

IL MAGAZINE
SCIENTIFICO
SWEDEN & MARTINA

 sweden & martina

NUMERI UNO



Nuovo sistema
implantologico
GLOBAL



È attiva la filiale
Sweden & Martina
Deutschland



**Dott. Sergio Petrocchi,
Odt. Milko Belletti**
Riabilitazione protesica
complessa del mascellare
superiore con l'utilizzo della
componentistica P.A.D. e
finalizzazione protesica con
dispositivo in zirconia
monolitica e ceramica



Intervista al
**Dott. Sandro Pierpaolo
Cortellini**
Il triangolo magico

Sarà lo straordinario Palazzo della Ragione, antica sede dei tribunali cittadini, la cornice del principale evento scientifico promosso da Sweden & Martina nel 2013 a Padova. Nell'ampio salone decorato da un grandioso ciclo di oltre 500 affreschi, in origine giotteschi, le tre giornate di scambio culturale e approfondimento scientifico in implantologia godranno quindi di uno sfondo mozzafiato.

L'eccezionale apertura giovedì 6 giugno 2013 con il corso pregressuale è affidata al al prof. Niklaus P. Lang e al dott. Ignazio Loi.



Eventi internazionali
EAO
EUROPEAN ASSOCIATION FOR OSSEointegration



Formazione

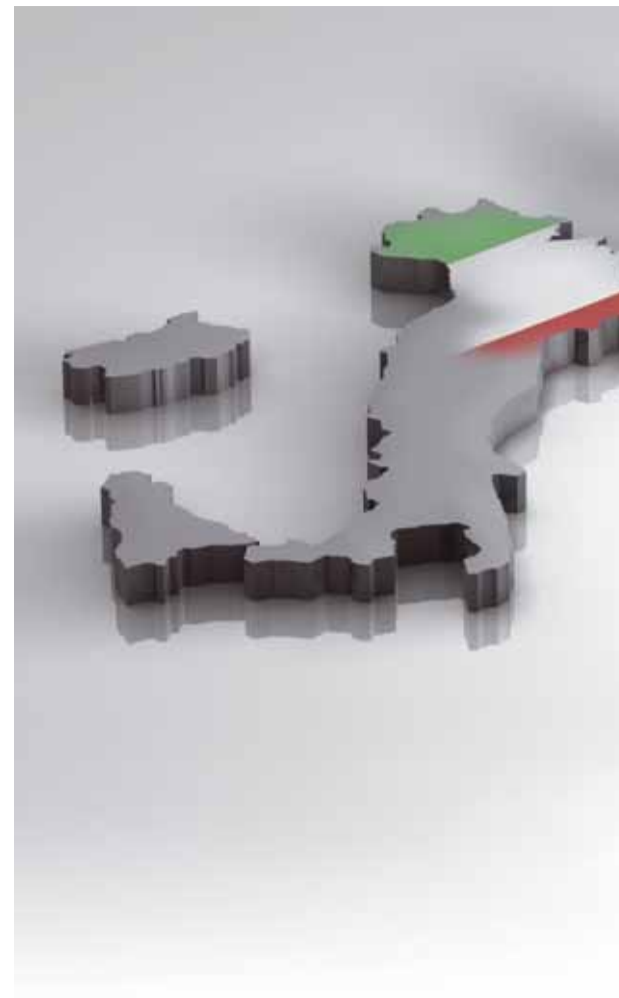
Photo: Roberto Serra

LA RICERCA INCONTRA LA RAGIONE

12th
Premium Day
International Congress on Implant Prosthodontics
6-8 Giugno 2013
Padova, Palazzo della Ragione

5

Intervista
Il triangolo magico
Dott. Sandro Pierpaolo
Cortellini



Questo è il nuovo Numeri UNO, il magazine di Sweden & Martina rivisto integralmente nell'aspetto grafico e dal quale traspira il dinamismo dell'azienda: un'altra filiale appena costituita, nuovi seminari di formazione all'estero, una totale revisione del sistema implantologico Global, numerosi altri prodotti appena sviluppati o immessi in commercio e magistralmente illustrati da esperti professionisti. E ancora: l'elenco dei corsi previsti in Italia nel prossimo trimestre, una selezione dei più recenti studi sui sistemi implantologici di Sweden & Martina, gli eventi internazionali ai quali l'azienda ha partecipato. Oltre a nuovi interessanti case report e ad un'esclusiva intervista.



14

Case Report
**Studio prospettico sul
mantenimento del
volume osseo verticale
in impianti inseriti con
tecnica M.I.S.E**
Dott. Stefano Scavia

17

Case Report
**Protesi full arch a
carico immediato:
un nuovo approccio
chirurgico e protesico**
Dott. Nicola Petrillo



16

Cad-Cam
**Software Echo2:
nuovo aggiornamento
gratuito**

26

Novità di
Mercato
**kit M.I.S.E. Evo
Plain**



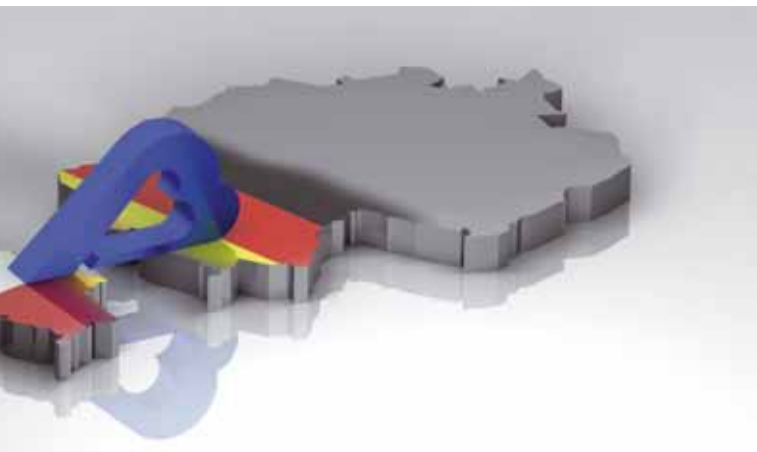
27

Recensioni

28

Eventi Italia





6 Eventi Internazionali
**È attiva la filiale
Sweden & Martina
Deutschland**

sweden & martina

8 Case Report
**Riabilitazione protesica complessa
del mascellare superiore con l'utilizzo
della componentistica P.A.D. e
finalizzazione protesica con
dispositivo in
zirconia monolitica e ceramica**
Dott. Sergio Petrocchi, Odt. Milko Belletti

12 Approfondimento
i SI dell'implantologia

 GLOBAL



22 Novità di
Mercato
Nuovo impianto Global

24 Novità di
Mercato
**All-Bond Universal
Core Flo-DC
Laser Fox
Magnetic Mallet
Polar_eyes**

32 Stato dell'Arte in Odontoiatria

30 Calendario Corsi
ContinuingDentalEducation



LA RICERCA INCONTRA LA RAGIONE

12th Premium Day

International Congress on Implant Prosthodontics
6-8 Giugno 2013
Padova, Palazzo della Ragione

Corso Pre-Congressuale:
Prof. Niklaus P. Lang
Dott. Ignazio Loi

Giovedì 6 Giugno 2013
Corso Pre-Congressuale

09:30 **Treatment strategies for the mutilated dentition**
Niklaus P. Lang

14:30 **Rapporto tra contorno protesico e tessuti gengivali**
Ignazio Loi

Venerdì 7 Giugno 2013
Cosa abbiamo imparato in 30 anni di chirurgia implantare

LECTIO MAGISTRALIS

09:30 **Strategies of implant placement after tooth extraction. Advantages and disadvantages**
Mariano Sanz Alonso

LECTIO MAGISTRALIS

10:30 **Dimensional changes of alveolar bone following tooth extraction**
Niklaus P. Lang

12:00 **Il recupero di denti gravemente compromessi: le indicazioni, i limiti e le alternative terapeutiche**
Pierpaolo Cortellini

12:40 **Evidenze scientifiche e opinioni cliniche**
Daniele Botticelli

Cosa abbiamo imparato in 30 anni di protesi su impianti

14:20 **L'impianto post-estrattivo: prospettive e problematiche attuali**
Maria Gabriella Grusovin

15:00 **Piani di trattamento implanto-protesici nei diversi gradi di atrofia della premaxilla**
Marco Csonka

15:40 **I profili di emergenza protesici nell'integrazione dei tessuti gengivali**
Ignazio Loi

16:20 **Cosa abbiamo imparato in 30 anni di protesi su impianti**
Gaetano Calesini

17:00 **La valutazione delle scelte terapeutiche in protesi implantare**
Paolo Vigolo

Sabato 8 Giugno 2013
Protesi. Nuovi orizzonti della protesi su impianti

09:30 **Considerations of the longevity in implant-supported prostheses manufactured by CAD-CAM**

Toshikazu Iijima

Digital solution with functional analysis to optimize implant restoration

Kazuhiro Umehara

10:00 **L'impronta in implantoprotesi, cosa c'è di nuovo?**

Dario Andreoni

10:30 **Ottimizzazione dei risultati estetici attraverso la detersione al plasma delle componenti protesiche**

Luigi Canullo

Rigenerazione tissutale. Gestione dei tessuti duri e molli

11:30 **La gestione dei tessuti parodontali nel paziente sottoposto a trattamento implantoprotesico**
Daniele Cardaropoli

12:00 **Prevention of alveolar resorption and minimally invasive ridge reconstruction**
Alberto Sicilia

12:30 **La ricostruzione dei tessuti duri e molli nelle zone estetiche: considerazioni cliniche per denti naturali e impianti**

Roberto Abundo

13:00 **Native bone remodelling by "Magnetic Mallet"**
Giovanni B. Bruschi, Roberto Crespi

Le chiavi del successo implantoprotesico

14:30 **Treatment plan of the gap in immediate implants. Clinical and experimental study**
José Luis Calvo Guirado

15:00 **Le chiavi del successo implantoprotesico**
Agostino Scipioni

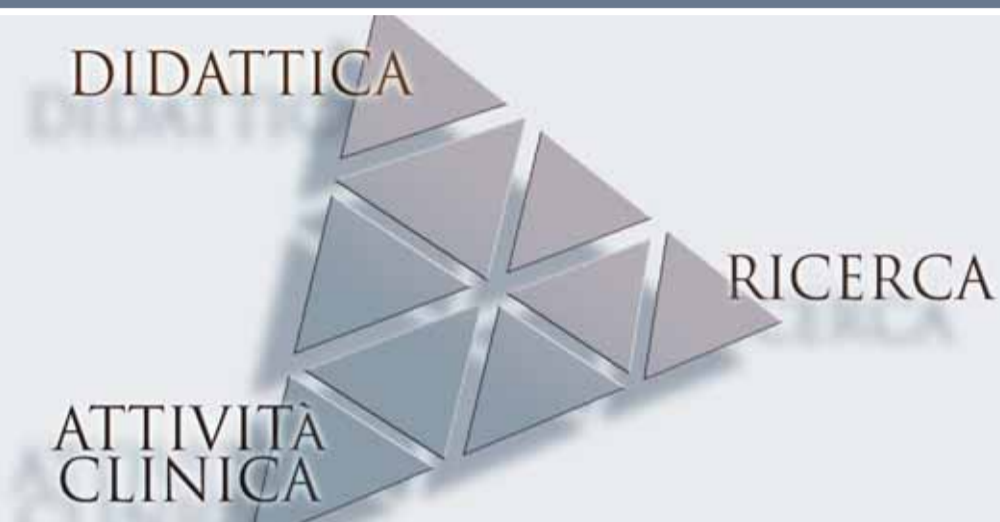
15:30 **Falsi miti e nuovi orizzonti nella ricerca e nella clinica implanto-protesica**
Ugo Covani

Il triangolo magico

Dott. Sandro Pierpaolo Cortellini

Laureato in medicina e chirurgia presso l'Università degli Studi di Firenze nel 1980, specializzato in Odontostomatologia presso l'Università degli Studi di Siena nel 1984. Visiting Professor presso il Dipartimento di Parodontologia e Protesi Fissa dell'Università di Berna e presso l'Eastmann Dental College (Londra). Fondatore dell'Accademia Toscana di Ricerca Odontostomatologica di Firenze, e di ERGOPERIO (European Research

Group on Periodontology). Socio Attivo della Società Italiana di Parodontologia di cui è stato Presidente nel biennio 1999-2001. Socio Attivo e Past-President della Federazione Europea di Parodontologia. Promotore del "Progetto Diagnosi" e Coordinatore dei 5 "Progetti" SIdP. Chairman Scientifico di Europerio 6. Svolge attività clinica limitata alla Parodontologia nel suo studio privato a Firenze e intensa attività di ricerca clinica in parodontologia dal 1982, con particolare enfasi nei campi della diagnostica, della rigenerazione parodontale e dell'estetica. È Autore di oltre 100 pubblicazioni scientifiche originali su riviste nazionali ed internazionali e relatore nei principali convegni di Parodontologia in Italia ed all'estero. Svolge intensa attività didattica dal 1988.



Lei ha fondato 12 anni or sono l'ERGOPERIO. A distanza di tanti anni, come valuta l'esito di questa iniziativa?

La ricerca clinica rappresenta una parte importante della mia attività da quasi 30 anni. Innanzitutto devo ricordare che l'esperienza di ERGOPERIO (European Research Group on Periodontology) segue e si fonda su quella ben consolidata dell'ATRO (Accademia Toscana di Ricerca Odontostomatologica), costituita all'inizio degli anni '90. ERGOPERIO è l'evoluzione internazionale di ATRO e rappresenta un'esperienza entusiasmante: è, infatti, un modello di ricerca clinica organizzata in ambiente privato "non profit" in grado di esprimere un potenziale enorme. In sostanza ERGOPERIO consiste in un network di studi clinici privati e centri universitari di eccellenza, europei e statunitensi (circa 30 studi privati e 10 università afferiscono ad ERGOPERIO). Fin dalle origini ERGOPERIO (e ATRO prima) ha potuto organizzare una serie di studi multicentrici controllati, su un numero molto elevato di pazienti e con la collaborazione di professionisti di alto valore clinico e scientifico, producendo una grande quantità di letteratura scientifica di elevato valore per struttura e per potenziale di analisi. Altro punto fondamentale è rappresentato dal fatto che la ricerca clinica di ERGOPERIO è prevalentemente organizzata in realtà cliniche private: i risultati sono quindi trasferibili con naturalezza nelle realtà cliniche degli Odontoiatri, che possono trarre benefici diretti dalle informazioni derivanti dalla ricerca. La ricerca produce informazioni, concetti e principi nuovi che vengono trasferiti al mondo Odontoiatrico mediante pubblicazioni e didattica. Una nostra ricerca clinica è stata premiata in Settembre con l'Award per la ricerca clinica parodontale dall'American Academy of Periodontology: è stata una grande soddisfazione!

La didattica è sempre stata un cardine importante della Sua attività. Che consuntivo può farne, dopo tanti anni?

Per alcuni anni ho insegnato all'università di Siena, poi mi sono trasferito a Berna presso il dipartimento di Parodontologia e Protesi del Prof. Niklaus P. Lang, quindi a Londra presso l'Eastmann Dental College, con il Prof. Maurizio Tonetti; in entrambe queste strutture ho condotto attività di ricerca e di didattica. Da molti anni però ho arricchito la mia esperienza con un'attività di didattica privata, insieme al Prof. Maurizio Tonetti: abbiamo costituito una società, TangramOdis srl (www.tangramodis.it), che offre corsi formativi integrati, corsi monotematici, corsi avanzati, gruppi di studio, forum clinici, aggiornamenti annuali per ex-allievi. All'interno di questa struttura gravita una serie di professionisti internazionali di elevato calibro.

I nostri percorsi formativi hanno aiutato numerosi Odontoiatri a sviluppare le loro conoscenze in campo parodontale, maturando livelli di competenza e abilità tecniche rimarchevoli. Una grande soddisfazione per noi.

La mia attività clinica invece si svolge nel mio studio Odontoiatrico multidisciplinare, di cui è co-titolare mia moglie, dott.ssa Gabrielle Stalpers, dove, con l'aiuto di vari collaboratori, mettiamo in pratica i concetti, le novità cliniche e le tecniche sviluppate con le nostre attività di ricerca.

È quindi evidente che ho impostato la mia attività professionale su tre ambiti: ricerca, clinica e didattica. Un triangolo magico che mi permette di fare ricerca, offrire ai miei pazienti i benefici di ciò che scopro, ed utilizzare i dati della ricerca ed il materiale iconografico prodotto nelle terapie sui miei pazienti per fare didattica: la perfetta chiusura del cerchio. Tutto questo avviene al di fuori del mondo universitario: la mia attività clinica nel mio studio privato, quella di ricerca in ERGOPERIO, quella didattica in TangramOdis.

Rigenerazione ossea e chirurgia muco-gengivale: in che misura i successi della prima sono legati ai successi della seconda?

Beh... questi due argomenti rappresentano uno degli aspetti su cui abbiamo focalizzato la nostra ricerca clinica da 25 anni (... è da un quarto di secolo che studio e faccio ricerca su questi argomenti!), proprio per comprendere i fenomeni biologici che regolano rigenerazione parodontale e chirurgia muco-gengivale. La cosa che mi interessa maggiormente dal punto di vista tecnico è la manipolazione dei tessuti molli; la capacità di comprendere le dinamiche di guarigione e assecondarle attraverso una corretta manipolazione dei tessuti molli, strutturale alle metodiche di chirurgia muco-gengivale, è un elemento chiave per l'applicazione ed il successo della terapia rigenerativa.

La corretta gestione dei tessuti molli diventa infatti cruciale, perché deve consentire protezione alle zone nelle quali si vuole ottenere rigenerazione. In altre parole, la chirurgia mucogengivale è proattiva alla medicina rigenerativa: non a caso nei nostri programmi di perfezionamento essa rappresenta il primo percorso che proponiamo a chi ha già una base preliminare di chirurgia, per poter poi applicare al massimo livello terapia chirurgica parodontale in generale e chirurgia rigenerativa in particolare.

