dall'osso parentale, riempiendo il *gap* residuo con una matrice connettivale sulla quale poi si disporrebbero gli osteoblasti, utilizzandola come un'impalcatura. Questo studio si proponeva di valutare la guarigione a distanza, quindi in base al secondo dei principi menzionati, in due diverse condizioni di *gap* standardizzato, evitando accuratamente il contatto osso/impianto per mezzo di un dispositivo *ad hoc* che teneva l'impianto sospeso stabilmente e centrato nel sito ricevente.

La sperimentazione in vivo è stata condotta in zona premolare e molare mandibolare in siti postestrattivi lasciati guarire naturalmente per 3 mesi, ricreando due diversi *gap* residui da 0.7 e 1.2 mm e sospendendovi degli impianti sperimentali a morfologia cilindrica, senza spire e con trattamento superficiale **ZirTi**. Le istologie ricavate dopo 3 mesi dimostravano come l'osteogenesi a distanza permettesse di ottenere un BIC del 5.3% in presenza di difetto piccolo e 0.3% in presenza del difetto maggiore, con una differenza statisticamente significativa rispetto al BIC di 46.1% ottenuto nei siti controllo, in cui l'impianto è stato inserito in modo da poggiare nella matrice ossea solo nella parte apicale e quindi in condizioni diverse da quelle solitamente suggerite dai protocolli clinici. Una porzione consistente (92.8% e 95.6%) della superficie implantare nei siti test è stata ricoperta da uno strato di tessuto connettivo denso dello spessore di 0.9 mm, ricco di fibre e cellule fibroblastiche.



Gli autori rilevano dalle misurazioni istologiche una correlazione tra la neo-osteogenesi a distanza e la dimensione del *gap* residuo, pur riscontrando il migliore esito clinico dei siti in cui si è permessa la guarigione ossea per contatto.

Leggi l'abstract originale.

## Dental Village

Napoli, 21 ottobre 2011



piezoelettrico **Piezon Master Surgery** della EMS ed il nuovo laser a diodi **Fox**. È stato possibile simulare l'inserimento in mandibole di resina degli impianti **Premium** e **Khono**, utilizzando il potente micromotore **XO Osseo**, nonché attirare l'attenzione con l'affermato sistema **Mtwo** ed il sistema di otturazione wireless **E&Q Master**. Il tema scelto per aprire i lavori al **Dental Village** è stato "Crisi economica e ridotto accesso alle cure dentarie. Quali soluzioni nel pubblico e nel privato": argomento, questo, che ha scaldato l'attenzione del pubblico. A seguire, nel corso dei tre giorni, numerosi e qualificati sono stati gli interventi scientifici che hanno spaziato dall'implantologia all'estetica in odontoiatria. Proprio quest'ultimo argomento ha suscitato notevole interesse: numerose sono state le richieste di informazioni commerciali pervenute agli informatori presenti allo stand **Sweden & Martina**. L'evento si è concluso domenica 27 novembre con l'esibizione di gruppi musicali che hanno intrattenuto gli ospiti con canti e ballate della migliore tradizione folkloristica napoletana, salutando tutti con un arrivederci al **Dental Village 2012**.

## Corso di Chirurgia Avanzato Intensivo

Trani, 8-11 febbraio 2012

Si è svolta a Trani dall'8 all'11 febbraio, presso il Centro Odontoiatrico Implantologico del Dott. **Domenico Briguglio**, la seconda edizione del Corso di Chirurgia Avanzato Intensivo; sotto la responsabilità del Dott. **Claudio Bosisio**, coadiuvato dal Dott. **Briguglio** con il prezioso contributo dei collaboratori Dott. **Capodiferro**, Dott. **La Notte** e Dott.ssa **Iannone**.

Nella prima giornata del corso un'introduzione teorica sulle basi dell'anatomia e delle tecniche chirurgiche ha preceduto una discussione sugli interventi programmati per le successive giornate e una relazione del Dott. **Alessandro Baccaro**, Medico Anestesista, su emergenze nello studio odontoiatrico e gestione dei pazienti a rischio.

Nelle tre giornate successive i partecipanti si sono cimentati direttamente su pazienti sottoposti a sedazione con interventi di implantologia e di chirurgia rigenerativa, associata o meno all'inserimento contestuale degli impianti. Il grado di difficoltà degli interventi è stato calibrato sul livello di esperienza dei partecipanti, destinando i casi più semplici a coloro che muovevano i primi passi nell'ambito della chirurgia implantare e quelli più complessi a chi desiderava affrontare un piccolo rialzo del seno mascellare con la **tecnica M.I.S.E.**, un grande rialzo per via vestibolare fino all'espansione della cresta atrofica. In alcuni casi è stato possibile eseguire il carico immediato degli impianti inseriti dai corsisti grazie alla disponibilità del laboratorio odontotecnico affiancato al centro del Dott. **Briguglio**, dando agli allievi la soddisfazione di vedere finalizzato il proprio lavoro prima della fine del corso.

