

NUMERIUNO

IL MAGAZINE SCIENTIFICO SWEDEN&MARTINA

RIABILITAZIONE
SINGOLA CON
IMPIANTO CSR-DAT
PROF. DOTT.
ENRICO GHERLONE
Caso clinico

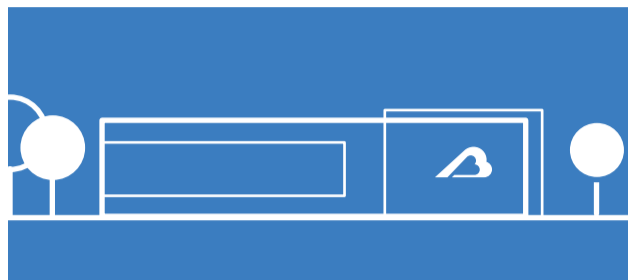
MINIINVASIVITÀ
DOTT. VITTORIO FERRI
Intervista

NOVITÀ DI MERCATO
PRAMA SHORTY H 6.00 MM

Universo Digitale



INDICE DEI CONTENUTI



pag. 04

EDITORIALE

La crescita è una scelta
Ricerca, Qualità, Assistenza
Lettera AIO Roma



pag. 06

CASE REPORT IMPLANTOLOGIA

Riabilitazione singola con
impianto **CSR-DAT**
prof. dott. E. Gherlone



pag. 08

CASE REPORT ENDODONZIA

La “sotto-preparazione” oggi
prof. V. Malagnino

pag. 10

CASE REPORT IMPLANTOLOGIA

“Due tecniche implantoprotesiche in
sinergia come soluzione riabilitativa
mascellare superiore in
paziente anziano”

dott. G. Traverso

pag. 12

CASE REPORT IMPLANTOLOGIA

Riabilitazione estetica
con pilastri XA

dott. Xavier Vela Nebot,
dott. Xavier Rodríguez Ciurana,
odt. Javier Pérez López

pag. 15

NOVITÀ DI MERCATO

Nuove protesi XA per impianti Shelta
PRAMA SHORTY: una nuova soluzione
per la mininvasività
PERI SET

pag. 17

INTERVISTA

Mininvasività

dott. V. Ferri

pag. 18

CASE REPORT ORTODONZIA

Correzione dell'affollamento con
F22 ALIGNER

dott.ssa T. Oliverio

pag. 20

NEWS

Scanner intraorale CS3600
Scopri i plus dell'area riservata
F22 ALIGNER



pag. 22

CASE REPORT CHIRURGIA

Ozone friendly

dott. G. Chiodera



pag. 24

NEWS

1° concorso video Sweden & Martina:
i vincitori
2° concorso video



pag. 25

NOVITÀ DI MERCATO

Produciamo novità
Protesi Shelta \varnothing 4.25 e 5.00 mm
Impianti Shelta \varnothing 6.00 Mm
Kit chirurgico Premium Shelta
Abutment Locator R-TX

pag. 26

RECENSIONI

pag. 27

EVENTI

pag. 30

CALENDARIO CORSI

EVENTI

La Ricerca & Sviluppo incontra i
professionisti americani

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 9, numero 25

Dicembre 2016 / febbraio 2017

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 Zangiacomi

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

Note legali: I testi degli articoli, anche se curati con scrupolosa attenzione, non possono comportare responsabilità specifiche per eventuali inesattezze o errori, né l'autore garantisce la loro completezza e precisione. Si ricorda inoltre che le informazioni sono fornite a titolo puramente indicativo: esse non sostituiscono una valutazione odontoiatrica del singolo caso. Tutti i contenuti di NumeriUno sono protetti dal diritto di autore. Sweden & Martina declina ogni responsabilità per qualunque tipo di utilizzo fatto da terzi del presente lavoro.

HANNO COLLABORATO A QUESTO NUMERO:

Valeria Bonotto, Silvia Bozza, Giuseppe Chiodera, Silvia Cuccarolo, Valentina Fantin, Vittorio Ferri, Enrico Gherlone, Vinio Malagnino, Rosaria Mancino, Marina Mirandola Minuzzi, Teresa Oliverio, Francesca Ortis, Javier Pérez López, Xavier Rodríguez Ciurana, Alessio Terziani, Alessandro Traverso, Giulio Vecchia, Xavier Vela Nebot, Glorianna Zangiacomi, Eleonora Zuppa

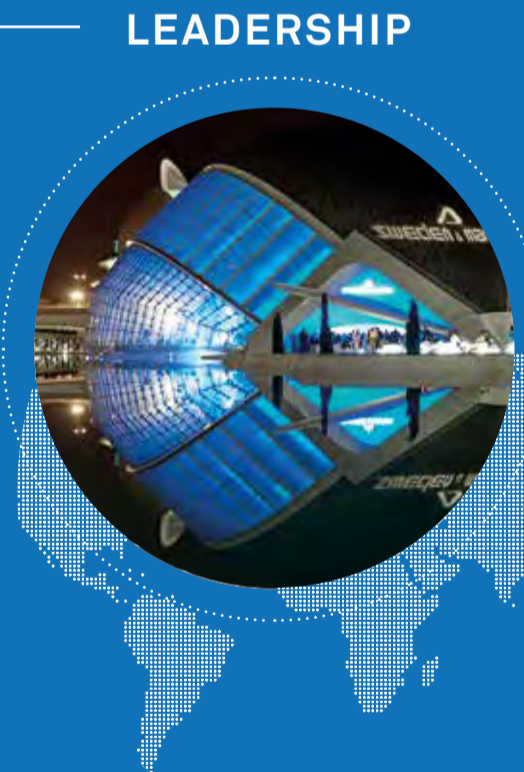


STAFF
Impegno e passione

RICERCA & SVILUPPO
oltre 550 pubblicazioni



**TECNOLOGIE PRODUTTIVE
EVOLUTE**



LEADERSHIP

LA CRESCITA È UNA SCELTA

IS THE PLACE TO BE



ASSISTENZA CAPILLARE

Specialisti presenti su tutto il territorio nazionale



CONTROLLO QUALITÀ

Sul 100% degli impianti prodotti



FORMAZIONE



Roma 20 ottobre 2016

Gentile Collega,

come rappresentanti della nostra Associazione di Categoria, pensiamo che tutelare la professione significhi non solo promuoverla e difenderne gli interessi, ma anche denunciare comportamenti che oltre a ritenere poco etici, vanno a ledere principalmente il rapporto di fiducia e assistenza che abbiamo con i pazienti-cittadini e che dobbiamo e vogliamo sempre salvaguardare.