Cosa suggerirebbe ad un neolaureato che volesse approcciare la parodontologia moderna?

In Italia le opportunità per sviluppare competenze specifiche in parodontologia sono ristrette alla didattica privata, come la nostra all'interno di TangramOdis, e a qualche sede universitaria che offre master di I e II livello, alcuni interessanti, ma purtroppo con importanti limiti.

In alternativa esistono percorsi formativi "specialistici" in Europa, all'interno di scuole di specializzazione che operano sotto l'egida della Federazione Europea di Parodontologia, oppure negli Stati Uniti. Il mio suggerimento ai neolaureati è in primis, comunque, di avvicinarsi alla SIdP (Società Italiana di Parodontologia), la società di riferimento in Italia, solida, capace di proporre programmi culturali di eccellenza. La SIdP, però, non ha per ora gli strumenti per proporre un progetto formativo, ma solo informativo: io ne sono stato Presidente e ho contribuito allo sviluppo culturale della SIdP realizzando e coordinando alcuni progetti didattici per la diffusione della parodontologia in Italia; questi progetti hanno raggiunto, con il loro messaggio culturale, moltissimi Odontoiatri Italiani.

Spero quindi che i giovani laureati italiani approccino la SIdP, la frequentino e da lì magari riescano ad individuare opportunità per un percorso formativo. Questa è la carta fondamentale che suggerisco loro di giocare.



È attiva la filiale Sweden & Martina Deutschland

Ha scelto Düsseldorf, Sandro Martina, come sede della nuova filiale di Sweden & Martina nel mercato potenzialmente più interessante d'Europa: centro nevralgico di una delle aree più ricche della Germania, Düsseldorf ben si presta a rappresentare in questo Paese una società che sta rapidamente conquistando mercati Europei e intercontinentali.

La Sweden & Martina Deutschland è una GmbH pronta ad aggredire il mercato tedesco, partendo con un gruppo di professionisti della vendita con lunga e matura esperienza nel settore implantologico.

Non poteva mancare l'interesse verso questa area ad un'azienda così dinamica e in forte crescita; ma **cosa ha colpito invece i nuovi collaboratori, pronti a lasciare altre realtà consolidate in favore di un gruppo più giovane e meno visibile?**

Innanzitutto le **referenze scientifiche**, ben condensate nei due volumi **SCIENTIFICA** che raccolgono gli abstract commentati di tutte le pubblicazioni sui sistemi implantologici di Sweden & Martina: oltre 190 lavori internazionali di enorme valore scientifico.

Ma soprattutto il nucleo, elitario seppur numeroso, dei **professionisti** che oggi utilizzano con convinzione i sistemi implantologici dell'azienda: nomi che rappresentano e presiedono le principali società scientifiche del settore, personaggi di una caratura ben superiore agli standard.

Inoltre la **snellezza**: poche figure nel direttivo, in grado di prendere decisioni rapidamente, secondo una vision aziendale che tipicamente favorisca l'espansione.

Sweden & Martina Deutschland si propone con decisione agli odontoiatri e in particolare agli implantologi tedeschi offrendo una serie di seminari, secondo lo schema vincente già lungamente rodato in Italia, Spagna, Francia e Asia: corsi teorico-pratici molto approfonditi sull'utilizzo di tecniche e soluzioni proposte dall'azienda, attraverso relatori eccelsi e di indiscussa nomea internazionale.

L'azienda non mancherà naturalmente alla prossima edizione di IDS Colonia, nel 2013: un'ulteriore occasione per far conoscere i punti di forza, l'ampiezza del programma, l'attenzione alla semplicità delle procedure.



Antalya, 2 giugno 2012

Seminario Internazionale di Implantologia Avanzata



Il 2 giugno u.s. si è svolto un seminario internazionale di implantologia avanzata ad **Antalya**.

Organizzato da **Implatech**, distributore in Turchia degli impianti Sweden & Martina, e sotto la supervisione accademica del dott. **Tosun Tosun**, il Prof. **Ugo Covani** ed i Dottori **Maurizio Colombo** e **Ferdinando D'Avenia** hanno presentato le **tecniche miniinvasive di sinus lifting** e l'uso di materiale di **rigenerazione ossea**.

Nella splendida cornice del Hillside Hotel si è discusso fino a tarda sera di esperienze cliniche in implantologia.

Osaka, 22 Luglio 2012

Premium Seminar

Nella sala corsi di **Daishin**, distributore Sweden & Martina in Giappone, si è svolto lo scorso 22 luglio il **Premium Seminar** tenuto dal dott. **Gaetano Calesini** davanti ad un platea di implantologi ed odontotecnici appositamente selezionata per l'occasione. L'esposizione dettagliata degli **step chirurgici e protesici** dimostrata sulla scorta di una vasta gamma di casi clinici ha riscosso stupore e profonda ammirazione da parte degli oltre 50 professionisti.

Nel corso della cena offerta da Mr. Nakajima al dott. Calesini e ad alcuni implantologi nella propria residenza sono state poste le basi per costruttivi futuri scambi internazionali.



Seoul, 24 Luglio 2012

Visita a Seoul

A **Seoul** hanno sede gli uffici di Mr. Kim, Presidente della **I&C**, il nuovo distributore di Sweden & Martina in Corea del Sud.

Mr. Kim vanta una ventennale esperienza di distribuzione degli impianti Straumann in un mercato che al momento è ancora dominato per circa 2/3 da impianti di produzione nazionale. Il **background scientifico e l'affidabilità clinica degli impianti**

Sweden & Martina, nonché la **credibilità dei professionisti utilizzatori** di questi impianti sono stati fra i principali motivi che hanno spinto Mr. Kim a rappresentare Sweden & Martina in Corea. Un primo gruppo di professori universitari coreani è già attivato per seguire i **Premium Seminar** organizzati a Singapore e in Giappone.

Singapore, 16-17 Settembre 2012

III Premium Seminar

Il gruppo di **20 implantologi VIP** - selezionato con molta cura dal distributore giapponese **Daishin** - che supporterà la presentazione degli impianti Sweden & Martina, ha potuto assistere al **3° Premium Seminar**, svoltosi a Singapore. In un seminario teorico-pratico della durata di due giorni i Dottori **Marco Csonka** ed **Alessio Barberi** hanno esposto le **tecniche di guided bone regeneration e di sinus lifting**.

Il ciclo di seminari accademici a Singapore si completerà con ulteriori conferenze nel corso dell'anno 2013.

Copenhagen, 10-13 ottobre 2012

E.A.O.

Sweden & Martina ha partecipato come **sponsor** al congresso annuale dell'**EAO** (European Association for Osseointegration), che si è tenuto a **Copenaghen** dal 10 al 13 ottobre. I contenuti del congresso, giunto al suo **XX anniversario**, sono stati di **alto livello clinico e scientifico** e hanno attratto **oltre 3000 visitatori**. Il programma era articolato in diverse sessioni di lavoro, anche parallele fra di loro, offrendo la scelta fra temi chirurgici e protesici, fra la presentazione dei risultati delle ricerche di numerosissimi gruppi e Università e l'esposizione dei poster. In particolare, mentre la sessione plenaria e parallela offrivano una revisione dei protocolli clinici attuali e dell'esperienza storica in implantologia, le sessioni relative alle presentazioni delle ricerche e dei poster hanno rappresentato per i partecipanti un importante momento di aggiornamento e discussione sugli ultimi risultati ottenuti e sui trend di sviluppo nel campo della ricerca sperimentale e clinica in implantologia. Grande successo anche per gli esiti della **3ª Consensus Conference**, esposti a sala gremita, che quest'anno ha preso in esame argomenti di indubbio interesse generale: sopravvivenza e complicità nel trattamento implantare, distruzione dei tessuti perimplantari, terapia implantare guidata e aspetti legati ai tessuti duri e molli, riabilitazione protesica su impianti. L'estensiva analisi condotta dai 4 gruppi di studio ha permesso agli astanti di beneficiare di conclusioni oggettive e raccomandazioni cliniche desunte, in base a parametri molto stretti, dalla nutrita letteratura indicizzata prodotta negli ultimi 3 anni sugli argomenti sopraelencati.

Molti i nomi illustri che si sono fermati allo stand Sweden & Martina e hanno apprezzato il serio background scientifico che oggi qualifica l'azienda con 15 anni di ricerca in campo implantologico, concretizzato nei due volumi di **SCIENTIFICA**, la rassegna di implantologia oggi tradotta in 3 lingue, che è sempre disponibile gratuitamente per tutti i clienti che ne facciano richiesta. L'appuntamento per l'anno prossimo è a **Dublino**, dal 17 al 19 ottobre.



Il dott. Daniele Botticelli durante la sua lecture all'EAO



Il prof. Niklaus P. Lang allo stand Sweden & Martina



EAO
EUROPEAN ASSOCIATION FOR OSSEointegration



Riabilitazione protesica complessa del mascellare superiore con l'utilizzo della componentistica P.A.D. e finalizzazione protesica con dispositivo in zirconia monolitica e ceramica

Dott. Sergio Petrocchi, Odt. Milko Belletti



Sergio Petrocchi, medico chirurgo odontoiatra

- laureato con lode in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Bologna;
- Post graduate in implantologia Università degli studi Modena e Reggio Emilia;
- perfezionato in chirurgia orale Università Gabriele D'Annunzio di Chieti;
- ha proseguito la formazione in campo implantare e rigenerativo seguendo corsi quali:
- corso clinico annuale chirurgia ossea su paziente (Pof. Vercellotti);
- formazione in osteo integrazione e rigenerazione ossea avanzata di secondo livello annuale (Prof. Simion);
- corso annuale di parodontologia e chirurgia estetica mucogengivale (Prof. Zucchelli De Santis);
- corso biennale di osteointegrazione e chirurgia avanzata in implantologia (Dott. Testori);
- corso annuale in implantologia e chirurgia rigenerativa (Dott. Abundo);
- corso annuale soft-tissue management (Dott. Carlo Tinti)



Milko Belletti, odontotecnico

Diploma di odontotecnico presso IPSIA di San Benedetto del Tr. nel 1982.

Dopo aver maturato esperienze in diversi laboratori affinando tecniche rivolte alla protesi combinata, nel 1985 diventa titolare di laboratorio con sede in Alba Adriatica.

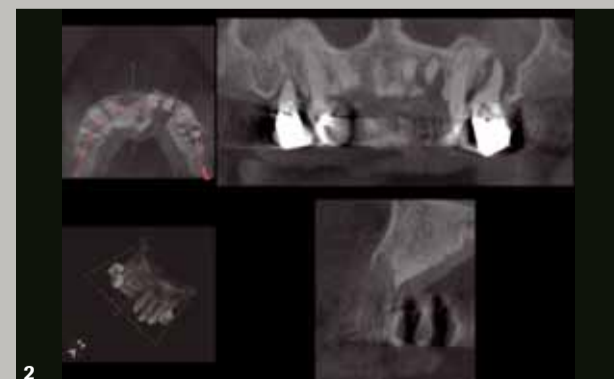
Associato ANTLO dal 1993, deve la sua formazione professionale alla continua frequentazione di numerosi corsi in Italia ed all'estero tenuti dai migliori esponenti del settore.

Da circa un decennio ha rivolto la sua attenzione alla protesi implantare, frequentando diversi corsi clinico-tecnici sul carico immediato in "Live Surgery" in diverse strutture pubbliche e private, tra cui L'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano.

Introduzione

Negli ultimi anni la protesi implantare post-estrattiva a carico immediato si è sempre più affermata come scelta primaria per la restaurazione protesica di casi complessi anche nel mascellare superiore atrofico utilizzando l'osso premaxillare con impianti lunghi e componentistiche angolate che permettono di evitare più complesse strategie chirurgiche (sinus lift) rimanendo quindi nell'ambito di una minore invasività chirurgica. Grazie alla ricerca scientifica odontoiatrica le case implantari hanno messo sul mercato componenti implantari sempre più evoluti che danno la possibilità di eseguire protesi provvisorie immediate in un lasso di tempo sempre più breve. La domanda sempre più crescente di estetica associata alla funzione ci induce all'utilizzo di materiali di ultima generazione come l'ossido di zirconio, sempre più impiegato come materiale alternativo per la costruzione di protesi bio-compatibili, stabili nel tempo e di alto valore estetico. Quindi si è realizzata una protesi circolare avvitata con estetica rosa in zirconia monolitica e ceramica.

Il caso clinico in esame riguarda un paziente maschile di 62 anni affetto da parodontopatia cronica-evolutiva con eduntulismo multiplo, fumatore, con episodi ricorrenti di infiammazione acute ascessuali, che faceva richiesta della riabilitazione dell'arcata superiore, per ripristino funzionale ed estetico (foto 1). Il paziente era portatore nell'arcata superiore di un provvisorio fisso in lega acrilica, cementato su denti residui compromessi in modo irrimediabile per la maggior parte, con difetti ossei anche estesi e molteplici. L'esame radiografico OPT (foto 2) dimostrava ancora una buona quantità di osso nella premaxilla, tale da poter essere scelta una soluzione implantare post-estrattiva a carico immediato utilizzando impianti lunghi (18 mm) angolati di 30 gradi ai due estremi. L'esame 3D evidenziava chiaramente la presenza di volumi ossei adeguati nonostante la presenza di difetti ossei molto estesi legati alla parodontite.



L'intervento è stato eseguito con una incisione intra-sulculare da sedici a ventisei con scollamento di due lembi a spessore totale, (foto 3) eseguite le estrazioni e operata la tolettatura delle cavità alveolari e dei loro contenuti infiammatori cistici con rimodellamento delle creste alveolari (foto 4). Sono state inserite n° 6 fixture, due delle quali con una angolazione di 30 gradi agli estremi con la cura di operare una sotto preparazione per poter utilizzare torque elevati di inserimento; posizionati i P.A.D. e i transfer è stata rilevata l'impronta intra operatoria in gesso per la costruzione della protesi avvitata a carico immediato.



Rilevazione impronte in gesso con relativi analoghi inseriti, procedura di estrema importanza per la buona congruenza della protesi sia provvisoria che definitiva.



Al Clinico nelle 24 ore viene consegnato il manufatto protesico che provvederà ad inserire, verificando l'adattamento passivo della stessa con la prova di "Scheffield" e radiografie (foto 7).

La struttura del provvisorio è stata eseguita con una fusione in lega CrCo incollata sui cilindri in titanio (E-MPSA-410) e cannule in titanio (PAD-CT) ottenendo con questa procedura una sicura passivazione, e finalizzato con un rivestimento estetico acrilico.



È stata controllata quindi l'occlusione e la totale assenza di compressione dei tessuti molli da parte della protesi. Il risultato ottenuto è sicuramente soddisfacente per il paziente sia dal punto di vista estetico che funzionale (foto 8 e 9) e sicuramente gratificante per tutti gli operatori quando si riescono a mettere in atto procedure sempre più predicibili.



Osservazioni

Il decorso postoperatorio è avvenuto senza complicazioni con la perfetta integrazione di tutte le fixture e la salute dei tessuti molli (foto 10). La protesi provvisoria ha assolto ad ogni requisito di carattere estetico e funzionale permettendo al paziente un ritorno ad una vita di relazione normale.



Viene effettuato a distanza di tre mesi trasferimento in articolatore di tutti i dati controllati in bocca usando la stessa ricostruzione provvisoria, temporaneamente rimossa dalla bocca del paziente.



Su questa base viene realizzata della ceratura diagnostica sul modello di lavoro utilizzando lo studio del provvisorio.



Duplicato della ceratura con resina "frame", il prototipo viene inviato in studio per la prova (verifica di passività estetica e funzionale).

10

Protesi Definitiva

La prescrizione del clinico prevedeva la costruzione di una protesi circolare avvitata in zirconia monolitica e ceramica.



14 Struttura presinterizzata liberata dai residui di scarto.



15 Struttura infiltrata nel forno di sinterizzazione.



16



17 Foto 16 e 17: Aspetto della struttura dopo il processo di sinterizzazione.



18 Inserimento di prova delle componenti implantari per valutarne il buon adattamento.



19 Prova in bocca della struttura grezza.



20



21



22



23



24

Foto 20, 21, 22, 23, 24: Lavorare su materiale come la zirconia monolitica, essendo altamente traslucente e combinata ad una tecnica di infiltrazione appositamente sviluppata, permetterà al tecnico di eseguire questa fase riducendo di molto i tempi di lavoro. Infatti, si tratterà solo di completare le parti vestibolari e la produzione dei tessuti gengivali con l'apporto di pochissime quantità di masse ceramiche, riuscendo ad ottenere dei buoni risultati estetici, evitando anche un fattore molto fastidioso quale la scheggiatura della ceramica.



25



26



27



28

Foto 25, 26, 27, 28: Lavoro ultimato.



29



30



31

Foto 29, 30, 31: Visione del buon adattamento dei cilindri in titanio dopo la silanizzazione e incollaggio.



32

Lavoro ultimato posizionato nel cavo orale. In corso d'opera il paziente decide di ripristinare anche l'arcata inferiore, quindi vengono preparati i denti residui e inserito un primo provvisorio.



33

Visione intraorale del tavolato oclusale; si nota la buona integrazione tissutale e la risposta estetica della zirconia monolitica con la sola tecnica di pittura. I fori di inserzione delle viti oclusali verranno poi mimetizzati con del composito.