Con il conforto del bilancio positivo delle prime due edizioni e stimolati dalle critiche costruttive dei partecipanti si stanno preparando le successive edizioni di questo Corso Avanzato, del quale si prevede la replica presso il **Centro Corsi S. Alessandro di Palazzolo sull'Oglio (BS)** diretto dal Dott. **Claudio Bosisio**. La realizzazione di questo evento è stata resa possibile grazie all'impegno dei collaboratori di **Sweden & Martina** e alla disponibilità delle Assistenti dello studio, alle quali viene dedicato un ringraziamento sentito.



## Corso teorico pratico sul Magnetic Mallet

Foggia, 20-21 gennaio 2012

Il 20 e 21 gennaio u.s. i dottori **G. Bruschi** e **R. Crespi** hanno tenuto il primo corso teorico-pratico in provincia di Foggia sull'utilizzo del nuovissimo **Magnetic Mallet**, l'apparecchio che **Sweden & Martina** sta proponendo quale alternativa agli osteotomi "martellati" manualmente dal chirurgo durante il rialzo del seno mascellare e l'espansione di cresta ossea.

I partecipanti hanno svolto una prima giornata di teoria seguita da una seconda giornata intensa di pratica effettuata usando il **Magnetic Mallet** su tessuti di animale preventivamente preparato.

La metodica tradizionale del martello chirurgico utilizzato per colpire e spingere i *bone-expander* all'interno della cresta ossea, sì da ottenere un'espansione in senso orizzontale e verticale per creare la sede del sito impiantare, può indurre nel paziente il problema associato all'insorgenza di crisi di **VPB (Vertigine Parossistica Benigna)**.

Il **Magnetic Mallet** sostituisce il martello chirurgico manuale in modo da ottimizzare la tecnica, sia dal punto di vista dell'operatore che da quello del paziente. Tutti i partecipanti al corso hanno apprezzato la professionalità e competenza dei relatori da un lato, e l'utilità e semplicità d'uso del dispositivo magneto-dinamico dall'altro.



23

EVENTI

# 2011 PREMIUM DAY

I CONGRESO Internacional de implanto-prótesis integrada

Madrid, 25 e 26 novembre 2011



Debutto in grande stile per la **Sweden & Martina Mediterranea** a Madrid, dove di fronte a 450 partecipanti si è svolto il 25 e 26 Novembre u.s. il **I Congreso Internacional de Implanto-prótesis Integrada Premium Day**.

Con l'apertura dei lavori affidata a **Leandro Esteban**, consigliere dell'Occupazione e portavoce regionale del Governo, insieme al **Prof. Mariano Sanz**, al **Dott. Sandro Martina** - presidente di **Sweden & Martina S.p.A.** - e al **Prof. Ugo Covani**, si è immediatamente esaltato il ruolo di protagonista che aziende internazionali quali la **Sweden & Martina** possono svolgere nel rilancio dell'economia europea.

In un contesto molto curato all'interno del **Centro Congressi** nell'**NH Hotel Eurobuilding** si sono succedute relazioni scientifiche estremamente interessanti e prove pratiche di apparecchiature per chirurgia messe a disposizione dei partecipanti.

Di notevolissimo spessore scientifico, il programma ha alternato interventi prettamente di ricerca ad altri più pratici, con l'applicazione di apparecchiature innovative e con l'utilizzo di sistemi di chirurgia guidata.

A partire dalle *lectio magistralis* del **Prof. Mariano Sanz**, Decano della Complutense di Madrid, sull'importanza dei tessuti molli perimplantari per una corretta implantologia e del **Dr. Gaetano Calesini** sulla protesi in implantologia, per poi passare al confronto tra il gruppo del **Dr. Daniele Botticelli**, che ha presentato i risultati ottenuti su animali con i sistemi implantologici della **Sweden & Martina**, e quello del **Prof. José Luis Calvo Guirado** dell'Università di Murcia, che ha mostrato le significative Istologie eseguite dal **Prof. Adriano Piattelli** dell'Università di Chieti, a dimostrazione dell'ottima osteo-integrazione degli impianti con superficie DES. Il **Prof. Ugo Covani** ha poi sottolineato quali eccellenti risultati siano ottenibili utilizzando impianti post-estrattivi con carico immediato, mentre il **Prof. Miguel Peñarrocha Diaco** dell'Università di Valencia ha approfondito la stessa tecnica in particolare per le arcate complete.

Un panorama degli studi che dimostrano come lo swiching platform aiuti a non perdere osso a livello del collo degli impianti è stato presentato dal **Dr. Luigi Canullo**.

Interessanti gli aspetti messi in risalto dal **Prof. Eugenio Velasco** dell'università di Siviglia e dal **Dr. Alfonso Gonzalez De Vega Y Pomar** di Madrid riguardanti l'utilizzo della chirurgia guidata in implantologia, nonché il controllo dei risultati chirurgici in 3D presentati dal **Dr. Carlos Garcia Fajardo**.