Per questa ragione, AIO Roma, ha deciso di denunciare, anche attraverso l'ausilio della Guardia di Finanza, una pratica poco lecita che si è diffusa in diverse strutture odontoiatriche. Ne esistono alcune infatti, dove le riabilitazioni implantoprotesiche sui pazienti vengono eseguite con componenti implantari che risultano essere cloni e non prodotti originali delle case reclamizzate, con tutto ciò che ne consegue in termini di garanzia per i pazienti e di reale vantaggio economico solo per chi agisce questi inganni.

Pubblicizzare l'utilizzo di un tipo di impianto e poi usarne un'altro è eticamente non corretto oltre che una "frode" nei confronti dell'ignaro paziente.

Aiutaci a denunciare queste strutture se ne sei a conoscenza.

AIO Roma, con l'appoggio di alcuni tra i più illustri fra i produttori di sistemi implantari (Sweden & Martina, Biomax 3i), a tutela della salute del cittadino.

Giovanni Migliano
Presidente AIO Roma

RIABILITAZIONE SINGOLA CON IMPIANTO CSR-DAT



PROF. DOTT. ENRICO GHERLONE

Professore Ordinario di Malattie Odontostomatologiche
Vicepreside facoltà di Medicina e Chirurgia Università Vita Salute (Mi)
Primario Servizio di Odontoiatria Ospedale San Raffaele (Mi)
Presidente Corso di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria Ateneo Vita Salute San Raffaele (Mi)
Presidente Corso di Laurea in I.D. Ateneo Vita Salute San Raffaele (Mi)
Presidente nazionale Collegio dei Docenti Universitari di discipline Odontostomatologiche

INTRODUZIONE

La sostituzione di elementi singoli, indipendentemente dalla sede, richiede l'ottenimento di risultati soddisfacenti sia dal punto di vista funzionale che estetico. Infatti, la necessità di un accurato biomimetismo in relazione all'integrità delle regioni adiacenti, impone l'ottenimento contestuale di diversi obiettivi:

- rapida osteointegrazione;
- stabilità dei tessuti duri;
- sigillo biologico sulle connessioni;
- stabilità dei tessuti molli.

Questi aspetti devono inoltre essere duraturi nel tempo al fine di conseguire un risultato ad alta predicibilità ed elevato indice di successo. Come verrà descritto nel caso illustrato, le caratteristiche dell'impianto CSR soddisfano pienamente tutte queste necessità.

L'impianto CSR, grazie alla sua macromorfologia, unisce i vantaggi dell'impianto conico e dell'impianto a pareti parallele:

- apicalmente sfrutta la sua conicità e le tacche apicali, poco rappresentate, per avere una azione osteotomica;
- a livello del corpo, diversamente, grazie alle sue pareti quasi parallele, ci consente anche in osso di bassa qualità di ottenere ottima stabilità primaria.

Allo stesso tempo, l'esclusivo trattamento di superficie permette una rapida osteointegrazione, favorendo una guarigione primaria ideale nei casi di carico immediato.

L'innovativa connessione DAT (Double Action Tight) è una connessione interna caratterizzata da un doppio principio conico.

Il primo livello è affidato ad un cono interno di sostegno e chiusura per la protesi abbinato ad un esagono interno. Quest'ultimo serve sia per l'avvitamento chirurgico dell'impianto, sia per il riposizionamento della protesi.

Il secondo livello consiste in una ulteriore superficie conica di interazione tra il pilastro protesico e la testa, anch'essa conica, della vite di serraggio.

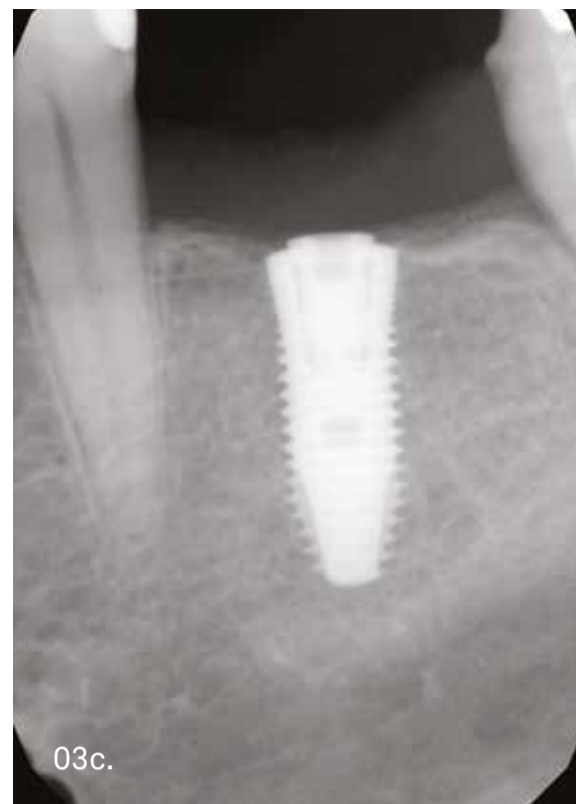
La peculiare morfologia della connessione DAT e dell'impianto, unitamente alle caratteristiche della componentistica protesica, permettono di ottenere tutti i vantaggi del "Platform Switching", per il mantenimento a lungo termine dei picchi crestali.