34

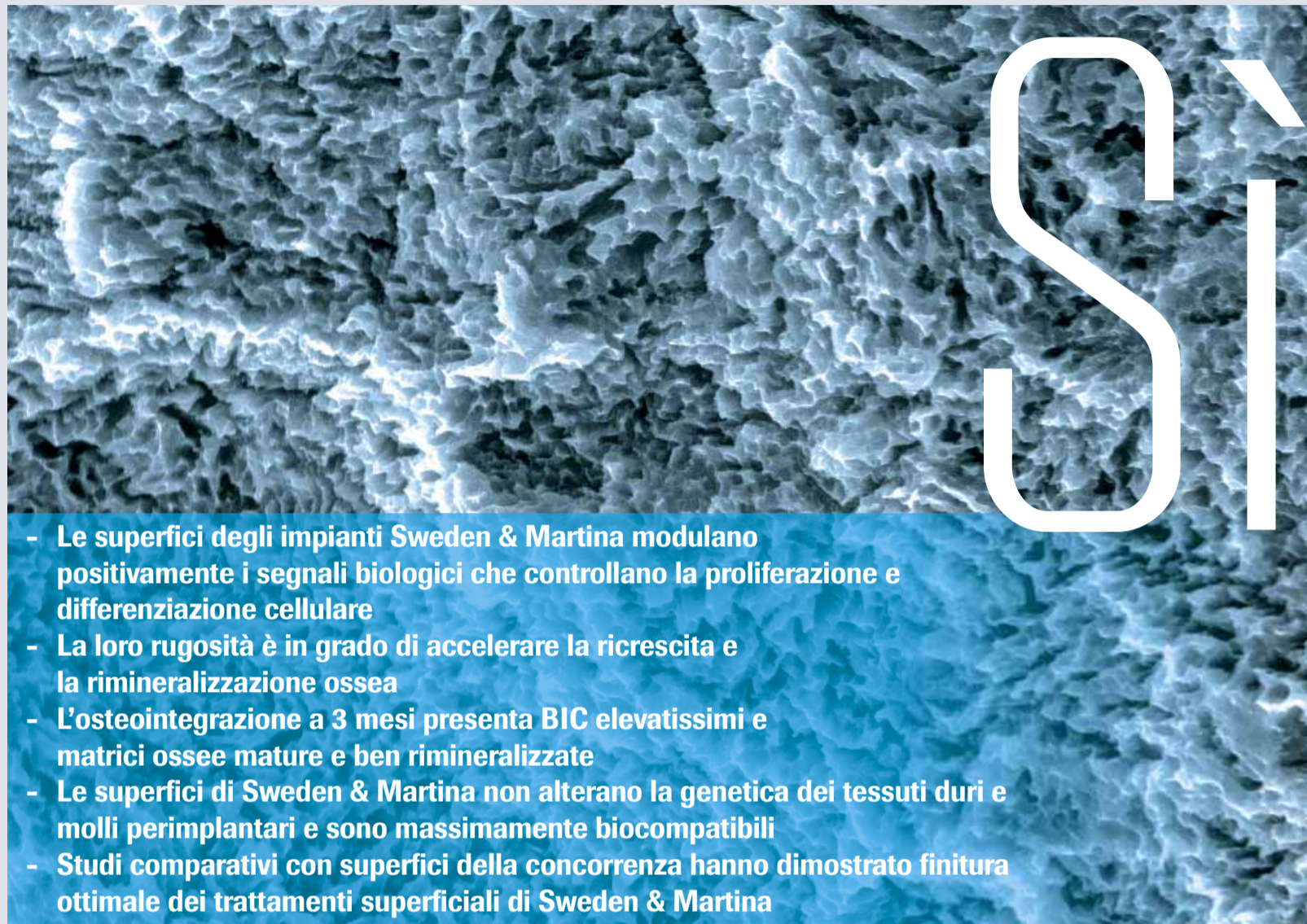
Accesso alle zone di detersione.



35

Controllo radiografico a lavoro finito: si evidenzia il corretto accoppiamento tra i diversi componenti implanto-protetici.

Le superfici degli impianti sono in grado di promuovere positivamente l'osteointegrazione?



- Le superfici degli impianti Sweden & Martina modulano positivamente i segnali biologici che controllano la proliferazione e differenziazione cellulare
- La loro rugosità è in grado di accelerare la ricrescita e la rimineralizzazione ossea
- L'osteointegrazione a 3 mesi presenta BIC elevatissimi e matrici ossee mature e ben rimineralizzate
- Le superfici di Sweden & Martina non alterano la genetica dei tessuti duri e molli perimplantari e sono massimamente biocompatibili
- Studi comparativi con superfici della concorrenza hanno dimostrato finitura ottimale dei trattamenti superficiali di Sweden & Martina

Gli studi sperimentali in vivo e in vitro condotti a partire dai primi anni 2000 dimostrano la validità delle superfici implantari Sweden & Martina

Le superfici Sweden & Martina **influenzano positivamente** l'espressione fenotipica degli osteoblasti, **favorendo la guarigione ossea**.

- Postiglione et al., *J Dent Res*, 2003
- Pappalardo et al., *Europ J Imp Prosth*, 2005
- Conserva et al., *Implantologia*, 2005
- Elezi et al., *IADR*, 2007
- Passeri et al., *COIR*, 2010

Intorno alle superfici per addizione di Sweden & Martina già a 2 mesi è presente **osso maturo**. Non si evidenziano cellule multinucleate o linfociti o altre cellule tipiche del processo infiammatorio.

- Scarano et al., *Dentista Moderno*, 2003

Le superfici Sweden & Martina **modulano positivamente l'espressione genica** negli studi quantitativi e qualitativi dei geni coinvolti nel pathway osteogenico, a dimostrazione della loro **eccellente biocompatibilità**.

- Carinci et al., *COIR* 2004
- Ricci et al., *EAO abstract in COIR*, 2011

La **rugosità** delle superfici Sweden & Martina, oltre alla loro morfologia, **è in grado di modulare la differenziazione cellulare** e la **proliferazione osteoblastica** a favore di una **migliore osteogenesi**.

- Postiglione et al., *Europ J Histochem*, 2004
- Ramaglia et al., *Dent Mat J*, 2011

La superficie ZirTi è in grado di **promuovere l'osteogenesi a distanza**.

- Rossi et al., *COIR*, 2011

La superficie ZirTi è in grado di **promuovere l'osteogenesi già entro i primi 10 giorni**.

- Rossi et al., *accepted for publication in COIR*, 2012

Il **BIC** (Bone to Implant Contact) e la **mineralizzazione** dell'osso neoformato intorno a superfici Sweden & Martina sono **molto elevati**, pur in presenza di protocolli clinici esasperati (torque di inserzione basso, postestrattivi immediati, alveoli rigenerati)

- Pantani et al., *COIR*, 2010
- Caneva et al., *COIR* 2010
- Caneva et al., *COIR* 2010
- De Santis et al., *COIR*, 2012

Gli impianti possono essere sottoposti a carico immediato?



Foto per gentile concessione del Dott. Roberto Crespi

Nel corso di diversi studi controllati con impianti Sweden & Martina numerosi clinici hanno ottenuto ottime percentuali di successo con il carico immediato.

La letteratura ha evidenziato la necessità delle seguenti condizioni:

- Osso di qualità adeguata
- Stabilità primaria degli impianti, ottenuta con torque di inserimento adeguato (>40 Ncm)
- Nel caso di impianti multipli, protesi solidarizzata e adeguatamente passiva
- Nel caso di impianti singoli, sotto-occlusione della protesi

Diverse pubblicazioni riportano i risultati di numerosi studi sul carico immediato con impianti Sweden & Martina

Covani et al., IO, 2005

- 15 pazienti
- 15 monoimpianti postestrattivi immediati
- **100% successo a 12 mesi**

Barone et al., JOP, 2006

- 18 pazienti
- 18 monoimpianti postestrattivi immediati
- **100% successo a 12 mesi**

Crespi et al., JOMI, 2007

- 27 pazienti
- 160 impianti, di cui 150 postestrattivi immediati
- **100% successo a 18 mesi**

Crespi et al., JOMI, 2008

- 40 pazienti
- 40 impianti
- **100% successo a 24 mesi**

Canullo et al., Dental Cadmos, 2008

- 10 pazienti
- 10 impianti postestrattivi immediati
- **100% successo a 20 mesi**

Crespi et al., JOMI, 2008

- 40 pazienti
- Gruppo test 20 monoimpianti postestrattivi immediati con carico immediato
- Gruppo controllo 20 monoimpianti postestrattivi immediati con carico differito
- **100% successo a 24 mesi**

Crespi et al., JOP, 2010

- 37 pazienti
- 275 impianti in siti parodontalmente infetti opportunamente trattati
- **99,3% successo a 48 mesi**

Crespi et al., JOP, 2010

- 29 pazienti
- 164 impianti
- **100% successo a 48 mesi**

Crespi et al., Int J Perio Rest Dent, 2012

- 20 pazienti
- 20 impianti postestrattivi immediati flapless
- **100% successo a 24 mesi**

Crespi et al., JOMI, 2012

- 36 pazienti
- 176 impianti in 44 protesi full-arch con protesi PAD (Abutment Sweden & Martina per protesi avvitata)
- **a 36 mesi 100% successo** per gli impianti in posizione dritta e **96.59% successo** per gli impianti tiltati

Crespi et al., Clinical Impl Dent and Rel Res, 2012

- 50 pazienti, con osso di tipo D3 e D4. In 25 pazienti (gruppo controllo), gli impianti sono stati inseriti con osteotomi manuali; in 25 (gruppo test) con l'uso del Magnetic Mallet (esclusiva Sweden & Martina). In 6 pazienti per gruppo è stato effettuato Sinus Lift.
- 138 impianti
- **97,10% successo nel gruppo test e 92.75% nel gruppo controllo, a 24 mesi**



Per maggiori dettagli consultare **SCIENTIFICA**,
Rassegna Bibliografica di Implantologia, Vol. 1 e Vol. 2.
Per richiedere una copia gratuita dei due volumi contattare
l'agente di zona oppure compilare la richiesta di invio nel modulo online al link
<http://www.sweden-martina.com/rassegnascientifica.asp>



14

Studio prospettico sul mantenimento del volume osseo verticale in impianti inseriti con tecnica M.I.S.E

Dott. Stefano Scavia



Laureato in Odontoiatria e Protesi dentaria nel 2003 presso l'Università Statale di Milano. Dal 2003 al 2009 ha lavorato presso l'Azienda Ospedaliera S. Paolo di Milano nei reparti di Day Hospital Chirurgico, Chirurgia Orale, Libera Professione.

Master nel 2005 in implantologia e implantoprotesi e nel 2008 in Chirurgia Orale presso l'Università degli Studi di Milano.

Ha esercitato la professione dal 2005 al 2009 presso l'Azienda Ospedaliera S. Paolo in qualità di implantologo, tutor e referente di sistematica implantare.

Autore di ricerche sui fattori di crescita ossea e innesto di bio-materiali, è relatore presso l'Università degli Studi di Brescia per i corsi di perfezionamento in implantologia. Collabora dal 2005 presso studi privati come specialista in Chirurgia Orale, socio ordinario S.I.C.O.I. e G.I.R., tiene corsi ed esercita la libera professione presso il centro privato Odontoaesthetics in Basiglio - Milano.

Introduzione

Nella riabilitazione implantoprotesica dei settori posteriori del mascellare superiore ci si trova spesso un livello elevato di pneumatizzazione del seno mascellare, con un'altezza della cresta ossea ridotta, tale da impedire il posizionamento corretto di un impianto di lunghezza adeguata al carico protesico.

Per evitare di invadere con parte della superficie implantare lo spazio biologico interno al seno mascellare, e per garantire il totale contatto della superficie implantare con l'osso, sono state col tempo studiate e applicate tecniche di incremento dell'altezza verticale della cresta ossea; fra le più diffuse vi è il rialzo del seno mascellare.

In alternativa al grande rialzo, procedura più invasiva e con maggior rischio di complicanze, nel 1994 Summers parlò di un protocollo meno invasivo, basato sull'accesso al seno per via crestale.

Questa metodica presenta tuttavia dei limiti: la densità ossea deve essere elevata e l'altezza residua non inferiore a 6 mm; l'espansione, eseguita tramite osteotomi e martello, è spesso poco tollerata dal paziente e di difficile controllo da parte dell'operatore.

Recentemente sono stati studiati pertanto strumenti alternativi ai classici osteotomi circolari di diametro crescente, fino ad arrivare alla realizzazione del kit M.I.S.E., uno strumentario basato su frese rotanti, atraumatiche, dotate di stop sequenziali di profondità.

Il protocollo M.I.S.E. ha introdotto molteplici vantaggi rispetto alla classica tecnica di Summer: elimina l'utilizzo del martello e riduce notevolmente la traumaticità dell'intervento, incrementa grazie agli stop i margini di sicurezza per l'operatore riducendo contemporaneamente i rischi di lacerazione della membrana di Schneider, abbassa i tempi chirurgici e garantisce, grazie ad appositi carriers (anch'essi regolati da stop di profondità), l'introduzione graduale del bio-materiale alla profondità desiderata.

La mini-invasività e l'efficacia del protocollo M.I.S.E. risultano essere sempre più supportate da dati che corroborano un'elevata percentuale di sopravvivenza implantare e protesica. Tuttavia risulta ancora da studiare in modo approfondito il comportamento dell'osso neoformato all'interno del seno mascellare ed il suo mantenimento nel tempo intorno alla superficie implantare.

Scopo di questo lavoro è lo studio metrico del tessuto osseo periimplantare neo-formato a contatto di impianti inseriti con tecnica M.I.S.E., dato fondamentale al fine di valutare la qualità e la stabilità della riabilitazione a medio e lungo termine.

Materiali e metodi

Sono stati arruolati 16 pazienti per un numero totale di 20 impianti inseriti con protocollo M.I.S.E..

I pazienti arruolati richiedevano una riabilitazione implantare di edentulia parziale nei settori posteriori del mascellare superiore.

Tutti i pazienti selezionati presentavano, in sede implantare, una dimensione dell'altezza della cresta ossea ridotta, valutata attraverso controllo radiografico e compresa fra i 5 ed i 10 mm.

Tutti gli interventi sono stati eseguiti secondo un protocollo standardizzato, con l'incisione di un lembo muco-periosteale, l'elevazione del seno mascellare attraverso l'utilizzo del kit M.I.S.E., l'inserimento ove necessario di bio-materiale in granuli a base di solfato tricalcico ed il concomitante inserimento della vite implantare.

L'incremento dell'altezza ossea attraverso l'elevazione del pavimento del seno mascellare è compreso fra 1,5 mm e 5 mm. In tutti i casi gli impianti sono rimasti sommersi per 6 mesi, valutati radiograficamente alla riapertura e caricati con protesi definitiva entro i 30 giorni successivi.

L'altezza della cresta ossea, il grado di immersione dell'impianto e la distribuzione del bio-materiale inserito sono stati tutti valutati radiograficamente attraverso RX endorali eseguite con centratore prima dell'intervento, dopo l'intervento, a 6 mesi e a 5 anni di distanza.



01
Rx elemento dentale 26 prima dell'avulsione

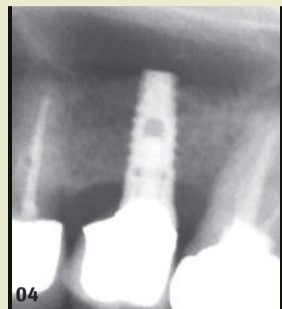


02
Rx di controllo impianto inserito con tecnica M.I.S.E. in zona 26 post-intervento

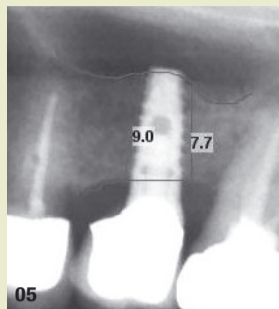


03
Rx di controllo impianto inserito con tecnica M.I.S.E. in zona 26 dopo 6 mesi

	riass./mm	riass. %
- 26 da 8 a 10 (2)	1	50%
- 27 da 6 a 10 (4)	0	0%
- 16 da 7 a 10 (3)	0	0%
- 26 da 7 a 10 (3)	0	0%
- 16 da 8 a 10 (2)	0	0%
- 26 da 8 a 9,5 (1,5)	0	0%
- 15 da 7 a 10 (3)	0	0%
- 26 da 5 a 10 (5)	0,5	10%
- 16 da 8 a 10 (2)	1	50%
- 26 da 6 a 11 (5)	0	0%
- 16 da 11 a 13 (2)	0	0%
- 25 da 7 a 11,5 (4,5)	0	0%
- 16 da 7 a 9,5 (2,5)	0	0%
- 16 da 5 a 10 (5)	0	0%
- 15 da 6 a 10 (4)	0	0%
- 16 da 5 a 10 (5)	1	20%
- 26 da 5 a 10 (5)	0,5	10%
- 27 da 7 a 11 (4) 0	0	0%
- 17 da 7 a 9,5 (4) 0	0	0%
- 24 da 6 a 10 (4) 0	0	0%



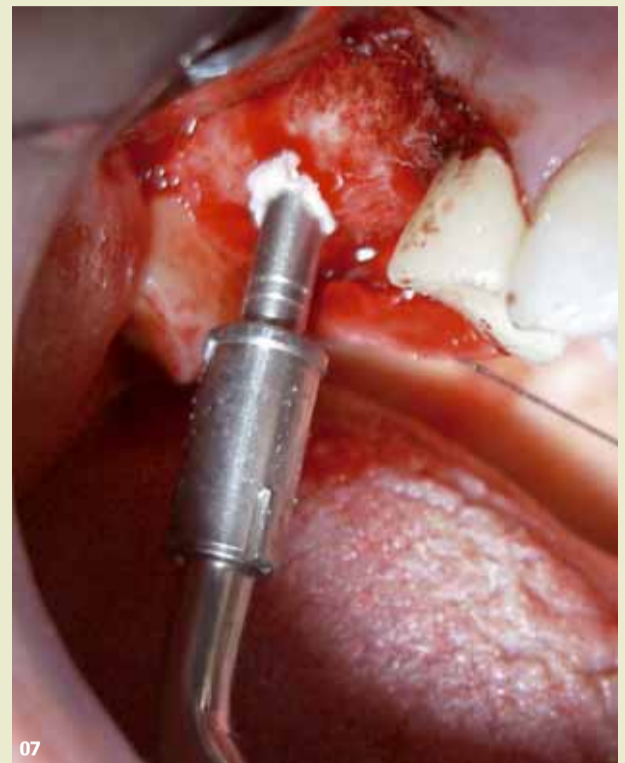
Rx di controllo impianto inserito con tecnica M.I.S.E. in zona 26 a 5 anni



Valutazione metrica con software digitale del supporto osseo peri-implantare



Preparazione del sito implantare con fresa del kit M.I.S.E. e stop di profondità



Inserimento di solfato di calcio nel seno mascellare con carrier del kit M.I.S.E. e stop di profondità

Protocollo dello studio

Nel presente studio si è valutato il grado di sopravvivenza implantare a 5 anni di impianti inseriti con tecnica di rialzo crestale del seno mascellare effettuato con kit M.I.S.E., la percentuale di superficie implantare immersa in osso al tempo 0, dopo 6 mesi e dopo 5 anni.