Il dottor Sandro Martina con il consigliere Leandro Esteban

Di notevole interesse clinico la relazione del **Dr. Antonio Bowen** di Madrid sull'utilizzo di apparecchiature piezoelettriche in chirurgia e implantologia. Infine estremamente esauriente e didattica è stata la disamina del **Prof. Juan Carlos De Vicente** sulle problematiche dei seni mascellari.

Molto attiva la partecipazione anche alle sessioni per Igienisti e per Odontotecnici, all'interno delle quali si sono anche organizzati incontri futuri per confrontarsi su tecniche presentate e discusse in sede congressuale.

Come nelle edizioni Italiane anche a Madrid **Sweden & Martina** ha replicato un'organizzazione in grande stile: coffee break per pause gradevoli durante le sessioni scientifiche, un cocktail di benvenuto alla cena ufficiale e un gran galà nei saloni dell'hotel dove gli ospiti sono stati intrattenuti con ricchi buffet, musica e balli fino a tarda notte.

La serata ha rappresentato anche l'occasione per premiare i 4 migliori poster presentati al Congresso e giudicati dalla Commissione presieduta dal **Prof. Jaime Jiménez Garcia**.



Un momento della presentazione del congresso

24

EVENTI INTERNAZIONALI

## Master di specializzazione in Parodontologia e Implantologia, Dr. Nicolas Arnould Montpellier (Francia), 15-19 marzo 2011

Tra le prime attività svolte da **Sweden & Martina in Francia**, dove dall'Ottobre 2010 si sta strutturando e rafforzando una rete commerciale, va citata la collaborazione decollata nel marzo 2011 con l'**Università di Montpellier** in occasione della **Settimana francese per il Master di specializzazione in Parodontologia e Implantologia**.

Il Dr. **Nicolas Arnould** in tale contesto ha articolato la sua applauditissima lezione in 3 parti: una teorica, su anatomia e istologia ossea; una pratica su estrazioni, posizionamento di impianti e carico immediato su impianti Global e Premium Kohno; una sulla pianificazione del trattamento chirurgico con la chirurgia guidata.

L'attività scientifica in Francia ha trovato un secondo partner importante nel Dr. **Jean Louis Roche**, titolare della **clinica Dentaire Atoll Beach**, nella quale si effettuano esclusivamente trattamenti di Parodontologia e Implantologia e si organizzano corsi di formazione teorico - pratici, ai quali anche Sweden & Martina parteciperà nel 2012, in 12 giornate tra il



15 marzo e il 19 ottobre.

Questo corso potrà essere organizzato con relatori Italiani per partecipanti italiani e prevede prove pratiche su pazienti messi a disposizione dalla clinica con il diretto tutoraggio dei relatori.

## Anatomia Chirurgica applicata all'Implantologia Orale, Dr. Salvatore Gabriele Laboratorio di Anatomia, Université Paris-Descartes, Parigi (Francia)

**Dott. Gabriele, com'è nata l'esperienza dei corsi presso l'ateneo di Parigi?**

Quando nel 1990 la **clinica Branemark** ha iniziato a proporre la soluzione implantare per stabilizzare o sostituire le protesi tradizionali in resina, il **laboratorio di anatomia di Parigi**, da sempre all'avanguardia dal punto di vista della ricerca, si è attivato per offrire ai numerosi odontoiatri che desideravano avvicinarsi all'implantologia dei corsi di formazione in chirurgia implantare. Nacque allora un **master in chirurgia implantare**, seguito da vari corsi brevi per colleghi europei che desiderassero avvicinarsi concretamente alle strutture anatomiche, un tipico scoglio per chi deve effettuare degli interventi chirurgici. Proprio poiché si lavorava su strutture anatomiche questi corsi hanno immediatamente riscosso un enorme successo, poiché i partecipanti riscontravano condizioni simili a quelle reali, incontrate nei propri studi, con l'indubbio vantaggio di poter visualizzare gli elementi tanto temuti e capirne la topografia e la distribuzione. L'anatomia è come la cucina: non si capisce il gusto con solo foto o immagini!

**Quanto importante è oggi il modello anatomico umano? Gli studenti sembrano apprezzarlo molto, tanto da voler ripetere l'esperienza con corsi di 2° livello.**

Il modello anatomico è fondamentale nella formazione in chirurgia e specialmente in implantologia; analogamente, come si potrebbe interpretare un'immagine radiologica senza la conoscenza anatomica giusta? Come si potrebbe risolvere una situazione di lesione vascolare senza sapere di quale arteria si tratta?

I miei corsi non sono basati esclusivamente sulla dissezione: il mio intento è di insegnare ogni dettaglio della chirurgia a partire dalle (vecchie) tecniche analgesiche, fino al modo corretto di effettuare un nodo chirurgico. Inoltre l'inserimento degli impianti non viene fatto "a regola d'arte": al contrario, si procede sbagliando volutamente, per indicare il rischio che si può generare per i pazienti. Dedico comunque una giornata completa del corso alla dissezione anatomica, per approfondire la corretta gestione dei lembi e delle incisioni nei vari settori e per insegnare in modo pratico e concreto un po' di anatomia; in questo modo i partecipanti trovano facilmente risposte alle loro domande cliniche.