Record diagnostici preoperatori: Rx endorale ed esame intraorale in paziente con monoedentulia



Fasi intraoperatorie di preparazione del sito implantare utilizzando le frese cilindriche della sistemistica CSR: la morfologia della fresa permette di condurre una precisa linea osteotomica procedendo con accuratezza anche in osso corticale

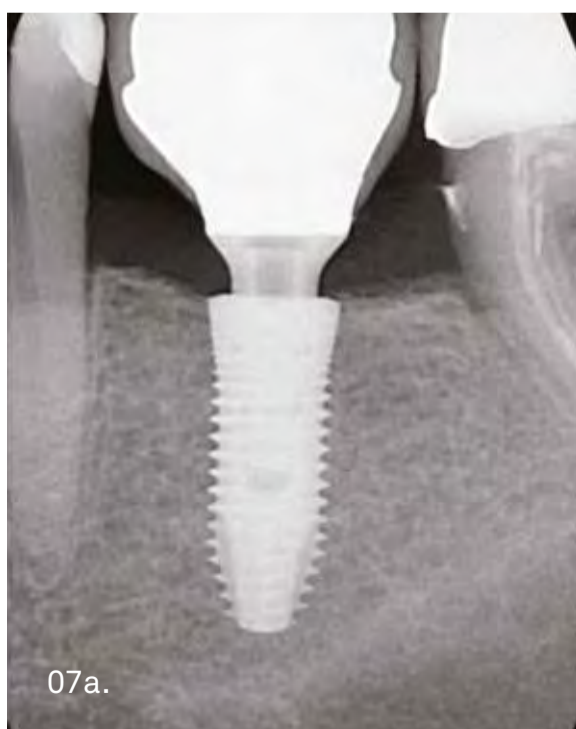


Per sfruttare tutti i vantaggi macroscopici dell'impianto CSR, è necessario il suo posizionamento a livello crestale o lievemente sottocrestale. Nelle immagini viene evidenziato il corretto posizionamento "bone level"



Si decide, per questo paziente con monoedentulia dei settori posteriori, di eseguire una riabilitazione a carico differito. Si noti la guarigione dei tessuti molli e le prime fasi di protesizzazione a 75 giorni dal posizionamento dell'impianto

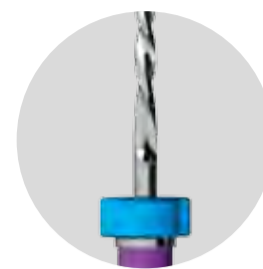
Una volta avvenuta la completa guarigione ed il perfetto sigillo dei tessuti molli, si inizia il rilevamento delle impronte per la creazione del manufatto protesico definitivo. In questa immagine si evidenzia il posizionamento dell'abutment



Insieme di impianto, pilastro e vite di serraggio DAT

Riabilitazione protesica definitiva con *restitutio ad integrum* della funzione masticatoria del paziente: si evidenzia una ottima periointegrazione estetica

LA "SOTTO-PREPARAZIONE" OGGI

**PROF.
VINIO MALAGNINO**

Medico Chirurgo Odontoiatra.
Professore Ordinario di Endodonzia
presso l'Università degli Studi
"G. D'Annunzio" di Chieti.
Past-President S.I.E. (Società Italiana
di Endodonzia).

Past-President S.I.D.O.C. (Società Italiana di Odontoiatria Conservatrice).
Membro d'onore della Società Francese di Endodonzia.

Co-editor del "Giornale Italiano di Conservativa".

Autore di più di 100 pubblicazioni in campo endodontico, conferenziere in congressi nazionali ed internazionali.

Tra i primi al mondo ad adottare la strumentazione in Ni-Ti sia manuale che meccanica.

La preparazione canalare è stata affrontata per molti decenni utilizzando strumenti in acciaio.

Le preparazioni ottenute con questi strumenti erano determinate dal tipo di canale da una parte e dalle caratteristiche degli strumenti in acciaio dall'altra: in sostanza quello che si otteneva spesso era una preparazione troppo piccola rispetto ai diametri reali dei canali, a causa della scarsa flessibilità degli strumenti in acciaio.

Oggi è possibile, con gli strumenti Ni-Ti più flessibili, preparare praticamente tutti i canali alle dimensioni necessarie ma, nonostante questo, l'errore più frequente al quale si assiste è una sotto-preparazione non più e non tanto in senso longitudinale, bensì in senso trasversale o meglio "tridimensionale".

CASO 01

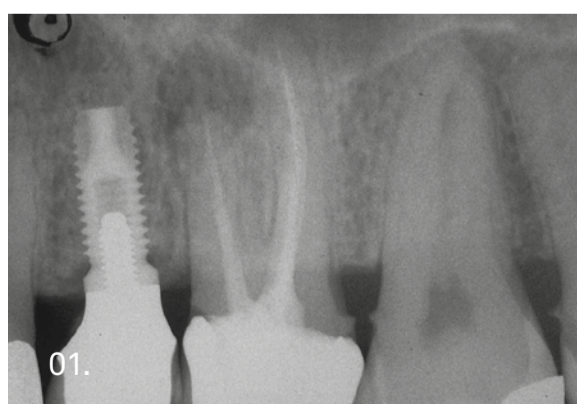
1.4 con radiotrasparenza apicale e anche latero-radicolare con mobilità e dolore alla masticazione; è molto evidente in questo caso una "pseudo-otturazione" canalare con presenza di 2 piccoli coni che, pur arrivando all'apice, non otturano affatto il canale che sicuramente non è neanche stato sufficientemente preparato