La misurazione millimetrica è avvenuta su radiografia in scala 1:1 con l'ausilio, ove possibile, di software digitale calibrato.

Risultati

L'elevazione del pavimento sinusale nei casi considerati è compreso fra 1,5 mm e 5 mm, l'altezza minima crestale all'atto dell'intervento è di 5 mm. A 5 anni la sopravvivenza implantare dei casi considerati risulta essere del 100%.

Al tempo 0, viene effettuata l'analisi metrica dell'interfaccia osso/impianto, e viene considerata la superficie implantare a contatto con osso nella porzione di seno elevata.

La medesima analisi viene ripetuta ai controlli successivi, fino a 5 anni dall'intervento.

16 casi sui 20 considerati presentano un totale mantenimento della superficie di contatto osso/impianto infrasinusale.

4 casi su 20 presentano un riassorbimento osseo verticale, e pertanto un'esposizione della porzione apicale dell'impianto all'interno del seno mascellare, compresa fra 0,5 e 1 mm.

Ne consegue che, nei casi considerati, la perdita media di osso verticale, innestato attraverso la tecnica chirurgica M.I.S.E., risulta essere dopo 5 anni pari al 7%.

Conclusioni

I risultati del presente studio portano a due conclusioni:

- 1) Per quanto riscontrabile, attraverso rilevazione radiografica bidimensionale, la tecnica M.I.S.E. risulta affidabile, ben protocollata e ripetibile nella rigenerazione verticale dei difetti sinusali di classe I e II.
- 2) L'incremento di volume osseo verticale ottenuto risulta stabile al controllo dopo 5 anni, con una ridotta quantità di riassorbimento osseo verticale e sovrapponibile qualitativamente a quello ottenuto tramite la metodica di elevazione del pavimento del seno mascellare con oblò laterale.

Bibliografia

- Boyne P.J., James R.A.; *Grafting of the maxillary sinus floor with autogenous marrow and bone*. J Oral Surg 1980; 38(8): 613-616.

- Smiler D.G., Holmes R.E.; *Sinus lift procedure using hydroxyapatite: a preliminary clinical report*. J Oral Implantol 1987; 4(2): 49-58.

- Kent J.N., Back M.S.; *Simultaneous maxillary sinus floor bone grafting and placement of hydroxyapatite coated implants*. J Oral Maxillofac Surg 1989; 47(3): 238-242.

- Chanavaz M.; *Maxillary sinus: Anatomy, physiology, surgery and bone grafting related to implantology-eleven years of surgical experience (1979-1990)*. J Oral Implantol 1990; 16(3): 199-209.

- Smiller D.G., Johnson P.W., Lazada J.L., Misch C., Raosenlicht J.L., Wagner J.R.; *Sinus lift grafts and endosseous implants. Treatment of the atrophic posterior maxilla*. Dent Clin North Am 1992; 36(1): 151-186.

- Summers R.B.; *A new concept in maxillary implant surgery: the osteotome technique*. Compendium, 15(2):152, 154-6, 158, feb 1994.

- Summers R.B.; *The osteotome technique. Part 3; Less invasive methods of elevating the sinus floor*. Compendium, 15(6), 698, 700, 702 4, jun 1994.

- Summers R.B.; *Conservative osteotomy technique with simultaneous implant insertion*. Dent. Implantol update, 7(7), 49 53, jul 1996.

- Coatoam G.W., Krieger J.T.; *A four year study examining the results of indirect sinus augmentation procedures*. J. Oal Implantol. 23(3), 187/27, 1997.

- Jensen O.T., Shulman L.B., Block M.S., Iacono V.J.; *Report of the Sinus Consensus Conference of 1996*. JOMI 1998, 13 Suppl: 11-45.

- Summers R.B.; *Sinus floor elevaton whit osteotomes*. J. Esthet. Dent., 10(3), 164-171, 1998.

- Hahn J.; *Clinical uses of osteotomes*. J. Oral Implantol. 25(1), 23-29, 1999.

- Cosci F., Luccioli M.; *A new sinus lift technique in conjunction with placement of 265 implants: a 6-year retrospective study*. Implant Dent. 2000; 9(4): 363-8.

- Le Gall M.G.; *Localized sinus elevaion and osteocompression with single-stage tapered dental implants: technical note*. Int J Oral Maxillofacial Implants 2004; 19(3): 431-437.

- Velich N., Nemet Z., Toth C., Szabo G.; *Long-Term results with different bone substitutes used for sinus floor elevation*. J Craniofac Surg. 2004 Jan; 15(1): 38-41

- Brügger U., Gerber C., Joss A., Haenni S., Meier A., Hashorva E., Lang N.P.; *Patterns of tissue remodeling after placement of ITI dental implants using an osteotome technique: a longitudinal radiographic case cohort study*. Clin Oral Implants Res. 2004 Apr;15(2):158-66.

- Woo I., Le B.T.; *Maxillary sinus floor elevation: review of anatomy and two techniques*. Implant Dent 2004; 13(1): 28-32.

- Emmerich D., Att W., Stoppert C.; *Sinus floor elevation usig osteotoms: a systematic review and meta-analysis*. J Periodontol 2005; 76(8): 1237-1251

- Li Te-Fu Frank; *Sinus floor elevation: a revised osteotomie technique and its biological concept*. Compend Contin Educ Den. 2005; 26(9):619-620.

- Kitamura A.; *Drill devices for sinus lift*. Implant Dent. 2005 Dec; 14(4): 340-1.

- Carusi G.; *The Minimal Invasive Sinus Elevation Technique*. Scientific Poster, 15° European Association for Osseointegration, 5-7 Oct 2006; Scientific Poster, 12° International FRIADENT Symposium, 24-25 March 2006

- Scarano A., Degidi M., Iezzi G., Pecora G., Piattelli M., Orsini G., Caputi S., Perrotti V., Mangano C., Piattelli A.; *Maxillary sinus augmentation with different biomaterials: a comparative histologic and histomorphometric study in man*. Implant Dent. 2006 Jun; 15(2): 197-207

- Esposito M., Grusonvin M.G., Coultherd P., Worthington H.V.; *The efficacy of various bone augmentation procedures for dental implants: a Cochrane systematic review of randomised controlled clinical trials*. Int J Oral Maxillofac Implants. 2006 Sep-Oct; 21(5): 696-710

- Draenert G.F., Eisenmenger W.; *A new technique for the transcrestal sinus floor elevation and alveolar ridge augmentation with press-fit bone cylinders: a technical note*. J Craniomaxillofac Surg. 2007 Jun-Jul;35(4-5):201-6. Epub 2007 Jun 20.

16

Modellazione virtuale tridimensionale con il software CAD gratuito Echo2














È già disponibile (per i clienti attivi Echo basta un semplice click nell'apposita icona degli aggiornamenti) la nuova release del software cad Echo2, totalmente rinnovato con una impostazione ancora più intuitiva e di immediato apprendimento, sviluppato in collaborazione con i migliori professionisti italiani ed internazionali del settore con l'obiettivo di trasportare in digitale le quotidiane procedure odontotecniche di laboratorio. Echo2 è un sistema CAD-CAM modulare, che si adatta alle esigenze di laboratorio e di comunicazione con l'odontoiatra e si integra con la tecnologia eventualmente già presente in laboratorio o in studio.

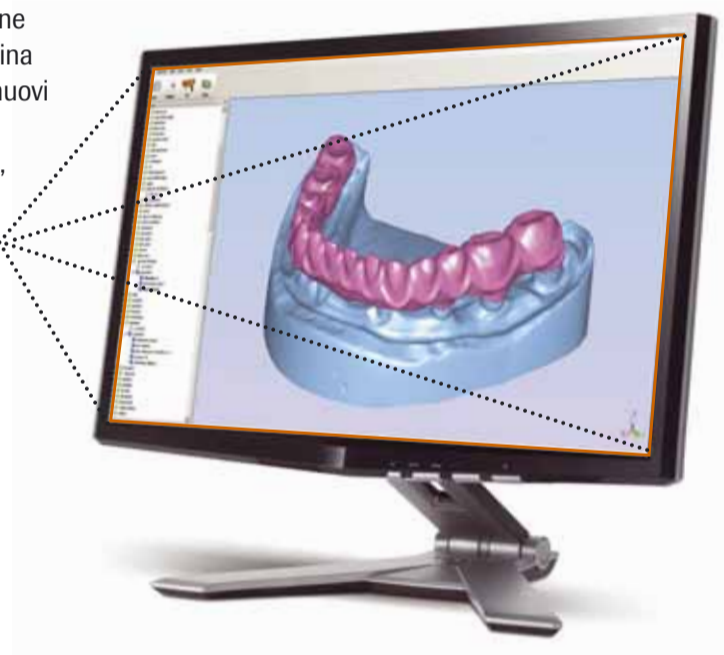
È possibile affidare a Echo2 l'intero processo, dalla scansione del modello alla produzione del manufatto protesico, oppure solo per uno o più passaggi, scegliendo di volta in volta la soluzione più adatta in base alla complessità del caso.

Il centro della sistematica è il software Echo2, una piattaforma all'avanguardia per la modellazione di strutture individualizzate per denti naturali e per impianti, sia cementate che avvitare, scaricabile gratuitamente da internet e compatibile con tutte le tipologie di scanner aperti.

Richiedi informazioni al tuo agente di zona per scaricare il software e ricevere ulteriori informazioni dagli specialisti di prodotto.

-  **Reduce**
Riduzione simmetrica della ceratura diagnostica in mm o secondo i tre assi cartesiani
-  **Import wax up**
Importazione della ceratura morfologica da scansione
-  **Morph**
Possibilità di plasmare manualmente l'oggetto progettato, lavorando su zone mirate
-  **Coping thickness**
Analisi degli spessori della cappetta per mezzo di una scala cromatica che evidenzia immediatamente le aree a rischio di rottura
-  **Custom connector**
Creazione personalizzata del connettore
-  **Autodetect margin**
Creazione automatica del margine
-  **Adjust curve above margin abutment**
Personalizzazione del chamfer
-  **Adjust abutment height**
Personalizzazione dell'altezza dell'abutment
-  **Show Blank**
Visualizzazione del volume massimo di lavorazione
-  **Show clearance hole**
Visualizzazione del foro vite per controllare la possibile fuoriuscita della testa della vite stessa
-  **Show Abutment Feasibility**
Possibilità di controllo dell'asse di inserzione e parallelismo tra gli abutment

Il Reparto Programmazione Echo2 di Sweden & Martina rilascia periodicamente nuovi aggiornamenti, anch'essi disponibili gratuitamente, implementando costantemente le funzioni di modellazione disponibili.



Protesi full arch a carico immediato: un nuovo approccio chirurgico e protesico

Dott. Nicola Petrillo



Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Parma nel 1990. Borsista presso la Divisione di Chirurgia Maxillo-Faciale dell'Ospedale Civile Borgo Trento di Verona fino al 1995. Diploma di Perfezionamento in Endodonzia presso l'Università degli studi di Verona nel 1994. Diploma di Perfezionamento in Implantologia Dentale presso l'Università degli Studi di Verona nel 2001. Dal 1994 si occupa di implantologia. Relatore in corsi post-universitari e congressi AIO. Da diversi anni si occupa di implantologia con particolare attenzione alle procedure post estrattive e di carico immediato. Autore dell'articolo "Carico immediato post-estrattivo su monoimpianti mascellari" edito da Dental Cadmos. Svolge attualmente libera professione negli studi di Lecce e Nardò (LE) occupandosi prevalentemente di chirurgia orale, parodontologia ed implantologia.

Introduzione

Per molto tempo le linee guida relative al carico protesico degli impianti hanno fatto riferimento ai dettami della scuola di Brånemark, che prevedevano un lungo periodo di guarigione degli impianti sommersi e non sottoposti a carico funzionale. Tale periodo era indicato in 3-4 mesi per la mandibola e in 4-6 mesi per il mascellare superiore^(1,2). Tuttavia questi principi non avevano alcun fondamento scientifico o biologico ma si basavano solo su considerazioni empiriche volte ad evitare il fallimento implantare generato da un carico precoce e/o eccessivo che poteva indirizzare la guarigione perimplantare verso la fibrointegrazione determinandone l'insuccesso, piuttosto che verso l'osteointegrazione desiderata. Le linee guida iniziali dell'osteointegrazione prevedevano dunque il prerequisite clinico di un impianto completamente sommerso e non sottoposto a carico durante il periodo di guarigione⁽³⁾.

Il carico immediato degli impianti suscita oggi molto interesse negli odontoiatri e nei pazienti perché permette di accelerare le fasi di protesi provvisoria e le procedure protesiche complessive.

Se valutiamo l'impatto che i periodi di guarigione hanno sul paziente, essi potrebbero rappresentare una situazione non sopportabile da un punto di vista estetico, funzionale e psicologico, specialmente se affetto da edentulia totale.

Il miglioramento dell'approccio protesico prechirurgico, delle tecniche chirurgiche stesse, delle superfici implantari e le migliori conoscenze biomeccaniche e del meccanismo biologico cellulare alla base dell'adesione del nuovo osso sulle superfici implantari, hanno portato i ricercatori ed i clinici a ridurre questi tempi di attesa fino ad annullarli, giungendo alla teorizzazione del carico immediato.

Numerosi sono ormai gli studi in cui sono state riportate alte percentuali di successo nelle riabilitazioni in edentulismi parziali o totali^(4,5,6,7). I primi studi relativi al carico immediato sono stati condotti su mandibole edentule collocando gli impianti nella zona intraforaminale dove la presenza di osso compatto forniva le migliori garanzie di stabilità primaria. Babbush e coll. nel 1986⁽⁸⁾ riportano una tecnica di carico immediato su 4 impianti inseriti nella sinfisi mandibolare con overdenture, solidarizzati subito con barra metallica e 2 settimane più tardi caricati con una protesi definitiva con clip. Da allora numerosi studi sono stati fatti su impianti caricati immediatamente in mandibola con protesi fissa o rimovibile con alte percentuali di successo paragonabili a quelle con carico convenzionale^(9,10,11,12,13,14,15).

Anche Lederman negli anni ottanta ha valutato il posizionamento di impianti prevalentemente in zona intraforaminale, caricandoli con overdenture e riportando alte percentuali di successo. L'autore individuò nella alta densità ossea del sito ricevente e nella stabilizzazione immediata degli impianti mediante protesi i criteri per il successo del carico immediato⁽¹⁶⁾.

Nel tempo si sono susseguiti numerosi studi che hanno subito un incremento nell'ultimo decennio e che, pur con diversi approcci, soprattutto protesici, hanno portato tutti alla conclusione di una affidabilità e predicibilità a lungo termine di questa metodica^(13,14,17,18,19,20,21,22,23,24,25).

Ricordiamo inoltre che mentre la predicibilità a lungo termine di impianti in mandibole edentule è alta e supportata da numerosi studi, per ciò che riguarda il mascellare superiore completamente edentulo ed i carichi immediati con protesi parziali non vi è ancora un'ampia letteratura. Diverse sono infine le interpretazioni date sul significato di carico immediato, taluni riferendolo solo al carico effettuato nelle 24 ore dal posizionamento degli impianti; tuttavia possiamo comunque considerare immediato il caricamento di un impianto effettuato nelle 48-72 ore.

Valutazione prechirurgica

Il trattamento con carico immediato in mascellari completamente edentuli mediante protesi fissa parte da una attenta scelta e valutazione del paziente che deve essere fortemente motivato ed educato a questo approccio terapeutico.

Dopo aver valutato la quantità e qualità dell'osso importanti per garantire la stabilità primaria degli impianti, si considera la posizione dei denti protesici, il profilo di emergenza, l'occlusione, la fonetica, il supporto labiale e facciale ed i parametri estetici appropriati che portano al consenso del paziente.

In letteratura vari sono i protocolli per la riabilitazione fissa del mascellare e mandibola edentula.

Possiamo riassumere questi protocolli in 3 punti:

- Riabilitazione fissa solidarizzata supportata da 4-6 impianti anteriori (posti tra i forami mentonieri o i seni mascellari) ed estensioni laterali bilaterali^(26,27).
- Riabilitazione fissa solidarizzata supportata da 6-8 impianti antero-posteriori distribuiti lungo l'arcata senza estensioni bilaterali^(28,29,30).
- Riabilitazione totale fissa segmentata supportata da 6-8 impianti antero-posteriori⁽³¹⁾.

Nella progettazione del carico immediato più che mai la fase chirurgica è protesicamente guidata. La progettazione della protesi provvisoria darà luogo ad una mascherina chirurgica permettendo di collocare al meglio gli impianti e di distribuirli secondo numero ed angolazione lungo l'arcata; permetterà inoltre di valutare al meglio lo spazio interarcata scegliendo il tipo di attacco più idoneo.