Anche per questo motivo sono giunte numerose richieste non solo per organizzare corsi avanzati, ma anche corsi specifici di dissezione anatomica, che consentano di approfondire altri settori del corpo (quale il collo, l'ATM o i piani superficiali del volto, per interventi di medicina estetica).

Il laboratorio dell'**Università Paris-Descartes**, che frequento sin dal 1975, è un polo molto evoluto e sensibile alla diffusione della cultura anatomica. Ricordo una scritta emblematica sulla porta del laboratorio: "*Qui la morte serve alla vita*".



## Expodental Madrid 23-25 febbraio 2012

**Sweden & Martina Mediterranea** ha partecipato alla fiera internazionale **Expodental di Madrid** con uno spazio espositivo dove ha raccolto tutta la struttura commerciale spagnola, che annovera 30 professionisti, per accogliere la clientela ormai consolidata nel mercato iberico.



25

<b>Corso di Implantologia Chirurgica e Protesica</b> Marco Csonka 26-27 gennaio, 23-24 febbraio, 20-21 aprile, 4-5 maggio 2012	CATANIA CA813
<b>Corso sulla Tecnica Sonosurgery® in Chirurgia Ossea e Implantare</b> Ivo Agabiti 24-25 febbraio, 30-31 marzo, 27-28 aprile 2012	ROMA CA815
<b>Anatomia Chirurgica applicata all'Implantologia Orale</b> Salvatore Gabriele 1-3 marzo 2012	PARIGI (Francia) CA746
<b>Corso teorico-pratico di Parodontologia</b> Marco Salin, Giuseppe Iaria 2-3 marzo, 23-24 marzo, 6-7 aprile, 4-5 maggio, 11-12 maggio 2012	VITERBO CA831
<b>Corso base-pratico di Implantologia</b> Gianni Mantoan 3 marzo, 17 marzo, 31 marzo, 14 aprile, 5 maggio, 19 maggio, 9 giugno 2012	MONTAGNANA (PD) CA789
<b>Magnetic Mallet - Corso teorico-pratico</b> Roberto Crespi 9 marzo 2012	SIVIGLIA (Spagna) DASL070
<b>Magnetic Mallet - Corso teorico-pratico</b> Roberto Crespi 10 marzo 2012	MADRID (Spagna) DASL071
<b>L'Implantologia Guidata ed il 3D Imaging</b> Armando Ponzi 10 marzo 2012	ROMA CA824
<b>Deficit verticali di osso nel mascellare superiore</b> Marco Cernicchi 16 marzo 2012	COLLEFFERO (RM) CA810
<b>Aggiornamento sulle tecniche di espansione ossea</b> Giovanni B. Bruschi, Fabrizio Bravi 16-17 marzo 2012	ROMA CA756
<b>Distrazione ossea e preparazione del sito implantare con le viti di espansione "D.B.E. System"</b> Antonio Grosso 17 marzo 2012	RIMINI CA755
<b>Il Magnetic Mallet: Rivoluzionaria tecnica chirurgica per espansioni ossee, Split Crest e mini-rialzi - Corso pratico su tessuti animali</b> Marco Csonka 17 marzo 2012	DUE CARRARE (PD) CA819
<b>Master di Implantologia</b> Ugo Covani e altri 17 marzo, 19 maggio, 9 giugno, 7 luglio, 15 settembre, 13 ottobre, 17 novembre, 15 dicembre 2012	LIDO DI CAMAIORE (LU) CA841
<b>Corso di implantologia Chirurgica e Protesica</b> Marco Csonka 19-20 marzo, 13-14 aprile, 21-22 maggio, 11-12 giugno 2012	DUE CARRARE (PD) CA817
<b>Corso piezo Surgibone (Silfradent)</b> Antonio Bowen 23 marzo 2012	MADRID (Spagna) DASL059
<b>Corso di Chirurgia Implantare</b> Giovanni B. Bruschi, Roberto Crespi 23-24 marzo 2012	ROMA CA768
<b>La Chirurgia Plastica Parodontale: applicazioni su denti naturali e impianti</b> Roberto Abundo, Giuseppe Corrente 24 marzo 2012	DUE CARRARE (PD) CA784
<b>Magnetic Mallet - Corso teorico-pratico</b> Giovanni B. Bruschi, Roberto Crespi 30-31 marzo 2012	BUSTO GAROLFO (MI) CA765
<b>Protocolli teorico-pratici per un approccio semplice alla terapia implantoprotesica</b> Lucio Della Toffola, Sandro Tondat, Loris Zamuner, Maria Gabriella Grusovin 30-31 marzo, 14 aprile 2012	MOTTA DI LIVENZA (TV) CA837
<b>La Parodontologia e l'Implantologia: biomateriali biomimetici nella rigenerazione guidata dei tessuti e moderni approcci all'Implantologia Osteointegrata</b> Michele Figliuzzi 31 marzo 2012	RENDE (CS) CA832
<b>Rimodellamento dei tessuti periimplantari: background scientifico e implicazioni cliniche</b> Ignazio Loi, Roberto Cocchetto, Luigi Canullo 13 aprile 2012	DUE CARRARE (PD) CA842
<b>Corso teorico-pratico di implantologia avanzata su tessuto animale "trattamento chirurgico delle creste sottili e mini rialzi di seno mascellare"</b> Marco Csonka 16-17 aprile 2012	DUE CARRARE (PD) CA821
<b>Corso teorico-pratico sul Carico Immediato</b> Marco Cernicchi 20 aprile 2012	COLLEFFERO (RM) CA853
<b>Corso di chirurgia ricostruttiva e rigenerativa ossea preimplantare. Recensioni e presentazione di casi clinici</b> Frank Palm, Ugo Covani, Alessio Barberi 21 aprile 2012	BOLZANO CA847
<b>Distrazione ossea e preparazione del sito implantare con le viti di espansione "D.B.E. System"</b> Antonio Grosso 21 aprile 2012	GENOVA CA757
<b>Corso teorico-pratico di Protesi Fissa</b> Michele D'Amelio 4-5 maggio, 8-9 giugno, 6-7 luglio, 20-21 luglio, 14-15 settembre, 19-20 ottobre 2012	DUE CARRARE (PD) CA852
<b>Corso di Parodontologia e Implantologia</b> Michele Figliuzzi 11-12 maggio, 8-9 giugno, 29-30 giugno 2012	VIBO VALENTIA CA851