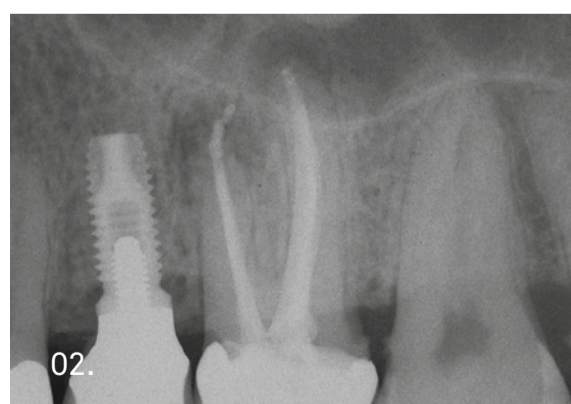
Nuova otturazione canalare, questa volta tridimensionale



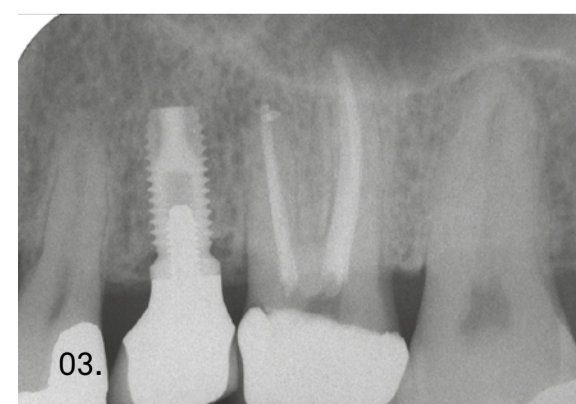
Controllo a 18 mesi

CASO 02

1.6 con paradontite apicale cronica, nonostante sia stata eseguita una Terapia Canalare e una "Apicectomia" della radice mesio-vestibolare; la cura eseguita appare piuttosto sottile in tutti i canali



RX dopo ritrattamento ortogrado di tutti i canali

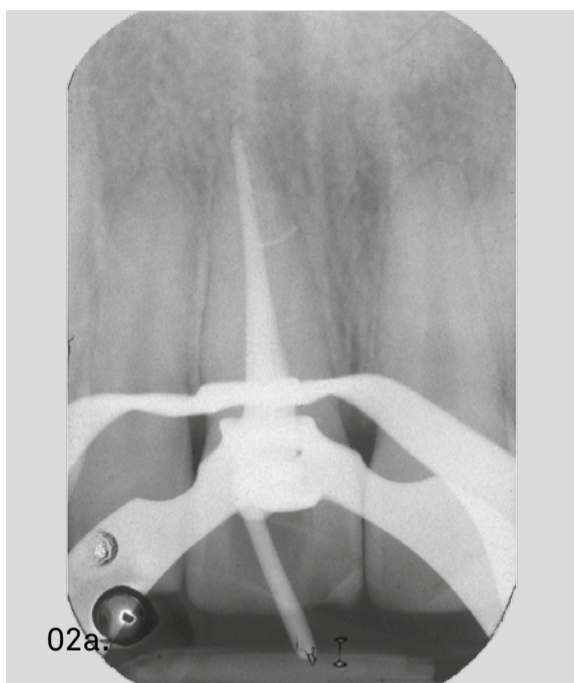


RX di controllo a distanza di 24 mesi

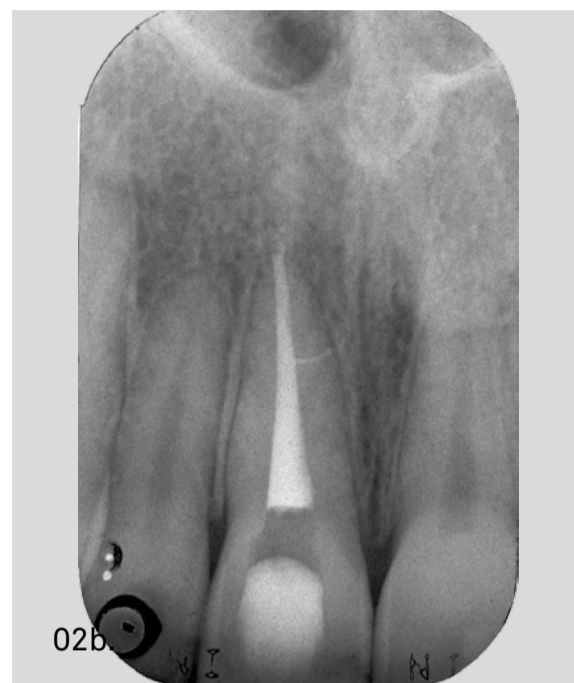
CASO 03



01. RX di 1.1 con cura canalare eseguita un anno prima; l'otturazione non è particolarmente sottile e si invita la paziente ad una ulteriore attesa nonostante lamenti "fastidi" sotto forma di senso di presenza e saltuarie fitte



02a. RX dopo ritrattamento a distanza di 3 mesi dal controllo precedente ed eseguita a causa della persistenza dei sintomi. I diametri canalari nella regione apicale sono stati preparati in maniera più completa e la migliore



02b. detersione ottenuta ha permesso di chiudere un importante canale laterale; i sintomi sono scomparsi pressoché immediatamente

CASO 04



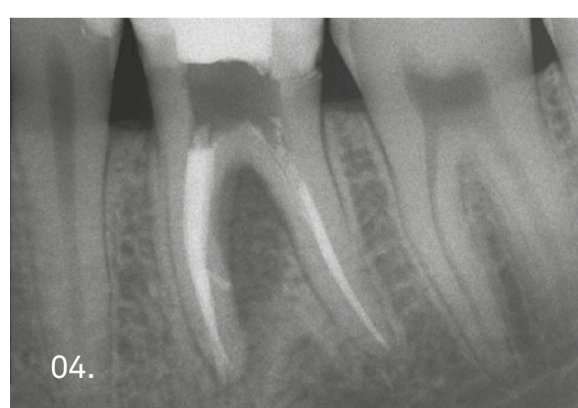
01. 3.6 trattato da un anno con situazione clinica e radiologica simili a quelli del caso n°3