18

Oltre al momento della pianificazione protesica, va presa in considerazione anche la valutazione clinica del paziente, con particolare riferimento alle caratteristiche dell'osso che dovrà accogliere gli impianti. Criterio imprescindibile di queste terapie è sicuramente il raggiungimento di una stabilità primaria per poter ottenere gli stessi risultati rispetto ad un carico differito e per avere una analoga risposta in termini di crescita ossea perimplantare⁽³³⁾. Altresì va posta attenzione sulla scelta della superficie implantare per aumentare ed accelerare la crescita ossea perimplantare a vantaggio di una migliore stabilità secondaria. È ormai fuori di dubbio che le superfici microruvide offrono una migliore qualità di osso perimplantare ed una maggiore rapidità di osteointegrazione rispetto alle superfici lisce e queste caratteristiche sono particolarmente utili ed evidenti nei settori posteriori della mascella a minore densità ossea^(34,35,36).

I criteri biologici ed operativi per il successo sono pertanto:

- **Qualità ossea:** sicuramente un osso trabecolare compatto offre un maggiore adattamento della superficie di contatto osso-impianto che si traduce in una maggiore stabilità primaria, è infatti documentato che le maggiori possibilità di fallimento si hanno in osso di tipo IV rispetto a quelle di tipo I, II, III^(37,38,39).
- **Quantità ossea:** il volume osseo detta ovviamente lunghezza e diametro implantare. La possibilità di inserire un adeguato impianto sia in lunghezza che larghezza offre sicuramente una maggiore superficie di contatto osso-impianto nella fase iniziale dell'osteointegrazione. È stata documentata una correlazione positiva tra lunghezza e/o diametro dell'impianto e valori di torque di rimozione^(40,41,42).
- **Macrostruttura dell'impianto:** gli impianti filettati offrono sicuramente una maggiore ritenzione meccanica dopo l'inserimento e pertanto vanno preferiti a quelli non filettati.
- **Microstruttura implantare:** le superfici microruvide accelerano e migliorano la stabilità del coagulo perimplantare nelle primissime fasi; studi in letteratura dimostrano un chiaro aumento del BIC (Bone Implant Contact) in tali impianti rispetto a quelli machined⁽⁴³⁾. Inoltre tra i microruvidi il BIC è maggiore intorno agli impianti sottoposti a carico immediato rispetto a quelli a carico differito⁽⁴⁴⁾.
- **Bicorticalizzazione:** impattare sia la corticale superiore che quella inferiore sembra garantire maggiori condizioni di stabilità aumentando il torque di rimozione⁽⁴⁰⁾. Inoltre Chiapasco e coll. non trovarono alcuna correlazione tra lunghezza dell'impianto e percentuali di successo se si era ottenuta una bicorticalizzazione⁽¹⁴⁾.



Protocollo di scelta

Il presente lavoro vuole illustrare i risultati clinici del carico immediato, ottenuto entro le 24 h, in mandibole e mascelle completamente edentule con un nuovo approccio chirurgico-protesico volto ad ottenere in tempi brevissimi la funzionalizzazione protesica del paziente completamente edentulo.

Sono stati sottoposti a questo protocollo 6 pazienti, quattro donne e due maschi, di età compresa tra i 58 ed i 63 anni, che necessitavano di una riabilitazione completa mascellare e/o mandibolare. Precisamente un maschio e due donne avevano bisogno di una riabilitazione combinata mandibolare e mascellare; due donne solo mascellare e un uomo solo mascellare. In totale sono state riabilite 9 arcate.

Nessuno dei pazienti si è presentato completamente edentulo ma ognuno portava gli esiti di vecchie protesi fisse o combinate non più congrue dal punto di vista funzionale, avendo perso i supporti radicolari per carie destruenti oppure essendo affetti da parodontopatia per cui dovevano ricorrere necessariamente ad una terapia implantare full arch (foto 1). In alcuni casi sono stati posizionati impianti anche in siti post estrattivi adeguatamente decontaminati.

I pazienti tutti in ottime condizioni di salute non presentavano patologie sistemiche di rilievo o tali da controindicare in senso generale una terapia implantare. Nessuno dei pazienti era fumatore.

Procedura pre-chirurgica

Partendo dallo studio dei modelli di studio e delle cerature diagnostiche per valutare estetica, fonetica e rapporti intermascellari si sono realizzate delle dime chirurgiche per analizzare gli spazi intraorali, la distribuzione degli impianti lungo l'arcata, il loro corretto allineamento e la scelta dei diametri durante il posizionamento degli impianti. Tale scelta è stata sempre supportata dalla valutazione del Dentscan di ogni singolo paziente.

Procedura chirurgica

I pazienti sono stati sottoposti a intervento implantare dopo adeguata preparazione con copertura antibiotica (amoxicillina +acido clavulanico 1gr. x 2 die) iniziata 24 ore prima dell'intervento visto che in alcuni casi erano presenti residui radicolari che si è preferito mantenere in situ per non creare disagi ai pazienti con troppi atti chirurgici ed altresì sfruttare al meglio le proprietà rigenerative degli alveoli post estrattivi ai fini di una migliore osteointegrazione.

La presenza di radici cariate o parodontalmente compromesse ha consigliato l'uso del laser al neodimio per decontaminare i siti post estrattivi. Gli interventi sono stati eseguiti in regime ambulatoriale in anestesia locoregionale (articaina 1:100.000) e solo in un paziente si è ricorsi ad una blanda sedazione intraoperatoria per via endovenosa.

Gli impianti sono stati posizionati tenendo conto delle indicazioni di carico fornite dallo studio protesico prechirurgico e sfruttando ove possibile i siti post estrattivi e sono stati inseriti con un torque non inferiore a 55 N.

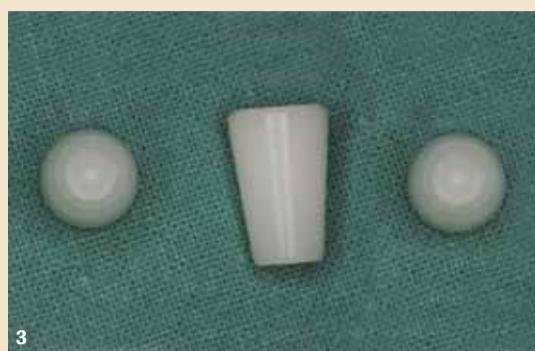
Dopo aver applicato suture a punti staccati, i pazienti sono stati congedati con terapia antibiotica, analgesica e l'uso di collutorio con clorexidina allo 0,20%.

Procedura protesica post chirurgica

L'utilizzo di impianti dotati di un dispositivo di montaggio che funge al tempo stesso da moncone provvisorio, ha permesso di prendere delle impronte intraoperatorie per la realizzazione di un manufatto provvisorio (foto 2). Sono state utilizzate delle particolari cappette compatibili con i mounter per prendere durante la fase chirurgica le impronte di posizione degli impianti.



In laboratorio, colate le impronte, si provvede ad ottenere il parallelismo dei monconi provvisori, ricorrendo all'utilizzo di particolari monconi parallelizzatori (MP) (foto 3) che vengono fresati al parallelometro tra i 0 e 2 gradi (foto 4).



Questi MP vanno ad incastrarsi da un lato sul mounter-abutment dell'impianto tramite un sistema ritentivo e dall'altro si accoppiano per frizionamento conometrico in alloggiamenti cavi corrispondenti posti all'interno della protesi (foto 5).



Questa nuova procedura per la realizzazione di un provvisorio a carico immediato prevede l'utilizzo dei MP che danno non solo la possibilità di correggere in breve tempo i disparallelismi che l'anatomia dei mascellari induce sul posizionamento degli impianti; ma rappresentano, secondo l'autore, per la loro natura elastica, un elemento ammortizzatore che contribuisce a ridurre gli stress all'interfaccia osso impianto, aspetto questo che è particolarmente utile nel mascellare superiore.

I pazienti sono stati chiamati in studio il mattino successivo per il posizionamento della protesi provvisoria in resina.

A distanza di una settimana sono stati rimossi i punti di sutura (foto 6). Particolare attenzione va posta sul dato che tale protesi provvisoria monta sugli impianti mediante un sistema di ritenzione totalmente frizionante eliminando il ricorso all'utilizzo di cementi e quindi evitando possibili infiltrazioni sottogengivali dello stesso. Tale sistematica permette di realizzare in brevissimo tempo un provvisorio perché non si deve ricorrere all'uso di strutture metalliche per bloccare e solidarizzare immediatamente gli impianti posizionati, evitando in tal modo anche tutti gli errori insiti nella realizzazione di fusioni metalliche ed i ritardi nella consegna dei provvisori ad esse correlate. La rigidità della protesi, che serve per intercettare i micromovimenti occlusali che possono scaricarsi sugli impianti, è affidata ad una barra metallica del commercio inglobata nelle protesi provvisoria (foto 7) o all'utilizzo di fibre di vetro a rinforzo della struttura in resina dei provvisori.



Per quanto riguarda l'occlusione della protesi provvisoria, il carico occlusale è stato limitato alla zona anteriore dando dei contatti di centrica solo nella zona compresa tra i primi premolari; questo perché le forze masticatorie sono maggiori nei settori posteriori dove la qualità dell'osso è sempre peggiore rispetto alle sedi anteriori e quindi meno indicata per un carico immediato.

Al momento della consegna del provvisorio è stata rinnovata ai pazienti la raccomandazione di osservare nei primi 40-50 giorni una dieta particolarmente morbida per non aggravare il carico masticatorio degli impianti appena posizionati.

A distanza di 3 mesi dal posizionamento mandibolare e dopo 4 mesi circa da quello mascellare, si sono avviate le procedure per realizzare il manufatto protesico definitivo.

20

Procedura protesica definitiva

Trascorsi i tempi suddetti si sono prese nuove impronte in poliestere, i modelli sono stati montati in articolatore e messi in relazione previo rilevamento dei rapporti occlusali mediante arco facciale.

Sono stati realizzati monconi fusi personalizzati sui quali sono state disegnate delle apposite cappette aureo galvaniche, queste sono state provate in bocca e successivamente incollate sempre in bocca al paziente, su una struttura terziaria che è stata successivamente inglobata nel manufatto protesico finale (foto 8).



Il ricorso a cappette galvaniche è stato utilizzato per ridurre eventuali distorsioni e trazioni che potessero ripercuotersi sugli impianti invalidando nel tempo l'osteointegrazione. Si è scelto di eseguire le prove di fit e l'incollaggio in bocca per ottenere la migliore passivazione della protesi (foto 9). Alla fine l'intero lavoro protesico è stato collocato sui monconi precedentemente avvitati sugli impianti e bloccato da 2 microviti trasversali per assicurare ulteriormente la stabilità della protesi (foto 10 e 11).

Discussione

Mentre le percentuali di successo implantare con carico immediato in mandibola sono ampiamente documentate in letteratura, non sono ancora presenti molti lavori che valutano i risultati del carico immediato nel mascellare. Sono state trattate 9 arcate edentule 6 mascellari e 3 mandibole per un totale di 55 impianti posizionati non solo nei settori anteriori con una qualità ossea di tipo I e II ma anche in zona molare dove la qualità è prevalentemente di tipo III con maggiori rischi per l'osteointegrazione.

Questo ci permette di fare una prima considerazione sugli impianti utilizzati. Come evidenziato da revisioni della letteratura⁽⁴⁵⁾ è proprio nei settori in cui la qualità ossea diventa di tipo III o IV che risulta determinante la microsuperficie dell'impianto; infatti non si riscontrano differenze significative tra percentuali di successo di impianti lisci e rugosi quando sono posti in settori anteriori sia mandibolari che mascellari perché a maggiore densità ossea.

L'impianto Global da noi utilizzato unisce all'aggressività delle spire adatte a creare stabilità meccanica, anche una superficie nanostrutturata che con la sua microporosità non solo contribuisce ad amplificare la superficie di contatto osso-impianto, ma anche induce una precoce stabilizzazione del coagulo intorno all'impianto accelerando i processi di osteogenesi e riducendo i micro movimenti perimplantari.

La particolare predisposizione di questo impianto al carico immediato che gli permette di meglio sopportare i micromovimenti iniziali, è dovuta anche al sistema di spire circolari collocate nella zona più coronale dell'impianto che lo rendono affine per osso di bassa densità.

A questo va aggiunto che, quando è stato possibile posizionare gli impianti in siti post estrattivi, ciò è stato effettuato per garantire una guarigione perimplantare più rapida perché sfrutta il potenziale rigenerativo del sito post estrattivo con una migliore e più rapida deposizione di osso intorno agli impianti. Infatti è documentato variamente in letteratura un significativo aumento dell'ISR (percentuale di successo impiantare) nei siti post estrattivi rispetto a quelli realizzati con osteotomia.⁽⁴⁵⁾

La scelta della lunghezza dell'impianto è a nostro avviso un altro fattore determinante per il successo. In letteratura è riportato di non utilizzare impianti inferiori a 10 mm e di sfruttare sempre al massimo l'altezza dell'osso disponibile. In questo lavoro sono stati utilizzati prevalentemente lunghezze di 15 mm e 13 mm.

Altra finalità di questo lavoro oltre che documentare la possibilità di caricare immediatamente con successo nel mascellare, era quella di mettere a punto un protocollo protesico tale da garantire una immediata funzionalizzazione degli impianti con protesi provvisorie che, pur non essendo avvitate agli impianti, potessero comunque assicurare quella rigidità necessaria nelle prime fasi dell'osteointegrazione ed al tempo stesso ridurre il disagio dei pazienti che non sempre accettano di rimanere senza protesi per alcune settimane o di ricorrere a protesi totali. I pazienti in definitiva hanno sempre goduto di protesi fisse fin dalle 24 ore successive al posizionamento degli impianti, riducendo disagi masticatori e migliorando soprattutto la vita di relazione.

Questo lavoro ha dimostrato che:

- si è ottenuto un carico immediato ed una protesi in appena 24 ore dal posizionamento degli impianti;
- non è necessaria una così rigida stabilizzazione degli impianti nelle prime fasi della osteointegrazione mediante barra come enunciato nella letteratura, e questo vale sicuramente per la mandibola dove abbiamo una maggiore densità ossea capace di dare stabilità primaria agli impianti, ma anche nel mascellare dove le incertezze sono alimentate dalla minore densità ossea.



Risultati

Durante il periodo di osteointegrazione si è avuto il fallimento di un impianto collocato in osso mascellare. L'insuccesso si è verificato durante il secondo mese di integrazione. Questa situazione non ha tuttavia compromesso il proseguimento della terapia ed il lavoro protesico nel suo complesso, per cui l'impianto è stato rimosso e sostituito con uno di pari lunghezza e diametro superiore. La percentuale di sopravvivenza implantare è del 98,1% e, nonostante il ridotto numero di impianti campione e di pazienti reclutati, è tuttavia in linea con le percentuali di successo riportate in letteratura.

	Arcate trattate	Impianti inseriti	Fallimenti	%ale di successo	%ale successo totale
Mascellare	6	38	1	97,3	98,1
Mandibola	3	17	0	100	

Conclusioni

Con questo lavoro si è voluto illustrare un nuovo approccio protesico per ottenere il carico immediato full arch degli impianti in condizioni di edentulia totale combinata o riferita ad una sola arcata. L'obiettivo di realizzare una protesi provvisoria nell'arco della giornata è stato raggiunto, contemporaneamente si è garantito all'insieme degli impianti una immobilità che ha preservato gli stessi dai micromovimenti così importanti nelle prime fasi dell'integrazione ossea. Ne consegue che probabilmente non è indispensabile rendere la struttura protesica provvisoria solidale agli impianti mediante viti passanti (protesi avvitata) o mediante barra, ma la metodica utilizzata che sfrutta una protesi rimovibile legata al moncone implantare mediante un sistema frizionante sembra essere una valida alternativa che offre ugualmente stabilità agli impianti nel periodo di guarigione.

Da ultimo, ma non meno importante, si è garantito al paziente una continuità della funzione masticatoria, fonetica e di relazione sociale prendendoci cura quindi anche dell'aspetto psicologico che la mancanza di un provvisorio per un lungo periodo di tempo può generare nell'individuo.