<b>Corso operativo di Chirurgia Implantare su paziente</b> Giuseppe Ferronato, Fabrizio Polato, Fabrizio Antenucci 10-12 maggio 2012	LISBONA (Portogallo) CA845
<b>Il carico immediato in Implanto-protesi - Corso teorico-pratico</b> Roberto Crespi 11-12 maggio 2012	BUSTO GAROLFO (MI) CA762
<b>Tecnica M.I.S.E. Minimal Invasive Sinus Elevation</b> <b>Il Sinus Lift sicuro, semplice e rapido nel trattamento implantare</b> Giorgio Carusi 12 maggio 2012	MILANO CA846
<b>Le ricostruzioni tridimensionali ossee con gliglie in Titanio</b> Fabrizio Morelli 12 maggio 2012	BOLOGNA CA816
<b>Distrazione ossea e preparazione del sito implantare con le viti di espansione "D.B.E. System"</b> Antonio Grosso 18 maggio 2012	SASSARI CA758
<b>Il Magnetic Mallet: Rivoluzionaria tecnica chirurgica per espansioni ossee, Split Crest e mini-rialzi - Corso pratico su tessuti animali</b> Marco Csonka 19 maggio 2012	DUE CARRARE (PD) CA820
<b>Corso di Implantologia</b> Ugo Covani 19 maggio 2012	FOGGIA CA828
<b>Corso Teorico con Live Surgery - La terapia dell'edentulia totale con Chirurgia Implantare di base</b> Riccardo Rinaldi 19 maggio 2012	ROMA CA850
<b>Corso di Chirurgia avanzato intensivo</b> Giorgio Carusi 23-26 maggio 2012	BUCAREST (Romania) CA823
<b>Corso teorico di Implantologia</b> Carlos Belarra 25 maggio 2012	MADRID (Spagna) DASL073
<b>Distrazione ossea e preparazione del sito implantare con le viti di espansione "D.B.E. System"</b> Antonio Grosso 26 maggio 2012	ROMA CA771
<b>La Parodontologia e l'Implantologia: biomateriali biomimetici nella rigenerazione guidata dei tessuti e moderni approcci all'implantologia osteointegrata</b> Michele Figliuzzi 26 maggio 2012	NAPOLI CA833
<b>Corso teorico-pratico sul carico immediato</b> Marco Cernicchi 8 giugno 2012	COLLEFFERO (RM) CA811
<b>Corso in Implantologia Rigenerativa ed Estetica</b> Marco Csonka 22-23 giugno 2012	FOGGIA CA825
<b>Magnetic Mallet - corso teorico-pratico</b> Giovanni B. Bruschi, Roberto Crespi 6-7 luglio 2012	BUSTO GAROLFO (MI) CA766
<b>Corso avanzato teorico-pratico di Implantologia e Anatomia Chirurgica</b> Ugo Covani ed altri dal 28 luglio al 4 agosto 2012	BUFFALO (U.S.A.) CA772