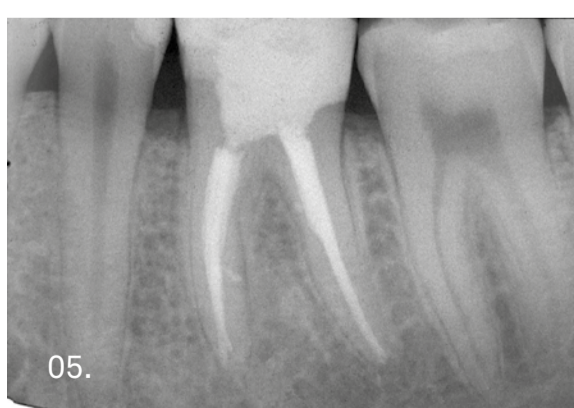
02. Controllo a distanza di 12 mesi durante i quali i sintomi sono persistiti; si evidenzia una radiotrasparenza latero-distale sulla radice mesiale



03. Intraoperatoriamente si evidenzia un terzo imbocco canalare (canale mediano) della radice mesiale. I tre canali mesiali sembrano comunque confluire in un unico ½ apicale



04. RX immediatamente post-operatoria



05. RX di controllo a 12 mesi



06. RX di controllo a distanza di 18 mesi



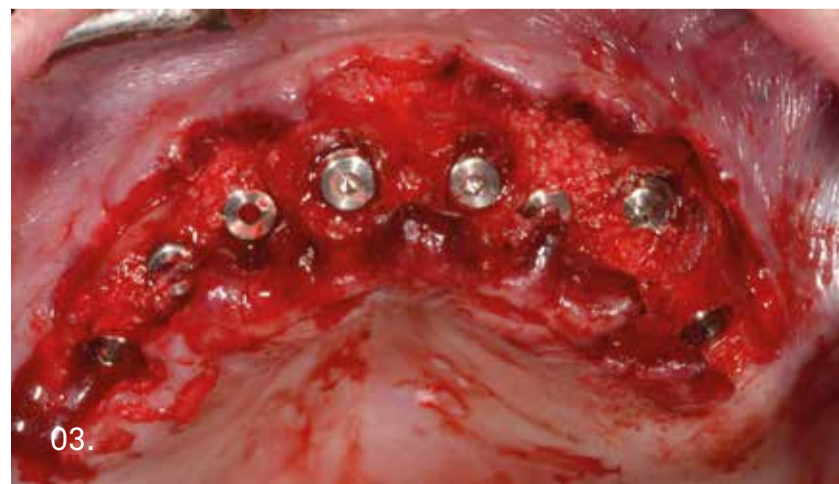
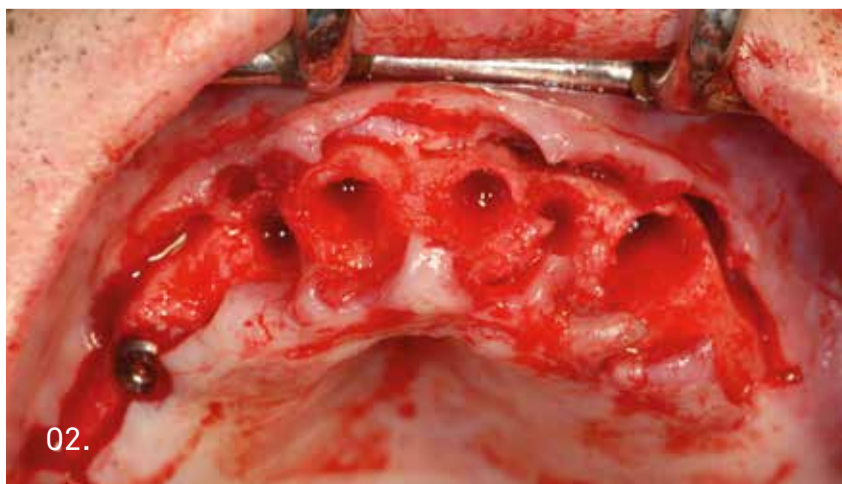
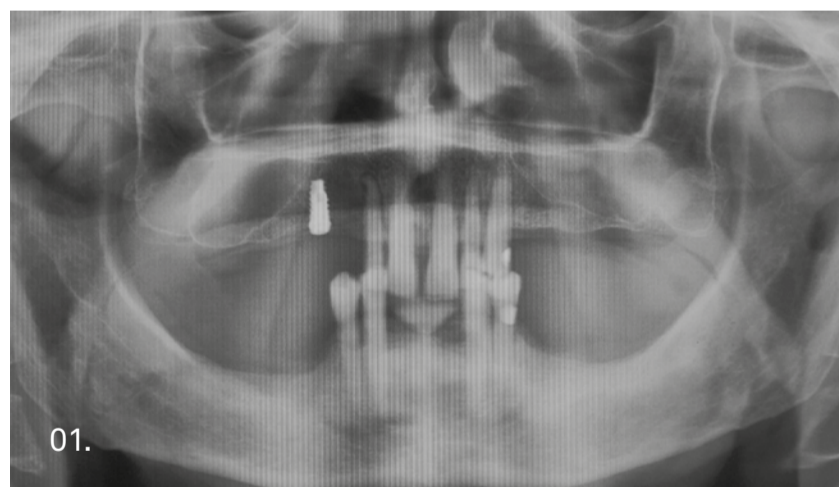
“DUE TECNICHE IMPLANTOPROTESICHE IN SINERGIA COME SOLUZIONE RIABILITATIVA MASCELLARE SUPERIORE IN PAZIENTE ANZIANO”