Bibliografia

1. Albrektsson T., Brånemark P.-I., Hansson H.A., Lindstrom J.; *Osteointegrated titanium implants. Requirements for ensuring a long-lasting direct bone-to-implant anchorage in man.* Acta Orthop Scand 1981;52:155-170.
2. Brånemark P.-I.; *Osseointegration and its experimental background.* J Prosthet Dent 1983;50:399-410.
3. Adell R., Lekholm U., Rockler B., Brånemark P.-I.; *A 15-year study of osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw.* Int J Oral Surg 1981;6:347-416.
4. Adell R., Eriksson B., Lekholm U., Brånemark P.-I., Jemt T.; *A long-term follow-up study of osseointegrated implants in the treatment of totally edentulous jaws.* Int J Oral Maxillofacial Implants 1990;5:347-359.
5. Neart I., Quirynen M., van Steenberghe D.; *A six-years prosthodontic study of 509 consecutively inserted implants for the treatment of partial edentulism.* J Prosthet Dent 1992;67:236-245.
6. Andersson B., Odman P., Lindvall A.M.; *Single tooth restorations supported by osseointegrated implants: results and experiences from a prospective study after 2 to 3 years.* Int J Oral Maxillofacial Implants 1995;10:702-711.
7. Jemt T., Chai J., Harnett J., Heath M.R., Hutton J.E., Johns R.B., et al.; *A 5-years prospective multicenter follow-up report of overdentures supported by osseointegrated implants.* Int J Oral Maxillofacial Implants 1996;11:291-298.
8. Babbusch C.A., Kent J.N., Misiek D.J.; *Titanium plasma sprayed (TPS) screw implants for the reconstruction of the edentulous mandible.* J Oral Maxillofac Surg 1986;44:274-282.
9. Buser Da, Schroeder A., Sutter F., Lang N.P.; *The new concept of ITI hollow-cylinder and hollow screw implants. Part 2. Clinical aspects, indications, and early clinical results.* Int J Oral Maxillofacial Implants 1998;3:173-181.
10. Schnitman P.A., Whorle P.S., Rubenstein J.E.; *Immediate fixed interim prostheses supported by two-stage threaded implants: methodology and results.* J Oral Implantol 1990;16:96-105.
11. Salama H., Rose L.F., Salama M., Betts N.J.; *Immediate loading of bilaterally splinted titanium root-form implants in fixed prosthodontics. A Technique reexamined: two case reports.* Int J Periodontics Restorative Dent 1995;15:345-361.
12. Schnitman P.A., Whorle P.S., Rubenstein J.E., Dasilva J.D., Wang N.H.; *Ten-years results for Brånemark implants immediately loaded with fixed prostheses at implant placement.* Int J Oral Maxillofac Surg 1997;12:495-503.
13. Tarnow D.P., Emtias S., Classi A.; *Immediate loading of threaded implants at stage 1 surgery in edentulous arches: ten consecutive case reports with 1 to 5-years data.* Int J Oral Maxillofac Impants 1997;12:319-324.
14. Chiapasco M., Gatti C., Rossi E., Haefliger W., Markwalder T.H.; *Implant retained mandibular overdentures with immediate loading. A retrospective multicenter study on 226 consecutive cases.* Clin Oral Implants Res 1997;8:48-57.
15. Rungcharassaeng K., Lozada J.L., Kan J.Y.K., Campagni W.V., Munoz C.A.; *Marginal bone change around immediately loaded threaded HA-coated implants: one-year results.* Presented at the 14th Annual Meeting of the Academy of Osseointegration, Palm Springs, CA, 4-6 March 1999.
16. Ledermann P.D.; *Das TPS-Schraube implant nach siebenjähriger anwendung.* Quintessenz 1984;30:1-11.
17. Szmukler S., Piattelli A., Favero G.A., Dubruille J.H.; *Consideration preliminary to the application of early and immediate loading protocols in dental implantology.* Clin. Oral Implants res. 200;11:12-25.
18. Ericsson I., Randow K., Nilner K., Petersson A.; *Some clinical and radiographic features of submerged and non-submerged titanium implants. A 5-years follow-up study.* Clin. Oral Implants Res 1997;8:422-426.
19. Becker W., Becker B.E., Israelson H., et al.; *One-step surgical placement of Brånemark implants: a prospective multicenter clinical study.* Int J Oral Maxillofacial Implants 1997;12:454-462.
20. Collaert B., De Bruyn H.; *Comparison of Brånemark fixture integration and short-term survival using one-stage or two-stage surgery in completely and partially edentulous mandibles.* Clin Oral Implants res 1998;9:131-135.
21. Schulte W., Heimke G.; *The Tubingen immediate implant.* Die Quintessenz 1976;27:17-23.
22. Ericsson I., Nilson H., Lindh T., Nilner K., Randow K.; *Immediate functional loading of Brånemark single tooth implants.* Clin Oral Implants Res 2000;11:26-33.
23. Malo P., Rangert B., Dvarsater L.; *Immediate function of Brånemark implants in the esthetic zone: a retrospective clinical study with 6 months to 4 years of follow-up.* Clin Oral Implant Dent Rest 2000;2:138-146.
24. Gatti C., Haeflinger W., Chiapasco M.; *Implant-retained mandibular overdentures with immediate loading: a prospective study of ITI implants.* Int J Oral Maxillofacial Implants 2000;15:383-388.
25. Leavine R.A., Rose L., Salama H.; *Immediate loading of root form implants: two cases reports 3 years after loading.* Int J Periodontics Restorative Dent. 1998;18:333-343.
26. Jemt T.; *Fixed implant-supported prostheses in edentulous maxilla. A 5-years follow-up report.* Clin Oral Implants res 1994;5:142-147.
27. Brånemark P.I., Svensson B., Van Steenberghe D.; *Ten-years survival rates of fixed prostheses on four or six implants an modum Brånemark in full edentulism.* Clin Oral Implants Res 1995;6:227-231.
28. Mericske-Stern R.D., Taylor T.D., Beleser U.; *Management of the edentulous patients.* Clin Oral Implants Res 200;11:108-125.
29. Taylor T.D.; *Fixed implant rehabilitation for the edentulous maxilla.* Int J Oral Maxillofacial Implants 1991;6:329-337.
30. Zitzmann N.U., Marinello C.P.; *Treatment outcomes of fixed or removable implant-supported prostheses in the edentulous maxilla. Part II: Clinical findings.* J Prosthet Dent 2000;83:434-442.
31. Belsedr U.C., Bernard J.P., Buser D.; *Implant placement in the esthetic zone.* In: Lindhe J., Karring T., Lang N.P.(eds). Clinical Periodontology and Implant Dentistry, ed 4. Copenhagen: Blackwell Mungsgaard, 2003.
32. Gallucci O.G., Bernard J.P., Belser U.C.; *Trattamento di pazienti totalmente edentuli con restauri fissi implanto-supportati: tre casi consecutivi di carico immediato simultaneo sia nella mascella che nella mandibola.* Int J Periodontics Rest Dent 2005;25:27-37.
33. Rungcharassaeng K., Lozada J.L., Kan L.Y.K., Campagni W.V., Munoz C.A.; *Marginal bone change around immediately loaded threaded HA-coated implants: one-year results.* Presented at the 14th Annual Meeting of the Academy of Osseointegration, Palm Springs, CA, 4-6 March 1999.
34. Buser D., Nydegger T., Hirt H.P., Cochran D.L., Nolte L.P.; *Removal torque values of titanium implants in the maxilla of miniature pig.* Int J Oral Maxillofacial Implants 1998;13:611-619.
35. Wennerberg A., Ektessabi A., Albrektsson T., Johansson C., Andersson B.; *A 1 year follow-up of implants of differing surfaces roughness placed in rabbit bone.* Int J Oral Maxillofacial Implants 1997;12:486-494.
36. Wong M., Eulenberger J., Schenk R., Hunziker E. *Effects of surface topology on the osseointegration of implant materials in trabecular bone.* J Biomed Mater Res 1995;29:1567-1575.
37. Jaffin R.A., Berman C.L.; *The excessive loss of Brånemark fixtures in type IV bone: A five year analysis.* J Periodontol 1991;62:2-4.
38. Engquist B., Bergendal T., Kallus T., Linden U.; *A retrospective multicenter evaluation of osseointegrated implants supporting overdentures.* Int J Oral Maxillofacial Implants 1998;3:129-134.
39. Goodacre C.J., Kan J.Y.K., Rungcharassaeng K.; *Clinical complication of osseointegrated implants.* J Prosthet Dent 1999;81:537-552.
40. Ivanoff C.J., Sennerby L., Johansson C., Rangert B., Lekholm U.; *Influence of implant diameters on the integration of screw implants. An experimental study in rabbits.* Int J Oral Maxillofacial Surg 1997;26:141-148.
41. Ochi S., Morris H.F., Winkler S.; *The influence of implant type, material, coating, diameter, and length on Periost values at second-stage surgery: DICRG interim report no 4.* Dental Clinical Research Group. Implant Dent 1994;3:159-162.
42. Block M.S., Delgado A., Fontenot M.G.; *The effect of diameter and length of hydroxylapatite-coated dental implants an ultimate pullout force in dog alveolar bone.* J Oral Maxillofacial Surg 1990;48:174-178.
43. Lazzara R.J., Testori T., Trisi P., Porter S.S., Weinstein R.L.; *A Human Histologic Analysis of Osseotite and machined surfaces using implants with 2 opposing surfaces.* Int J Periodontics Restorative Dent 1999;19:3-16
44. Testori T., Szmukler-Moncler S., Francetti L., Del Fabbro M., Trisi P., Weinstein R.L.; *Healing of Osseotite Implants Under Submerged and Immediate Loading Conditions in a single Patient: A case report and interface analysis after 2 months.* Int J Periodontics Restorative Dent 2002;22:345-353.
45. Del Fabbro M., Testori T., Francetti L., Taschieri S., Weinstein R.; *Revisione sistematica del tasso di sopravvivenza per impianti caricati immediatamente.* Int. J Periodontics Restorative Dent. 2006;26:249-263.

22

Nuovo impianto

GLOBAL

Dopo 8 anni di successo clinico in tutte le condizioni chirurgiche, l'impianto root form Global è stato oggetto di un restyling che da un lato ne ha aumentato le performance chirurgiche e dall'altro ha aggiornato le soluzioni protesiche disponibili. La connessione dell'impianto Global, unica per tutti i diametri della gamma, lo rende infatti perfetto per un approccio orientato all'eccellenza protesica in quanto la testa delle viti di serraggio della protesi alloggia completamente all'interno del pozzetto implantare, prevenendo così eventuali svitamenti e consentendo molteplici possibilità di angolazione dei monconi personalizzabili.

Mounter multifunzione:

oltre a svolgere la funzione di carrier per il posizionamento dell'impianto in bocca, il mounter ha una conformazione tale da permettere la calzata di un'apposita cappetta per la presa d'impronta e per la realizzazione di un provvisorio.



Taglio a 60°

Taglio a 30°

La testa della vite da 1.8 mm di diametro scende in profondità nel pozzetto, garantendo un ancoraggio stabile della protesi e consentendo al protesista **innumerevoli possibilità di taglio** per adattare i pilastri alle diverse esigenze cliniche.

Il posizionamento così profondo della vite **previene gli svitamenti** in quanto la testa è centrata con il baricentro delle forze.

La protesi con vite passante sfrutta interamente i 3,5 mm di lunghezza della connessione, lavorando a **livelli multipli** per una ottimale dissipazione delle forze masticatorie assiali e non assiali.



Morfologia root form:

il corpo degli impianti prevede un primo tratto cilindrico utile a stabilizzare l'impianto nella zona più corticale, ed un apice progressivamente conico che si adatta perfettamente alla morfologia delle creste ossee.

Questa caratteristica lo rende idoneo a molteplici situazioni cliniche:

- Procedure operatorie standard, dove si preveda la doppia o la singola fase chirurgica
- Carico immediato
- Situazioni post-estrattive
- Tecniche di mini rialzo e rialzo del seno mascellare



Novità di Mercato



Doppia connessione ottagonale:

i due pozzetti ottagonali sovrapposti svolgono separatamente le funzioni di avvitamento in fase chirurgica e di riposizionamento protesico, evitando che le forze torsionali applicate al momento dell'inserimento della fixture pregiudichino la precisione dell'accoppiamento implanto-protesico.

Ottagono di riposizionamento protesico: situato in posizione coronale, quindi caratterizzato da una maggiore visibilità, rende più semplice e preciso il riposizionamento della protesi, che sfruttando gli angoli interni a 135° propri della geometria ottagonale, risulta molto versatile.

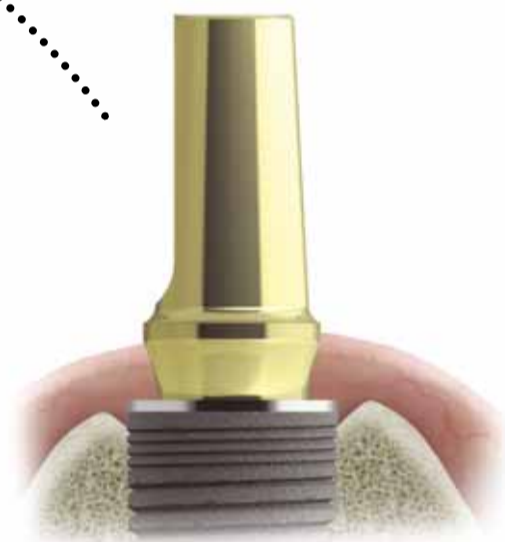
Ottagono di lavoro: l'ottagono più profondo è dedicato alle manovre di inserimento dell'impianto. Il posizionamento più in profondità dell'ottagono di lavoro permette una compensazione della leva, normalmente applicata attraverso il mounter e/o i driver, sulla matrice ossea al fine di ridurre gli stress meccanici.

Cilindro guida: posizionato al di sotto dei due ottagoni, questo collarino terminale facilita il centraggio delle componenti protesiche e ne guida l'inserzione, consentendo al tempo stesso una maggiore stabilità delle strutture protesiche, che sfruttano una connessione lunga complessivamente 3,5 mm.



Switching Platform:

le dimensioni della connessione a doppio ottagono sono comuni a tutti i diametri previsti dalla gamma, rendendo possibile l'applicazione di protocolli Switching Platform con diversi mismatching.



Supporto scientifico:

l'uso della sistematica Global è avvalorato da numerose pubblicazioni che ne documentano l'estrema versatilità con 8 anni di successo clinico.

24

ALL-BOND UNIVERSAL Il primo adesivo veramente universale



Nuovissimo nato di casa Bisco, All-Bond Universal raccoglie i frutti di oltre 30 anni di ricerca dell'azienda americana capitanata dal dott. Byoung Suh offrendo una risposta veramente universale ai protocolli adesivi per il settore dentale.

All-Bond Universal presenta una formulazione monocomponente perfetta sia per utilizzo in procedure adesive a mordenzatura totale sia per utilizzo in modalità self-etching o in mordenzatura selettiva; in tutte le suddette procedure i valori di adesione risultano equivalenti. All-Bond Universal è indicato per tutti i restauri diretti ed indiretti (spessore <math><10\mu</math>) con significativi valori di adesione a tutti i substrati fungendo anche da vernice protettiva. All-Bond Universal contiene il monomero MDP che aumenta significativamente la durata del sigillo e l'adesione ai restauri indiretti (zirconia, alumina e metalli) anche senza l'utilizzo di un primer specifico, creando allo stesso tempo un doppio legame chimico-meccanico dopo la polimerizzazione. Analogamente agli altri sistemi adesivi Bisco, anche questo presenta una formulazione leggermente acida ($\text{pH}>3$) che garantisce una completa compatibilità con compositi e cementi autopolimerizzabili e duali (in modalità auto), senza necessitare di un ulteriore attivatore. Terminata la polimerizzazione All-Bond Universal diventa altamente idrofobico per un sigillo resistente nel tempo e non richiede uno strato aggiuntivo di resina.

La speciale miscela azeotropica* di acqua ed etanolo, brevettata, favorisce una drastica riduzione di acqua dopo l'evaporazione del solvente diminuendo l'attività delle metalloproteinasi (MMP) anche senza l'utilizzo di una soluzione igienizzante per cavità.

All-Bond Universal si conserva a temperatura ambiente con la massima stabilità nel tempo.

* Azeotropia = Qualifica di una miscela di due o tre sostanze liquide, avente una temperatura d'ebollizione fissa (punto a.) e che perciò si distilla con rapporto costante dei componenti



CORE-FLO DC Ricostruzione sicura a partire dalle fondamenta del restauro

CORE-FLO DC è un nuovo materiale per la ricostruzione del moncone, la sostituzione della dentina e la cementazione del perno endodontico creato dai laboratori di ricerca Bisco. L'elevata resistenza e il ridotto assorbimento di acqua assicurano solide fondamenta per restauri diretti e corone.

La speciale formulazione non cola e mantiene la forma, permettendo un posizionamento predicibile e una tecnica semplificata di cementazione del perno grazie alla elevatissima scorrevolezza e all'assenza di porosità.



Per il suo ridotto stress da polimerizzazione CORE-FLO DC può essere utilizzato come sostituzione diretta della dentina. CORE-FLO DC è radiopaco e disponibile in due colorazioni estetiche, Naturale e Bianco Opaco, e in Blu.

Novità di Mercato



LASER FOX

A distanza di 1 anno dal lancio sul mercato italiano, FOX viene ora riproposto con alcune novità che arricchiscono ulteriormente la già consolidata qualità di questo laser a diodi prodotto da A.R.C. Laser.

Il manipolo per sbiancamento in questa nuova versione ha una lente di uscita di dimensioni maggiori (6x16 mm) che consente il trattamento contemporaneo di più elementi.

Il caricabatterie è stato migliorato al fine di consentire una maggior durata delle batterie durante l'utilizzo.

Il software permette di associare ai programmi personalizzati anche i nomi dei diversi operatori, per consentire un utilizzo più rapido e funzionale anche negli studi con più medici.

Il design del display è stato rinnovato, è privo della manopola centrale di navigazione, sostituita da un intuitivo sistema touchscreen che consente di controllare le applicazioni del laser direttamente dal display.

Nuova funzione levacorone per lo straordinario apparecchio MAGNETIC MALLET



Ideato e brevettato per sostituire la tecnica manuale con gli osteotomi nel rialzo del seno mascellare e nell'espansione di cresta ossea, Magnetic Mallet si è arricchito di un esclusivo manipolo per l'estrazione di corone.

Il nuovo strumento provoca la deformazione e lo sgretolamento del cemento con la conseguente perdita di stabilità della corona o del ponte per un immediato distacco. Esso infatti genera un impulso meccanico con tempi e forza predeterminati ma regolabile nel livello (da 1 a 4). L'onda d'urto viene trasmessa direttamente alle strutture protesiche nel senso dell'estrazione, con una forza tripla rispetto a quella applicata manualmente, in un tempo sostanzialmente inferiore (l'azione si esercita in milionesimi di secondo, mentre con i sistemi manuali i tempi di applicazione della forza sono nell'ordine dei millesimi di secondo): l'utilizzo di questo sistema rispetto a martelli manuali risulta quindi notevolmente meno traumatico, indipendentemente dall'abilità dell'operatore.

Magnetic Mallet levacorone può essere usato sia per la rimozione di ponti che di corone, ed è **efficacissimo nella rimozione di corone su impianti**; richiede naturalmente una valutazione ex ante da parte dell'operatore, per determinare la fattibilità e la convenienza dell'operazione, valutando la possibile fragilità del moncone sottostante la protesi.