## ODONTOIATRIA ESTETICA

<b>I Filler: tecniche di impianto negli inestetismi del viso</b> Rosa Ambrosanio 10 marzo 2012	L'AQUILA CI225
<b>La bellezza, la filosofia, l'incantesimo - Corso teorico-pratico su paziente</b> Rosa Maria Gobbi, Fabrizio Polato 23-24 marzo 2012	LISBONA (Portogallo) CI234
<b>Analisi e rigenerazione dei volumi del viso - Corso teorico-pratico avanzato</b> Walter Pavanello 13 aprile 2012	MILANO CI228
<b>La bellezza, la filosofia, l'incantesimo - Filler, Peeling, perfezionamento</b> Rosa Maria Gobbi 14 aprile, 19 maggio, 23 giugno 2012	MILANO CI219
<b>I Filler: tecniche di impianto negli inestetismi del viso</b> Rosa Ambrosanio 14 aprile 2012	NAPOLI CI236
<b>Corso per il recupero volumetrico del viso attraverso tecniche di Filler integrate</b> Walter Pavanello 21 aprile, 5 maggio 2012	MONZA CI222
<b>Analisi e rigenerazione dei volumi del viso - Corso teorico-pratico avanzato</b> Walter Pavanello 27 aprile 2012	MILANO CI229
<b>Analisi e rigenerazione dei volumi del viso - Corso teorico-pratico avanzato</b> Walter Pavanello 11 maggio 2012	MILANO CI230
<b>Analisi e rigenerazione dei volumi del viso - Corso teorico-pratico avanzato</b> Walter Pavanello 8 giugno 2012	MILANO CI231

## CONSERVATIVA

Corso pratico di Conservativa - full immersion Paolo Ferrari 24-25 febbraio, 23-24 marzo, 20-21 aprile, 25-26 maggio 2012	DUE CARRARE (PD) CC085
Corso teorico-pratico di Odontoiatria Conservativa diretta: come creare la giusta illusione Enzo Lamorgese 23-24 marzo, 27-28 aprile, 25-26 maggio 2012	ROMA CC094
Moderni orientamenti per i restauri dentali con materiali estetici Adriano Dallari, Nicola Guiducci 11-12 maggio 2012	GENOVA CC090

## ENDODONZIA

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 2-3 marzo, 9-10 marzo, 30-31 marzo, 13-14 aprile, 4-5 maggio 2012	ROMA CF583
Impianto o denti naturali, eterno dilemma: quali fattori guidano le decisioni cliniche nei nostri studi Fabio Gorni, Tiziano Testori, Fabio Scutellà 9-10 marzo 2012	DUE CARRARE (PD) CF580
Master di Endodonzia Andrea Gesi 17 marzo 2012	SIENA CF591
Corso teorico-pratico - La preparazione simultanea del canale radicolare Vito Antonio Malagnino 23 marzo 2012	LIDO DI CAMAIORE (LU) CF577
Corso teorico-pratico - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli 31 marzo 2012	MILANO CF586
Corso teorico avanzato di Endodonzia Piero Alessandro Marcoli 13 aprile 2012	PESARO CF589
Corso teorico di Endodonzia Vito Antonio Malagnino 20 aprile 2012	GENOVA CF578
Corso teorico-pratico di Endodonzia Vito Antonio Malagnino 21 aprile 2012	ROMA CF575
Endodonzia dell'ultimo ventennio, dagli strumenti in acciaio al movimento reciprocante con strumenti in Nichel-Titanio: considerazioni tecniche, cliniche e biologiche Vito Antonio Malagnino 24 maggio 2012	RIMINI EA863
Preparazione, otturazione e restauro postendodontico preprotetico Vito Antonio Malagnino, Piero Alessandro Marcoli, Marco Veneziani 16 giugno 2012	DUE CARRARE (PD) CF592
The Ultimate Endo Restorative Dentistry - VII Congresso Nazionale Vito Antonio Malagnino ed altri 14-16 giugno 2012	ABANO TERME (PD) MB42
Meeting ex-allievi Piero Alessandro Marcoli, Paolo Ferrari 14-15 settembre 2012	DUE CARRARE (PD)
Corso teorico-pratico di Endodonzia - annuale Piero Alessandro Marcoli 20-21 settembre, 26-27 ottobre, 16-17 novembre, 14-15 dicembre 2012	DUE CARRARE (PD) CF581
Corso teorico-pratico - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli 19 ottobre 2012	SALERNO CF587
Corso teorico-pratico - La preparazione simultanea del canale radicolare Piero Alessandro Marcoli 23 novembre 2012	MILANO CF588

## LASER & TECNOLOGIE

Corso sul corretto utilizzo del laser a diodi in odontoiatria Piero Odorisio 9 marzo 2012	PESCARA CD598
Corso sul corretto utilizzo del laser a diodi in odontoiatria Piero Odorisio 10 marzo 2012	MESSINA CD601
Corso sul corretto utilizzo del laser a diodi in odontoiatria Giuseppe Iaria 20 aprile 2012	IMOLA CD604
Corso teorico EMUNDO - Terapia fotodinamica Gerd Hermann Volland 21 aprile 2012	DUE CARRARE (PD) CD608
Corso laser LiteTouch™ Relatori vari 6-7 maggio 2012	ISRAELE CD608