**DOTT.
GIUSEPPE TRAVERSO**

Nasce ad Albisola Superiore il 6 maggio 1962. Si laurea con lode in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Genova. Nel secondo triennio degli studi frequenta la Divisione di Chirurgia Maxillo-Facciale dell'Ospedale S. Martino di Genova, dove una volta conseguiti i diplomi di laurea e l'abilitazione professionale, esercita l'attività di Medico Chirurgo interno della Divisione stessa, diretta dal prof. Franco Torrielli, Libero Docente in Chirurgia Maxillo-Facciale, per una durata complessiva di nove anni. Presta servizio militare come Ufficiale Medico Chirurgo della Marina Militare. Nel 1994 trascorre un periodo di perfezionamento in riabilitazione totale dell'edentulo ed uno successivo in tecniche avanzate di chirurgia implantare presso le Università di Ginevra e Berna, ai quali si aggiungono i continui e numerosissimi incontri di aggiornamento svolto in materia di disciplina implantologica, nel suo aspetto chirurgico (intra -ed extra-orale) e protesico. Master di I e II livello in Implantologia ed Implantoprotesi orale Università di Genova. Dal 1992 svolge attività libero-professionale chirurgica e odontoprotesica presso il proprio Studio in Savona ed alcuni Studi esterni. È autore di pubblicazioni scientifiche su riviste specializzate e relatore a congressi nazionali ed internazionali. È Consulente Tecnico del Tribunale di Savona in materia di discipline odontoiatriche e di Chirurgia Maxillo-Facciale. Da oltre vent'anni rivolge particolare interesse verso l'implantologia orale (compresa l'attività di consulenza e ricerca), la protesi fissa e l'estetica dentale, dedicando inoltre una parte dell'attività ad aspetti didattico-scientifici come docente a corsi di chirurgia implantare ed implantoprotesi. Nei trienni 2003-2005 e 2006-2008 ha ricoperto la carica di Presidente della Commissione Albo Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Savona.

Paziente B.L. di aa. 83, maschio, con in anamnesi patologica remota nulla di rilevante da segnalare eccetto una condizione di enfisema polmonare associato a fibrosi. Il paziente è portatore di protesi parziale mobile con ganci ad entrambe le arcate mascellari e di un impianto endosseo a vite in sede 1.4 installato 8 anni prima, non sottoposto a carico (fig. 01). La richiesta del paziente è stata quella di avere una dentatura fissa all'arcata superiore ed una protesi rimovibile estetica in quella inferiore. Fatte le opportune valutazioni cliniche, si è proposto un piano di trattamento che comprendesse, rispettivamente, una protesi tipo Toronto Bridge superiore supportata da 8 pilastri implantari, confezionata in titanio-composito, ed una Valplast inferiore con elementi di ritenzione sulla dentatura naturale presente.



Sotto adeguata copertura farmacologica, in sede di intervento si è proceduto alla bonifica dell'arcata superiore, compresa la rimozione dell'impianto presente nel quadrante I e all'inserzione delle fixture programmate (figg. 02 e 03).

Si sono posizionate bilateralmente quelle distali con una adeguata inclinazione (fig. 04) ai fini di estenderne l'utilizzo protesico in senso distale, mutuando il concetto "tilted implants", in questo caso limitato a causa dei ridotti diametri ossei verticali in corrispondenza delle cavità sinusali bilateralmente (fatto dovuto ad una pneumatizzazione delle stesse, associata ad atrofia cre-stale di tipo orizzontale). Dove si è riscontrata una discrepanza oltre il millimetro tra diametro dell'impianto utilizzato e quello dell'alveolo estrattivo-chirurgico, si è provveduto a colmare il gap con innesto auto-eterologo. Le stesse zone

sono poi state ricoperte con una membrana in collagene.

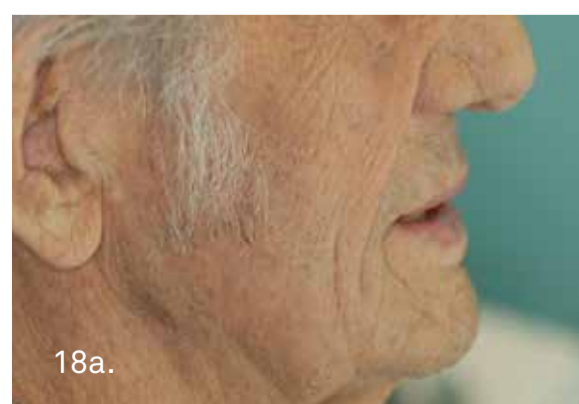
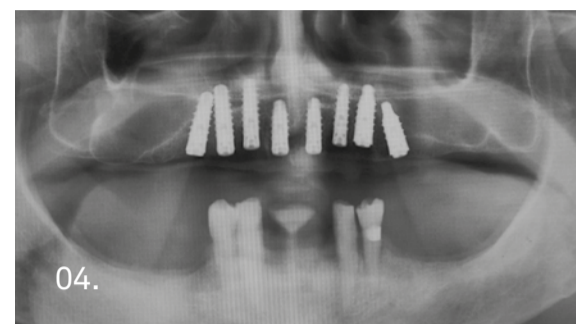
Trascorsi quattro mesi, durante i quali il paziente ha usufruito di condizioni funzionali ed estetiche soddisfacenti grazie ad una protesi totale superiore opportunamente confezionata, si è proceduto alla scoperta dell'area di connessione degli impianti, posizionando adeguate transmuose per il condizionamento tissutale.