Il manipolo levacorone è completamente autoclavabile; viene fornito come secondo manipolo opzionale al sistema Magnetic Mallet per chirurgia in una comoda valigetta e comprende una serie di 3 punte in un tray autoclavabile.

polar_eyes^e Filtro per polarizzazione incrociata delle immagini

Nell'ultimo decennio l'ambito fotografico del mercato dentale è stato dominato dall'avvento e dalla progressiva espansione delle fotocamere digitali. Tuttavia alcuni aspetti delle tecniche fotografiche del passato che avevano acquisito un valore fondamentale in odontoiatria, quali ad esempio la polarizzazione delle immagini, fino ad ora non erano state correttamente trasferite nella tecnologia digitale.

Dalla fruttuosa collaborazione con il gruppo di lavoro Bioemulation, capitanato dall'innovativo dott. Bazos tra le cui fila si annoverano opinion leader di fama internazionale, Sweden & Martina presenta in esclusiva per il mercato italiano Polar_Eyes, il filtro polarizzante incrociato per fotocamere digitali con flash macro anulare.

Una novità assoluta e unica nel mercato.



Perchè realizzare immagini polarizzate?

La polarizzazione incrociata delle immagini minimizza i riflessi superficiali che oscurano la rappresentazione dei dettagli delle strutture dentali e allo stesso tempo produce un'immagine iper-saturata ad alto contrasto, che favorisce un'analisi obiettiva.

Il filtro Polar_Eyes aderisce magneticamente alla parte frontale dei più diffusi flash macro.

26



L'evoluzione del kit M.I.S.E.: KIT M.I.S.E. EVO per rialzo minimamente invasivo

La collaborazione tra Sweden & Martina e il dott. Carusi ha portato ad una evoluzione del **kit M.I.S.E.**, il sistema atraumatico per rialzare il seno mascellare sino ad un'altezza di 5 mm oltre la situazione iniziale, in modo semplice, rapido e sicuro. La tecnica, ormai consolidata, è sufficientemente standardizzata da permettere un'altissima percentuale di successi anche al chirurgo meno esperto.

L'enorme vantaggio rispetto alle tecniche tradizionali con osteotomi è l'utilizzo di frese correate di stop di profondità in 13 lunghezze diverse, che consentono un sollevamento graduale e perfettamente predicibile (progressione di 1 mm per volta) della membrana di Schneider preservandola e minimizzando il disagio per il paziente.

Le frese, vero cuore della sistematica, sono riconoscibili grazie ad anellini colorati posti alla base del gambo, che seguono un preciso codice colore atto a guidare la sequenza di utilizzo.

Il montaggio/smontaggio degli stop è estremamente semplice e rapido e si effettua direttamente dalla testa dello strumento, senza dover rimuovere la fresa dal contrangolo.

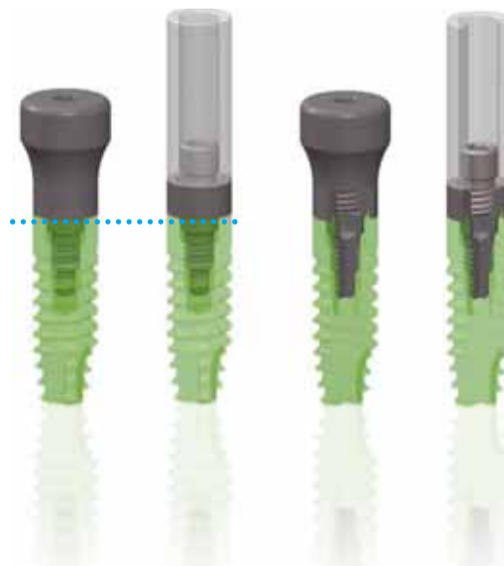
Le alette laterali dello stop assicurano un perfetto e sicuro ancoraggio sia alla fresa sia ai compattatori; questi ultimi sono preassemblati ai manici e presentano una angolatura decisamente ergonomica, particolarmente utile in situazioni cliniche complicate.

Il **kit M.I.S.E. EVO**, rispetto alle altre tecniche che permettono l'inserimento di un solo diametro implantare, può essere utilizzato con qualsiasi impianto da 3,3 a 5 mm di diametro, a seconda se si tratti di impianti a vite o lisci.

plain la riabilitazione full arch senza interferenze



Sweden & Martina arricchisce la gamma di soluzioni per protesi avvitate su impianti Premium Kohno presentando gli **abutment PLAIN**, sviluppati in collaborazione con il dott. D'Ambrosio (Napoli). L'abutment PLAIN, sulla base del concetto di **accoppiamento "flat to flat"**, trasforma la connessione ad esagono interno in un accoppiamento tra piani **senza alcun elemento di interferenza o di tensione**, aumentando la passivazione reciproca tra il complesso degli impianti e la struttura protesica. Per la stessa ragione risultano agevolate anche le manovre di inserimento e rimozione della protesi nelle fasi di prova e di manutenzione periodica a lungo termine.



Disponibili in altezza tras mucosa 2.00, 3.00 e 4.00 mm, gli abutment PLAIN sono ideali per la realizzazione di un manufatto dai ridotti ingombri occlusali, ma nell'assoluto rispetto dell'estetica dei tessuti molli. Questo aspetto è curato anche con l'impiego di cuffie di protezione dedicate, dal profilo di emergenza anatomico, che permettono un condizionamento dei tessuti ottimale. Le cuffie di guarigione non hanno vite passante e si avvitano direttamente sull'abutment.

A seconda dei protocolli protesici abitualmente utilizzati, è possibile prendere l'impronta direttamente sugli abutment PLAIN, grazie ai transfer pick-up, e riprodurre fedelmente le piattaforme nel modello da laboratorio con gli analoghi PLAIN.

Completano la sistematica le pratiche cannule interamente calcinabili in PMMA che permettono di realizzare una chiave di riposizionamento attendibile e una semplice e rapida fusione del manufatto finale, che può essere impiegato per una riabilitazione a **carico immediato**, entro le 48 ore. La solidarizzazione tra gli elementi, limitando i micromovimenti e favorendo l'osteointegrazione, rende consigliabile il protocollo FLAT anche in caso di **impianti postestrattivi immediati**.

Electrical mallet provides essential advantages in maxillary bone condensing. A prospective clinical study.

Crespi R., Capparè P., Gherlone E.

Clin Implant Dent Relat Res. 2012 Jan 11. doi: 10.1111/j.1708-8208.2011.00432.x. [Epub ahead of print]

Crespi R., Capparè P., Gherlone E.

Clin Implant Dent Relat Res. 2012 Aug 15. doi: 10.1111/j.1708-8208.2012.00485.x. [Epub ahead of print]



Leggi gli abstract originali

A comparison of manual and electrical mallet in maxillary bone condensing for immediately loaded implants: a randomized study

Dopo aver investigato le potenzialità del Magnetic Mallet nei casi di rialzo del seno mascellare, il dott. Crespi pubblica sulla rivista *Clinical Implant Dentistry and Related Research* gli esiti di due diversi studi incentrati sull'impiego del medesimo martelletto ad ultrasuoni per la condensazione di osso di tipo D3 e D4 per arrivare a densità postoperatorie simili al D2 della classificazione di Misch.

Il primo protocollo, di tipo prospettico, ha interessato 36 pazienti ed un totale di 50 impianti ad esagono esterno Outlink². Il sito implantare è stato preparato con i bone expander inseriti sul Magnetic Mallet in selle edentule dell'arcata mascellare in area molare e premolare. Solo in 10 casi, equidistribuiti nei gruppi test e controllo, è stato effettuato anche il rialzo del seno.

Il secondo protocollo, uno studio randomizzato, ha invece affrontato il medesimo tipo di analisi comparativa in aree mascellari molari e premolari con osso scarsamente mineralizzato (D3 e D4), ma in casi di carico immediato, prendendo in considerazione 50 pazienti e 138 impianti il cui follow-up è stato eseguito a 6, 12 e 24 mesi. Anche in questo studio i 12 casi in cui è stato effettuato anche il rialzo del seno erano equidistribuiti nei gruppi test e controllo. È interessante notare che in entrambi i casi i controlli a 6, 12 e 24 mesi testimoniano per entrambe le procedure chirurgiche un recupero di spessore osseo stabile nel tempo senza differenze statisticamente significative, riportando tuttavia una sensibile riduzione degli esiti postoperatori collegati alla sindrome vertiginosa parossistica grazie all'utilizzo del Magnetic Mallet. Queste indagini sistematiche, che iniziano a coprire oramai una vasta casistica di situazioni cliniche in cui lo strumento è stato impiegato, dimostrano che i protocolli operatori sono ugualmente validi a prescindere dal tipo di impulso esercitato sull'osso, sia esso di tipo meccanico o ad ultrasuoni, beneficiando delle caratteristiche della nuova tecnologia del Mallet in termini di compliance del paziente.

Il protocollo platform switching, ormai oggetto di numerosi studi sperimentali e clinici, è stato oggetto di un'estensiva revisione della letteratura a cura del Dipartimento di Scienze Orali e Maxillofacciali dell'Università La Sapienza - Roma - condotta su 10 studi randomizzati, risultato di una meta-analisi su 132 pubblicazioni inizialmente prese in considerazione. Dei 10 studi che rispondevano ai criteri di inclusione nella revisione, 4 sono stati realizzati integralmente con impianti Sweden & Martina. Gli aspetti analizzati sono stati l'indice di sopravvivenza degli impianti e il riassorbimento osseo perimplantare, confrontando gli esiti attorno ad impianti protesizzati secondo il protocollo platform switching con quelli ottenuti attorno a protesi di tipo tradizionale. Gli autori hanno rilevato che l'approccio con abutment di diametro inferiore rispetto a quello della piattaforma implantare (platform switching, appunto) limita il riassorbimento osseo perimplantare, mentre le differenze nel tasso di sopravvivenza degli impianti non sono statisticamente significative. Giacché la letteratura sembra non aver ancora trovato unanimità nell'identificare le vere ragioni del successo del platform switching, gli autori auspicano ulteriori ricerche in grado di sciogliere i dubbi in merito.



Leggi l'abstract originale

Peri-implant marginal bone level: a systematic review and meta-analysis of studies comparing platform switching versus conventionally restored implants

Annibaldi S., Bignozzi I., Cristalli M.P., Graziani F., La Monaca G., Polimeni A.

J Clin Periodontol 2012; doi: 10.1111/j.1600-051X.2012.01930.x.



Influence of buccal bony crest width on marginal dimensions of peri-implant hard and soft tissues after implant installation

Baffone G.M., Botticelli D., Pereira F.P., Favero G., Schweikert M., Lang N.P.

Clin Oral Implants Res. 2012 Jun 21. doi: 10.1111/j.1600-0501.2012.02512.x. [Epub ahead of print]



Leggi l'abstract originale



Questo interessante studio condotto dal team ARDEC del Dr Daniele Botticelli si è occupato di uno di quelli che attualmente sono definiti gli hot topics della letteratura scientifica in implantologia, ossia l'influenza dello spessore della parete ossea residua dopo la preparazione del sito implantare sul rimaneggiamento dei tessuti ossei e mucosi periimplantari. In un modello in vivo sono stati estratti il primo molare e i premolari mandibolari. Dopo 3 mesi di guarigione dall'estrazione è stata incisa la cresta edentula bilateralmente ed è stato misurato lo spessore delle mucose (circa 2.4-2.6 mm). In zona molare sono state eseguite preparazioni di siti implantari che lasciassero rispettivamente una parete buccale residua con uno spessore osseo di 2 mm nei siti controllo e di 1 mm nei siti test. Gli impianti, Premium con superficie ZirTi, sono stati inseriti ponendo il margine coronale della superficie trattata a livello della cresta buccale. Dopo aver connesso l'abutment di guarigione, i lembi sono stati suturati in modo da permettere una guarigione non sommersa.

Le istologie ottenute dopo 3 mesi di guarigione hanno mostrato la perfetta integrazione di tutti gli impianti. È stato riscontrato un lieve riassorbimento della cresta ossea di 0.3 mm nei siti controllo e di 0.6 mm nei siti test.

La differenza non era statisticamente significativa. Il contatto più coronale dell'osso all'impianto era localizzato circa 1 mm al di sotto del margine della superficie trattata in entrambi i gruppi. La cresta alveolare buccale dei siti di controllo si presentava più spessa anche dopo 3 mesi rispetto a quella dei siti test. Tuttavia, i siti di controllo hanno presentato un maggiore riassorbimento osseo orizzontale durante la guarigione. L'ampiezza biologica era simile nei due gruppi, anche se lievemente maggiore nei siti di controllo.

Questo studio, nei limiti del periodo postoperatorio osservato e del modello sperimentale usato, suggerisce al clinico che, in presenza di una mucosa sottile, si avrà durante il periodo di guarigione un riassorbimento della cresta alveolare buccale di lieve entità. Pur in presenza di diversi spessori iniziali della cresta buccale, il riadattamento dei tessuti marginali porterà ad ampiezze biologiche simili fra loro. Questo avverrà a spese di un riassorbimento della cresta, ad un posizionamento più apicale del primo contatto osso-impianto e ad una moderata proliferazione della mucosa in senso coronale.

28

The Ultimate Endo Restorative Dentistry


sweden & martina
40 | ANNIVERSARY | 1972 | 2012

The Ultimate Endo-Restorative Dentistry

Abano Terme, 11-12 Giugno 2012

Posti esauriti già all'apertura per il **corso pregressuale** della VII Edizione del Congresso nazionale di Endodonzia e Conservativa organizzato da Sweden & Martina ad Abano Terme lo scorso 14-16 giugno: un'atmosfera rilassata, conviviale seppur estremamente professionale ha contraddistinto l'intera durata dell'evento.

Nella Sala Congressi di Sweden & Martina Vinio Malagnino, Sandro Marcoli e Marco Veneziani si sono succeduti nella giornata di giovedì 14 giugno per approfondire metodiche di preparazione, otturazione e restauro postendodontico preprotetico davanti ad un pubblico fortemente interessato e concentrato. Particolare attenzione è stata rivolta alla preparazione e otturazione della porzione apicale, tema questo al quale sono stati dedicati ulteriori approfondimenti nelle successive sessioni scientifiche del Congresso.

Un'introduzione di Sandro Martina, Presidente di Sweden & Martina, con il Prof. Vinio Malagnino e la Dott.ssa Federica Fonzar, ha segnato l'apertura dei lavori ad Abano Terme. Sul podio una successione di professionisti di altissimo calibro ha sorpreso e intrattenuto la numerosa platea con relazioni scientifiche accompagnate da un'iconografia in alcuni casi sensazionale.

Movimentati anche gli interventi e i dibattiti scaturiti dalle relazioni fino alla tarda mattinata del sabato.

Eccellente affluenza anche nelle due sessioni parallele, dedicate ad igienisti e assistenti, impennate rispettivamente sul tema della Tecnologia al servizio della prevenzione e del Management nello studio odontoiatrico.

Illuminato da un tramonto dai colori accesi nel grande parco di Sweden & Martina, il ricco aperitivo precedente la Cena di Gala di venerdì ha rappresentato l'occasione per premiare, con un sottofondo musicale canoro davvero emozionante, i vincitori dei **quattro migliori poster**.

La festa, sontuosa, è proseguita con un generoso buffet nella splendida struttura allestita con una scenografia in bianco e nero, dove si sono succeduti vari ringraziamenti per l'accoglienza e un piacevole discorso del Prof Malagnino, per poi cedere la scena al coinvolgente gruppo musicale di Renato Micaglio, composto da tre coriste e sette elementi che fino a tarda notte hanno divertito e fatto ballare gli oltre 500 soddisfatti partecipanti.



5th International meeting Il Chirone

Roma, 21-22 Settembre



La prof.ssa Gianna Nardi, coordinatrice dell'evento, con il prof. Ugo Covani e la dott.ssa Annamaria Genovesi

Si è tenuto presso il dipartimento di Scienze Odontostomatologiche e Maxillo Facciali dell'Università di Roma "La Sapienza" il **V International Meeting** dell'**Accademia Il Chirone**, presieduta dal prof. **Ugo Covani** e coordinata dalla prof.ssa **Gianna Nardi**. Anche questa edizione del Chirone, come le sue precedenti, è stata animata dall'idea di fondo che il cavo orale non sia da banalizzare come semplice organo-tramite, ma come un efficace campanello di allarme facente parte di un sistema interdisciplinare. Ecco quindi interventi significativi quali quelli del prof. **Francesco Fedele**, Direttore del Dipartimento di Scienze Cardiovascolari e Respiratorie de "La Sapienza", e del prof. **Roy De Vita**, Primario della Divisione di Chirurgia Plastica Ricostruttiva dell'Istituto dei Tumori "Regina Elena". Grande tema è stato quindi il sottile filo che unisce il cuore alla bocca, filo organico nella ricerca più recente che ha messo in luce gli stretti rapporti fra patologie infettive orali e cardiopatie ischemiche.

Convention di Formazione

Due Carrare (Pd), 31 agosto - 1 settembre 2012

Grande appuntamento di formazione presso il centro corsi aziendale quello del 31 agosto e 1 Settembre u.s., che ha riunito tutta la rappresentanza commerciale italiana, spagnola, francese e tedesca di Sweden & Martina. Un denso programma ha visto la partecipazione di esperti e illustri professionisti per approfondire gli aspetti clinici di alcuni prodotti appena sviluppati o promossi in questa stagione dall'azienda: il nuovo sistema implantologico Global (approfondimenti clinici e protesici a cura dei dottori **Luigi Canullo** e **Dario Andreoni**); il nuovo manipolo levacorone per il dispositivo Magnetic Mallet (presentato dal dott. **Roberto Crespi**); l'evoluzione del KIT M.I.S.E., introdotta dal dott. **Giorgio Carusi**; i nuovi prodotti della linea Bisco, in particolare il rivoluzionario sistema adesivo All Bond Universal, magistralmente illustrato dal dott. **Lorenzo Breschi**.