## ORTODONZIA

Corso avanzato di II livello su terapia ortodontica con dispositivi Occlus-o-Guide, Nite-Guide ed Habit Corrector Gianni Manes Gravina, Francesco Minenna 10 marzo 2012	FOGGIA CE286
Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva Occlus-o-Guide, Nite-Guide ed Habit Corrector Gioacchino Pellegrino 10 marzo 2012	RENDE (CS) CE293
Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva Occlus-o-Guide, Nite-Guide ed Habit Corrector Gaetano Ierardo 24 marzo 2012	NAPOLI CE287
Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva Occlus-o-Guide, Nite-Guide ed Habit Corrector Gaetano Ierardo 5 maggio 2012	RENDE (CS) CE288
Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva Occlus-o-Guide, Nite-Guide ed Habit Corrector Gaetano Ierardo 19 maggio 2012	ROMA CE294
Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva Occlus-o-Guide, Nite-Guide ed Habit Corrector Gianni Manes Gravina 19 maggio 2012	TERAMO CE295
Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva Occlus-o-Guide, Nite-Guide ed Habit Corrector Gaetano Ierardo 9 giugno 2012	MODENA CE290
Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva Occlus-o-Guide, Nite-Guide ed Habit Corrector Gaetano Ierardo 7 luglio 2012	MESSINA CE291
Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva Occlus-o-Guide, Nite-Guide ed Habit Corrector Gaetano Ierardo 6 ottobre 2012	CAVA DEI TIRRENI (SA) CE289
Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva Occlus-o-Guide, Nite-Guide ed Habit Corrector Gaetano Ierardo 27 ottobre 2012	CINISELLO BALSAMO (MI) CE292

## PROTESI

Corso teorico-pratico di Protesi Fissa e Protesi Estetico-Adesiva: dal restauro dell'elemento dentale singolo alla riabilitazione del caso complesso Guido Fichera 4-5 marzo, 30-31 marzo, 20-21 aprile, 1-2 giugno, 22-23 giugno, 13-14 luglio 2012	MONZA CA807
--	----------------

## GNATOLOGIA

Gnatologia: Occlusione e funzioni dell'apparato masticatorio. Fondamenti di Gnatologia per la riabilitazione restaurativo-protetica. Diagnosi e trattamento dei problemi occlusali, disfunzioni e disordini temporo-mandibolari Guido Fichera 15-16 gennaio, 12-13 febbraio, 11-12 marzo, 13-14 aprile, 18-19 maggio, 8-9 giugno 2012	MONZA CA806
---	----------------

## CAD CAM

Presentazione della sistemica Cad Cam Echo Alessandro Tortato 6 marzo 2012	DUE CARRARE (PD) CH136G
--	----------------------------

## IGIENISTI

La tecnologia al servizio della prevenzione Annunziata Genovesi ed altri 15 giugno 2012	ABANO TERME (PD) MB43
Dental Hygienist Course Annunziata Genovesi ed altri dal 28 luglio al 4 agosto 2012	BUFFALO (U.S.A.) CA772

## ASSISTENTI

Management dello Studio Odontoiatrico Stefano Paci ed altri 15 giugno 2012	ABANO TERME (PD) MB44
--	--------------------------

Per maggiori informazioni:  
numero verde 800-010789 o visitate il sito  
[www.sweden-martina.com](http://www.sweden-martina.com)  
sezione corsi ed eventi

  
sweden & martina  
ContinuingDentalEducation

# Lo stato dell'arte in Odontoiatria

## "Comunicare" come dovere clinico e manageriale



Prof. Carlo Guastamacchia  
detto Tamà, Milano

mail: carloguastamacchia@tiscali.it

In genere, quando si accenna alla necessità di "comunicare", si allude a qualcosa di non perfettamente definito; infatti il campo del "comunicare" è vastissimo ed è difficile schematizzarlo in modo preciso.

Relativamente al nostro lavoro è indispensabile imparare ad identificare in esso due costanti componenti, strettamente commiste ma da non confondere tra loro: quella manuale (chirurgico in senso stretto) e quella comunicazionale-relazionale; quest'ultima è di struttura assai complessa e, purtroppo, scarsamente approfondita.

Un primo problema è dato dal fatto che, mentre tutta la didattica universitaria relativa alla manualità può considerarsi sufficiente, se non esaustiva, altrettanto non può dirsi riguardo all'insegnamento delle competenze comunicazionali e relazionali.

Per queste ultime si dà solitamente per scontato che siano (possono essere...) istintive, innate e, pertanto, affidate ad una presunta spontaneità, che non occorre arricchire didatticamente. Inoltre per molti colleghi, tanto più quanto più esperti e di "chiara fama" nel loro campo (quasi monopolizzato dalla loro grande competenza) tutto ciò che è estraneo alle loro capacità chirurgiche appare quasi un *surplus* pleonastico, fino ad essere considerato, talvolta, un superfluo accessorio.

Ebbene, questa sorta di negligenza - trascuratezza deve essere interpretata, in ogni caso, come un errore clinico fondamentale per qualsiasi dentista e/o igienista, oltre che (e tanto più) per il personale collaborante.