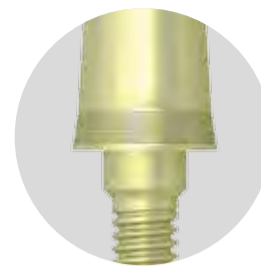
Trascorse due settimane, si è passati al rilievo delle impronte con transfer avvitati (figg. 5 e 6) e a quello degli altri parametri protesici.

Le sedute successive hanno compreso l'inserimento delle componenti P.A.D. su ogni singolo impianto, usufruendo dell'ausilio di una chiave di guida e verifica (figg. 8 e 9) e la prova di una sovrastruttura in titanio (in fig. 7 sul modello master) con tavolo occlusale in composito, va-

lutandone passivazione, grado macroscopico di fitting e congruità intermascellare con già installata la protesi antagonista (figg. 10 e 11).

In figg. 12 e 13 è raffigurata la struttura terziaria in una sua fase di stratificazione e nel suo aspetto finale prima della consegna. Si è giunti così infine alla seduta di montaggio e consegna (figg. 17 e 18), dove si sono sigillati i canali protesici mediante teflon e composito (figg. 14, 15 e 16).





RIABILITAZIONE ESTETICA CON PILASTRI XA



DOTT. XAVIER VELA NEBOT

Laureato in Medicina all'Università di Barcellona nel 1989. Pratica privata a Barcellona, dedicandosi esclusivamente all'implantologia e alle protesi dal 1992 presso la Clinica Vela.

Come co-fondatore e membro del centro BORG dal 2005, ha partecipato a numerosi articoli e conferenze nell'ambito internazionale riguardo l'estetica e la riabilitazione orale multidisciplinare, così come in studi collaborando con le Università di Barcellona, Madrid, Kyoto, Torino, New York e Murcia.



DOTT. XAVIER RODRÍGUEZ CIURANA

Laureato in Medicina all'Università Autonoma di Barcellona (UAB) nel 1992. Specialista in Chirurgia Orale e Maxillofacciale, sezione distaccata di Vall d'Hebron,

Università Autonoma di Barcellona (UAB) nel 2000. Dottore in Medicina e Chirurgia nell'Università Autonoma di Barcellona (UAB) nel 2005. Pratica privata nello studio CambraClínic & Associats, Barcellona- Madrid, dal 2007. Professore associato dell'Università Europea di Madrid (UEM) dal 2010. Dipartimento di Ricerca nell'Università Internazionale di Catalunya (UIC) dal 2011. Segretario della Società Catalano-Baleare di Chirurgia Orale e Maxillofacciale (SCBCOM) dal 2010. Come co-fondatore e membro del centro BORG dal 2005 ha partecipato a numerosi articoli e relazioni in ambito internazionale riguardo l'estetica e la riabilitazione orale multidisciplinare, così come in studi collaborando con le Università di Barcellona, Madrid, Kyoto, Torino, New York e Murcia.



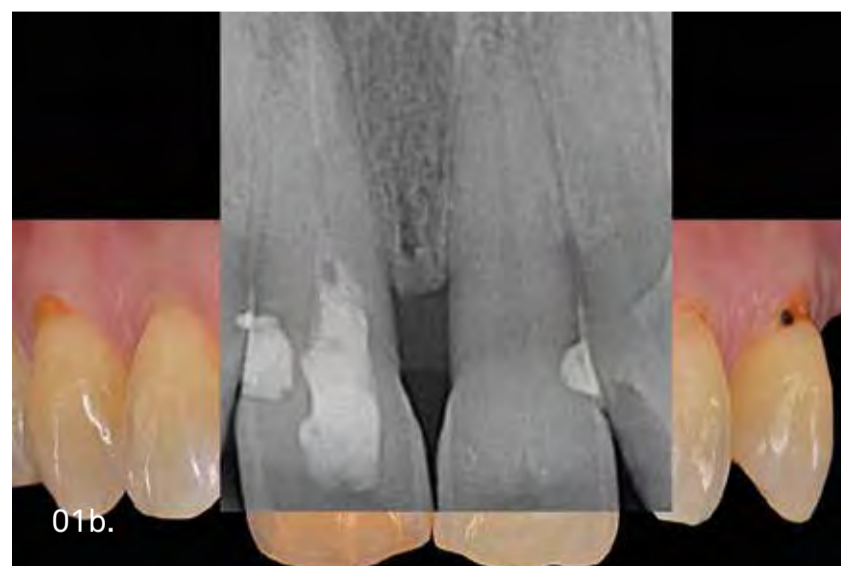
ODT. JAVIER PÉREZ LÓPEZ

Titolo di Tecnico Specializzato in Protesi Dentale presso la Scuola di Santa Apolonia, Santiago de Compostela. Direttore del laboratorio Tecnica Dental Studio VP. Specializzato in protesi su

impianti ed estetica. Iscritto all'ordine dei Professionisti in protesi della Galizia. Collaboratore nel Master di Periodonzia e Impianti, presso la Facoltà di Odontoiatria, Università di Santiago di Compostela, International Oral Design Center, Galizia. Fellow per l'associazione ITI (Internacional Team for Implantology). Autore di articoli nel campo dell'implantologia e estetica.