Teamwork Clinic Forum

Brescia, 29 Settembre



Si è tenuto a Brescia il 29 settembre, nella bella cornice dell'Hotel President, il **1° Teamwork Clinic Forum**. L'evento, organizzato da Teamwork Media srl, è stato imperniato attorno al tema conduttore della giornata: "Lo stato dell'arte in implantologia". Sweden & Martina, premium sponsor, ha avuto una presenza scientificamente significativa con il dott. **Luigi Canullo** in qualità di relatore.



30

CONGRESSI

16-17/11/2012 LA NUOVA FRONTIERA: l'innovazione in odontoiatria Sessione Odontoiatri Sessione Odontotecnici Sessione Assistenti Sessione Igienisti	Relatori Vari SIENA	MB45 MB46 MB48 MB47	ECM 7 ECM NO ECM NO ECM 7
6-8 giugno 2013 XII PREMIUM DAY Corso Pre-Congressuale, Prof. Lang, Prof. Loi Sessione Odontoiatri Sessione Odontotecnici Sessione Assistenti Sessione Igienisti	Relatori Vari PADOVA	CA938 MB49 MB50 MB52 MB51	ECM NO ECM NO ECM NO ECM NO ECM NO

IMPLANTOLOGIA

15-17 novembre 2012 Anatomia Chirurgica applicata all'Implantologia Orale - BASE	Salvatore Gabriele PARIGI	CA747	ECM NO
17 novembre 2012 Le ricostruzioni tridimensionali ossee con griglie in titanio	Fabrizio Morelli DUE CARRARE (PD)	CA885	ECM 8
17 novembre 2012 Corso sul corretto utilizzo della tecnica MISE	Giorgio Carusi HUELVA	DASL100	ECM NO
22-24 novembre 2012 Corso di chirurgia implantare di base su paziente	Bartolomeo Lofano TARANTO	CA930	ECM NO
23-24 novembre 2012 Magnetic Mallet, corso teorico pratico	Giovanni B. Bruschi, Roberto Crespi BUSTO GAROLFO (MI)	CA932	ECM NO
23-24 novembre 2012, 18-9 gennaio, 15-16 febbraio 8-9 marzo 2013 Corso di implantologia chirurgica e protesica	Marco Csonka CATANIA	CA907	ECM 50
24 novembre 2012 Re-organizzazione delle procedure chirurgico-protesiche nel platform switching	Luigi Canullo TORINO	CA840	ECM 10
28 novembre - 1 dicembre 2012 Corso di Chirurgia Implantare	Nando Barbieri, Marcello Provvionato BUCAREST	CA924	ECM NO
29 novembre 2012 Bone Manipulation by Magnetic Mallet	Roberto Crespi MESTRE	CA949G	ECM NO
30/11, 1/12/2012, 25-26/01, 22-23/02, 15-16/03, 12-13/04, 10-11/05, 31/05-1/06/2013 Corso teorico pratico di chirurgia e implantologia: dai concetti di base alla chirurgia avanzata	Sandro Foddis Quartu Sant'Elena (CA)	CA942	ECM SI
30 novembre, 1 dicembre 2012 Il trattamento implantare del paziente edentulo o candidato alla bonifica totale: carico immediato vs carico differito	Andrea Bianco TORINO	CA952	ECM NO
1 dicembre 2012 La saldatrice endorale fra passato e futuro: vecchie idee e nuove opportunità	Loris Gaspari DUE CARRARE (PD)	CA880	ECM 10
8-9 dicembre 2012 Premium Seminar	Daniele Botticelli, Niklaus P. Lang TOKYO	DA096	ECM NO
18-19/02, 8-9/03, 19-20/04, 17-18/05, 25-26/06/2013 La parodontologia nella pratica quotidiana: dalla gestione del paziente parodontale, al recupero di elementi compromessi, dall'estetica "rosa" all'implantologia. Corso teorico-pratico-clinico	Maria Gabriella Grusovin, Sandro Tondat, Loris Zamuner GORIZIA	CA925	ECM 50
25-26 gennaio 2013 Trattamento chirurgico delle creste sottili: moderata espansione con osteotomi e split crest	Marco Csonka DUE CARRARE (PD)	CA903SOTTILI	ECM SI
25-26 gennaio, 1-2 marzo 2013 Corso di chirurgia implantare	Agostino Scipioni BOLOGNA	CA857	ECM 50
28-29 gennaio, 25-26 febbraio, 25-26 marzo, 12-13 aprile 2013 Corso di implantologia chirurgica e protesica	Marco Csonka DUE CARRARE (PD)	CA902	ECM SI
8-9 febbraio 2013 Magnetic Mallet, corso teorico pratico	Giovanni B. Bruschi, Roberto Crespi ROMA	CA933	ECM NO
14-16 febbraio, 7-9 marzo, 2-4 aprile, 23-25 maggio 2013 Corso teorico pratico di protesi fissa	Gianluca Paniz VERONA, DUE CARRARE (PD)	CA910	ECM SI
21-23 febbraio 2013 Anatomia Chirurgica applicata all'Implantologia Orale - AVANZATO	Salvatore Gabriele PARIGI	CA922	ECM NO
22 febbraio 2013 MAGNETIC MALLETT. Evoluzioni tecnologiche in chirurgia orale	Ugo Covani MACERATA	CA940	ECM NO
22-23 febbraio 2013 Rialzi di seno mascellare per via crestale e con approccio laterale	Marco Csonka DUE CARRARE (PD)	CA903RIALZO	ECM SI

CONSERVATIVA

26-27/10, 14-15/12/2012, 25-26/01, 15-16/02, 22-23/03/2013 Corso di conservativa diretta e indiretta	Cesare Dinapoli BARI	CC103	ECM NO
16-17 novembre 2012 Corso teorico-pratico di Odontoiatria Conservativa. Il restauro adesivo diretto ed indiretto nei settori anteriori e nei settori posteriori. La "clinica quotidiana"	Nicola Guiducci, Corrado Silva, Matteo Parodi GENOVA	CC102	ECM 20,4
16-17 novembre 2012 Anatomia della stratificazione. Corso pratico sul restauro in composito del dente anteriore	Aniello Ingenito, Mauro Cattaruzza LAMEZIA TERME (CZ)	CC101	ECM NO
30 novembre, 1 dicembre 2012 Il restauro conservativo: protocolli operativi per i sistemi adesivi ed i materiali compositi	Lorenzo Breschi, Mario Alessio Allegri DUE CARRARE (PD)	CC098	ECM 15,1
1-2 febbraio, 15-13 marzo, 24-25 maggio, 21-22 giugno 2013 Corso pratico di Conservativa - Full Immersion	Paolo Ferrari DUE CARRARE (PD)	CC104	ECM 50

ENDODONZIA

19-20 ottobre 2012, 14-15 dicembre 2012, 25-26 gennaio 2013 Corso teorico-pratico di Endodonzia	Alfio Pappalardo, Vinio Malagnino CATANIA	CF606	ECM NO
16-17 novembre 2012 Corso teorico-pratico di Endodonzia: dalla preparazione simultanea con metodica Mtwo alla chiusura canalare con la tecnica dell'onda continua di condensazione	Gianmaria Fabrizio Ferrazzano CAVA DEI TIRRENI (SA)	CF612	ECM 17,5
23 novembre 2012 Corso teorico-pratico di Endodonzia, la preparazione simultanea del canale radicolare	Piero Alessandro Marcoli CINISELLO BALSAMO (MI)	CF588	ECM 10
24 novembre 2012 Corso avanzato sull'utilizzo della tecnica Mtwo: casi di routine e casi complessi	Vinio Malagnino CUNEO	CF613	ECM 9,3
30 novembre 2012 Sagomatura completamente meccanica del sistema canalare oggi: standard di trattamento	Fabio Gorni CINISELLO BALSAMO (MI)	CF599	ECM 10
18-19 gennaio, 15-16 febbraio, 5-6 aprile, 17-18 maggio 2013 Corso teorico-pratico di Endodonzia	Piero Alessandro Marcoli DUE CARRARE (PD)	CF608	ECM 50
2 marzo 2012 La letteratura in ambito di ricerca scientifica: come leggerla, interpretarla, selezionarla e proporla	Marco Esposito DUE CARRARE (PD)	CF616	
12 aprile 2013 Corso avanzato sull'utilizzo della tecnica Mtwo: casi di routine e casi complessi	Vinio Malagnino CINISELLO BALSAMO (MI)	CF614	ECM 9,3
12 aprile 2013 Corso teorico-pratico di Endodonzia, la preparazione simultanea del canale radicolare	Piero Alessandro Marcoli PESARO	CF610	ECM 10
27-28/09, 18-19/10, 22-23/11, 20-21/12 Corso teorico-pratico di Endodonzia	Piero Alessandro Marcoli DUE CARRARE (PD)	CF609	ECM 50

LASER

07/11/2012 Corso sul corretto utilizzo del laser a Diodi in odontoiatria	Giuseppe Iaria BRESCIA	CD633	ECM NO
19/11/2012 Il laser come strumento per la quotidianità clinica: chirurgia, implantologia, paradontologia, protesi	Stefano Semeraro VIMERCATE (MI)	CD632G	ECM NO
24/11/2012 Corso sul corretto utilizzo del laser Erbium e Diodo in odontoiatria	Giuseppe Iaria LECCE	CD630	ECM NO
1/12/2012 Corso sul corretto utilizzo del laser a Diodi in odontoiatria	Giuseppe Iaria BOLOGNA	CD634	ECM NO

ORTODONZIA

24/11/2012 Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva: OCCLUS-o-GUIDE, NITE-GUIDE, HABIT-CORRECTOR	Gianni Manes Gravina DUE CARRARE (PD)	CE301	ECM NO
1/12/2012 Corso di Ortodonzia preventiva ed intercettiva: OCCLUS-o-GUIDE, NITE-GUIDE, HABIT-CORRECTOR	Gianni Manes Gravina BARI	CE298	ECM NO

IGIENISTI

23-24 novembre 2012 Corso di alta formazione in igiene orale "Minima invasività e massimi benefici nell'approccio clinico al paziente"	Annamaria Genovesi, Gianna Nardi DUE CARRARE (PD)	CA829	ECM 13,8
--	---	-------	----------

Per maggiori informazioni:
visitate il sito
www.sweden-martina.com
sezione corsi ed eventi


sweden & martina
ContinuingDentalEducation

AIE ACCADEMIA
ITALIANA
ENDODONZIA

Corso di Alta Formazione

**“La letteratura in ambito di ricerca scientifica:
come leggerla, interpretarla, selezionarla e proporla”**

Sabato 2 Marzo 2013, Sala Congressi Sweden & Martina, Due Carrare (PD)
Relatore: **Prof. Marco Esposito**

31

Lo stato dell'Arte in Odontoiatria

Dott. Gianni Manes Gravina



L'ortodonzia, considerata da molti la più filosofica delle branche dell'odontoiatria, ha dimostrato negli ultimi decenni di essere in grado di garantire concretezza di risultati in termini di innovazione e progresso scientifico. Complici le recenti evoluzioni nell'ambito delle tecniche di imaging, la prima grande trasformazione nella pratica clinica ortodontica è avvenuta a partire dalle modalità di acquisizione dei dati diagnostici, tramite l'ausilio di sistemi computerizzati per l'esecuzione del tracciato cefalometrico, la possibilità di usufruire di esami di screening tridimensionali quali la CBCT (Cone-Beam Computer Tomography) per la pianificazione di trattamenti complessi (inclusioni, ortodonzia pre-chirurgica e pre-protetica) e la più recente possibilità di servirsi di una gipsoteca informatica, superando in tutti i sensi i limiti spazio temporali, dati dall'ingombro e dall'usura dei modelli in gesso. Il progresso scientifico, oltre ad essere di ausilio fondamentale per semplificare la pratica clinica quotidiana dell'ortodontista, è essenzialmente rivolto al paziente e alla possibilità di creare un connubio ideale tra funzione ed estetica tramite l'ausilio di allineatori invisibili, attacchi in ceramica e archi rivestiti in materiale plastico. Inoltre, sempre dalla necessità di assicurare il minimo disagio per i pazienti e la massima efficacia di trattamento per quelli no-compliance, assumono sempre maggiore rilievo i dispositivi fissi funzionali, in sostituzione di apparecchiature mobili o dei tanto odiati elastici intermascellari, e i dispositivi di ancoraggio temporaneo (TAD), il cui utilizzo rappresenta una valida e comoda alternativa a sistemi che, seppur collaudati, spesso garantiscono risultati minori in tempi maggiori e con maggiore sforzo da parte del paziente.

La maggiore possibilità di scelta nell'ambito del perfezionamento di tecniche e tecnologie ortodontiche pone tuttavia in primo piano la necessità e il dovere da parte dell'ortodontista di attuare scelte consapevoli e mirate, conseguibili sia ottenendo il massimo rendimento dai progressi merceologici sia tramite un percorso di aggiornamento continuo e costante.

Dott. Marco Veneziani



L'odontoiatria conservativa negli ultimi 15 anni ha subito un cambiamento "epocale". La terapia restaurativa moderna è assolutamente improntata all'utilizzo di materiali e tecniche adesive. L'evoluzione di questi ha comportato importanti cambiamenti nel piano di trattamento e ha spostato il confine fra conservativa e protesi (nel recupero dell'elemento singolo) consentendo un approccio meno invasivo con il mantenimento della vitalità e il ripristino conservativo di elementi che in epoca pre-adesione venivano magari preventivamente devitalizzati e quindi protesizzati. La necessità di eseguire restauri adesivi in composito o ceramica non è solo di natura estetica, ma è soprattutto legata al principio di bioeconomia (massima conservazione del tessuto sano dentale, pulpare e di supporto) e alla capacità di "rinforzo" della struttura dentale residua. I compositi microibridi o a nanoparticelle presentano eccellenti proprietà fisico-meccaniche essendo altamente riempiti, resistenti e radiopachi, con modulo di elasticità simile alla dentina ed una resistenza all'usura paragonabile a smalto e amalgama (10-30 micron/anno); sono pertanto indicati per tutti i tipi di cavità variandone però la tecnica di esecuzione (diretta, semidiretta, indiretta). È doveroso sottolineare come l'utilizzo della diga di gomma sia fase integrante del protocollo operativo relativo alle tecniche adesive e non ci si possa affidare, per l'isolamento del campo, ad aspirasaliva e rulli di cotone! La predicibilità del successo e quindi la durata dei restauri è strettamente legata all'accuratezza di esecuzione nonché al rispetto dei protocolli operativi e delle indicazioni. Quindi è determinante il "fattore operatore". Qualità e professionalità però non derivano solo dalla conoscenza delle tecniche, dall'esperienza, dal rigore e dall'ausilio di strumenti avanzati, ma anche e soprattutto da un'impostazione mentale, dalla determinazione ed onestà intellettuale con cui si affrontano le problematiche... e questo vale per la vita professionale ma anche per la vita privata!!

Dott.ssa Maria Gabriella Grusovin



Cogliere lo stato dell'arte in Odontoiatria non è semplice in quanto può essere diverso nei vari campi di specializzazione. Si può tuttavia individuare una tendenza ad uscire dall'empirismo e ad avvicinarsi alla pratica basata sull'evidenza scientifica, cioè ad integrare i risultati della miglior ricerca clinica con l'esperienza clinica e con le necessità dei pazienti.

Vi è un aumento di studi che, confrontando in modo randomizzato terapie diverse, ci aiutano a capire qual'è la terapia migliore per il nostro paziente, quella che ci fornisce la soluzione terapeutica con maggior efficacia, minor complicazioni, e possibilmente minor costo. Il tutto nell'ottica della mini-invasività e della ricerca dell'estetica più naturale possibile, altri aspetti caratteristici dell'odontoiatria moderna.

In campo implantare, dove si ottengono ottimi risultati come integrazione ossea, emerge per esempio il vantaggio almeno a breve termine dell'uso degli impianti corti, soluzione meno invasiva, in rapporto alle procedure rigenerative, l'utilizzo di tecniche chirurgiche "flapless", l'impiego della chirurgia guidata al computer.

È compito degli odontoiatri aggiornarsi in modo corretto su quanto emerge dalla ricerca scientifica e continuare a cercare risposte a quanto ancora non sappiamo richiedendo anche collaborazione da parte delle aziende nello sforzo verso la ricerca e l'innovazione.

Si nota oggi una sempre maggiore attenzione allo sviluppo di superfici, forme implantari, biomateriali e tecniche che permettano una stabilità dei tessuti peri-implantari e un'accorciarsi dei tempi terapeutici, con attenzione anche alle problematiche della peri-implantite.

Possiamo individuare quindi attualmente una tendenza ad una pratica clinica basata sull'evidenza in un'ottica mini-invasiva ed estetica, che deve porre al centro del piano terapeutico il benessere del paziente.

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 14
novembre 2012/febbraio 2013
Editore
Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto 10
Due Carrare (PD)
Tel. +39 049 91.24.300
Fax +39 049 91.24.290
www.sweden-martina.com

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

Direttore scientifico
Glorianna Zangiacomì

Direttore responsabile
Valentina Visentin

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

Redazione e proprietà
Sweden & Martina S.p.A.
Via Veneto, 10
35020 Due Carrare PD Italia
Tel. +39 049 91.24.300
Fax +39 049 91.24.290

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



Hanno collaborato a questo numero:

Milko Belletti
Valeria Bonotto
Sandro Pierpaolo Cortellini
Silvia Cuccarolo
Isabella D'Angelo
Maurizio Di Santo
Giovanni Fiocchetti
Gianni Manes Gravina
Gabriella Grusovin
Andreas Hauss
Marina Mirandola Minuzzi
Nicola Petrillo
Sergio Petrocchi
Stefano Scavia
Alessio Terziani
Marco Veneziani
Glorianna Zangiacomì

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

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

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

e-mail _____ @ _____

Cell. _____ P.IVA _____

Cod. Fisc. _____

Firma _____

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

È già cliente Sweden & Martina? SI 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** Seconda edizione, giugno 2012
- Sono interessato a ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Cementazione Adesiva Bisco**