Infatti dall'approccio di base impreciso nasce un errore clinico: considerare, cioè, la cura dentale (o stomatologica) quale elemento a sé stante, rispetto agli altri due elementi concomitanti e, spesso, preponderanti, per il paziente e la sua "percezione": quello dell'organismo in generale e quello del "contesto" in cui il paziente vive.

Infatti non basta la dimostrazione di quali eccellenti risultati chirurgici si possano ottenere nei casi pubblicati (EBD? Metanalisi...?), per dimostrare la bontà indiscutibile, per ogni singolo caso individuale di ogni specifico trattamento clinico personalizzato. Occorre infatti conoscere, in una analisi globale, quali difficoltà (insuccessi?) si siano anche incontrati, per incapacità relazionali, con un insieme di pazienti, sia per l'approccio preliminare alla diretta terapia che, conseguentemente, per la indispensabile successiva "manutenzione".

Quanto esposto riguardo alla comunicazione come strumento clinico va poi ripreso e moltiplicato riguardo alla comunicazione

quale indispensabile strumento manageriale. Infatti recenti ricerche (Malcolm Gladwell: "In un batter di ciglia"; Oscar saggi 2006, pagg. 33-36) hanno dimostrato un fatto già aneddoticamente osservato da molti colleghi; il fatto cioè che la causidicità, sempre più incalzante, si verifica assai spesso per incapacità del sanitario di comunicare, e non, come si potrebbe supporre a prima vista, per incapacità di espletare correttamente le dovute competenze cliniche.

Questa esperienza deve aprire gli occhi riguardo all'imperversare dei cosiddetti centri "low-cost" ("outlet odontoiatrici") che, per loro intrinseca incapacità-trascuratezza, si giovano di reclamizzati "discount" nell'accaparrarsi pazienti, senza essere preparati per curarsi dell'aspetto umano-comunicazionale, il vero collante tra paziente e sanitario (dentista, igienista, ASO).

Per meglio chiarire questo concetto si tenga presente che il nostro paziente è, senza alcuna eccezione, un paziente cronico, nel senso che, oltre alle quattro dentizioni (decidua, permanente, protesica e implantare) avrà continuamente bisogno, durante tutto l'arco della vita, di una vera e propria "manutenzione". Quest'ultima includerà sia la fase preventodontica che quella manutentiva in senso stretto (un esempio tipico da sottolineare? Ecco lo slogan: "si scrive impianto e si legge manutenzione"). Questo fa comprendere come tutti gli "outlet odontoiatrici", dati i loro elevati turnover e la conseguente impossibilità di una cordializzazione personalizzata "for life", non possono rispondere alle ineliminabili necessità croniche del paziente.

Conclusioni sintetiche:

1. l'aspetto comunicazionale è un determinante valore clinico;
2. l'aspetto comunicazionale ha anche un determinante valore manageriale e, come tale, è da considerare fondamentale nella attuale situazione di crisi (generale e della odontoiatria);
3. le competenze comunicazionali vanno fatte percepire al paziente come privilegiate rispetto al fattore "discount";
4. a questo scopo è fondamentale descrivere dettagliatamente al paziente l'importanza del nostro *team*, delle nostre procedure operative, della ottimizzazione dei nostri materiali e strumenti, così che il paziente percepisca i vantaggi clinico-operativi che noi gli forniamo.
5. Tutto questo perché la comunicazione personalizzata del rapporto medico-paziente, che nasce dalla fiducia iniziale, è l'arma vincente per la fidelizzazione che...
6. ... nell'inesauribile rapporto cronico, caratteristico dell'alleanza che si crea, deve costituire il nostro obiettivo finale.
7. Soprattutto fondamentale, infine, che tutto questo non debba essere considerato frutto di una competenza innata, ma che vada affinato senza tregua, apprendendo quelle che sono vere e proprie "procedure operative comunicazionali". Queste, nel loro svolgimento, sono da considerare del tutto analoghe a quante, per la manualità, si mettono in atto, ergonomicamente, con insegnamenti di informazione-formazione effettuati da colleghi competenti per profonda e protratta esperienza professionale.

Redazione  
"Numeri UNO" esse & emme news magazine  
periodico trimestrale di informazione, cultura,  
aggiornamento scientifico e anteprime sui  
prodotti per l'odontoiatria e l'odontotecnica di  
Sweden & Martina S.p.A.

Anno 6, numero 12  
febbraio 2012/giugno 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 Zangiacomi

Direttore responsabile  
Valentina Visentin

Progetto e direzione grafica  
Silvia Bozza

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:  
Valeria Bonotto, Claudio Bosisio,  
Marco Csonka, Silvia Cuccarolo,  
Isabella D'Angelo, Leonardo De Leo,  
Alberto Fonzar, Salvatore Gabriele,  
Carlo Guastamacchia, Nicola Guiducci,  
Ermando Maisto, Francesco Minenna,  
Marina Mirandola Minuzzi,  
Carolyne Pauly, Michele Ricucci,  
Fabrizio Secondo, Alessio Terziani,  
Francesco Vedove, Glorianna Zangiacomi



## 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 \_\_\_\_\_