Sviluppata in collaborazione con i dottori Xavier Vela e Xavier Rodríguez del centro BORG di Barcellona (*Barcelona Osseointegration Research Group*), la nuova linea protesica XA nasce dall'importante concetto biologico che mette in relazione **tessuti molli in salute con un tessuto duro che sia stabile nel tempo.**

CASO CLINICO



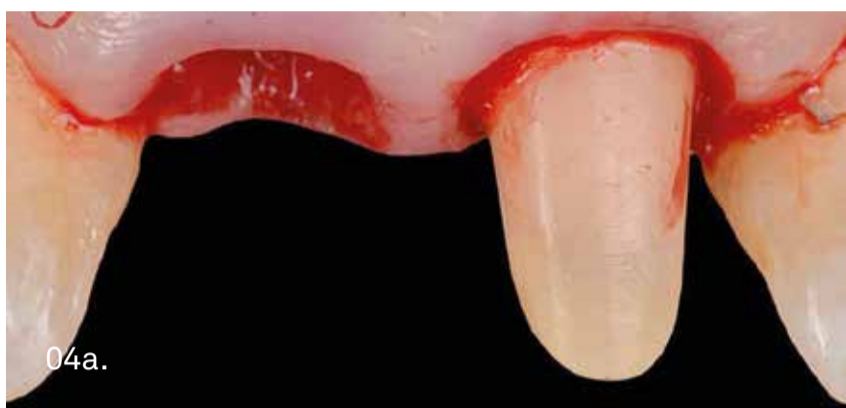
Caso iniziale: si sottolinea la recessione gengivale in entrambi gli incisivi. L'elemento 1.1 presenta il fallimento del ritrattamento endodontico: si è valutato che un ulteriore ritrattamento non avrebbe portato ad un successo clinico. L'incisivo 2.1 presenta carie interprossimali



Preparazione del moncone naturale 2.1 secondo la tecnica B.O.P.T. La morfologia conica viene preparata fino a livello dell'osso creatale.



Estrazione dell'incisivo 1.1



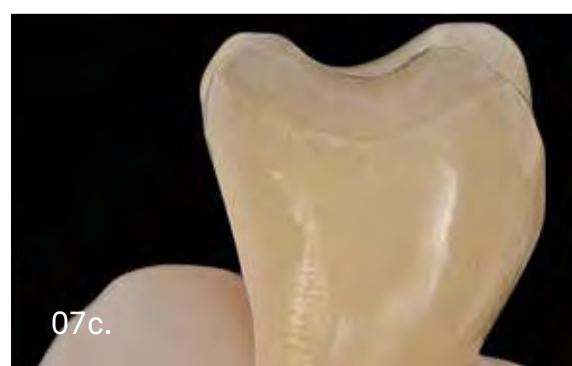
Inserimento di un impianto Shelta con diametro 4.25 mm in posizione subcrestale, sfruttando la parete palatale dell'alveolo per ottenere un'emergenza protesicamente favorevole per la protesi avvitata



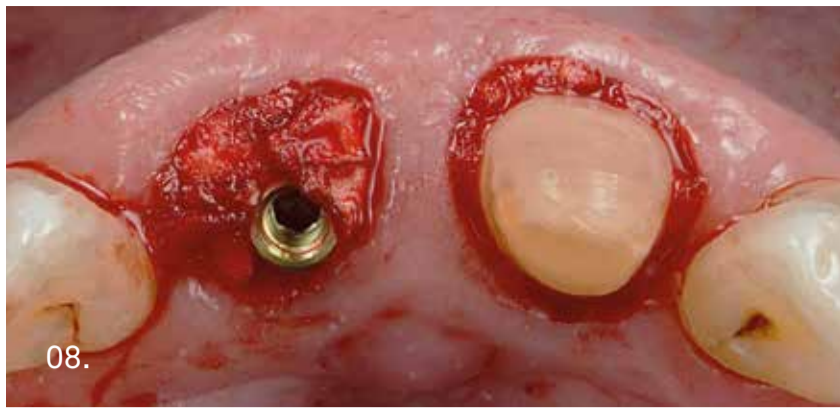
Inserimento del pilastro XA per protesi avvitata: il tratto caratterizzato dalle micro-rigature resta a livello subcrestale



Posizionamento della cappetta Conoweld per protesi conometrica provvisoria e successiva realizzazione di un ponte in resina che ingloba la cappetta Conoweld e legge il profilo del solco e del margine gengivale



Finalizzazione dei profili di emergenza del ponte provvisorio (vista vestibolare, mesiale e distale)



08. Inserimento del materiale da innesto nei tessuti molli e di una spugna di collagene per preservare la dimensione orizzontale



09. Doppio fissaggio del ponte provvisorio con gel di clorexidina sul moncone naturale e con la cappetta Conoweld su pilastro XA



10a. Follow up a 4 mesi: il processo di stabilizzazione gengivale è favorito dai profili conici di entrambe le riabilitazioni. È iniziata la formazione della papilla, che occupa progressivamente lo spazio tra le due corone



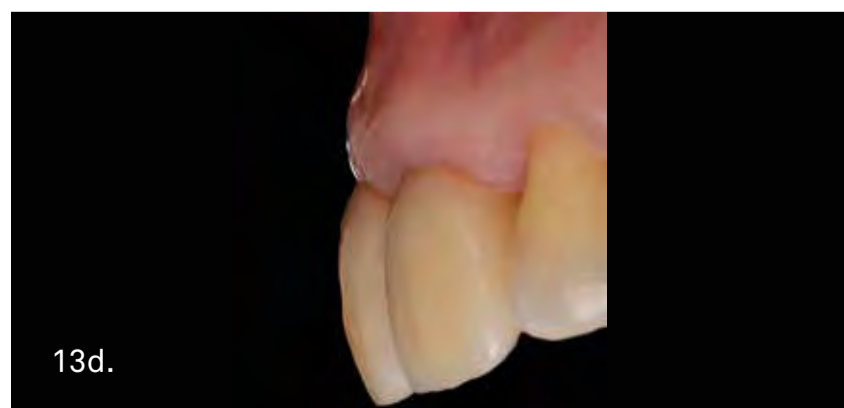
11. Si procede con la presa d'impronta e la riproduzione della situazione clinica nel modello in gesso con gengiva rimovibile



12. Protesi definitiva in metallo-ceramica per avvitamento sul pilastro XA



13a. Follow up a 6 mesi: i tessuti molli presentano un aspetto salutare, continuano la loro crescita in direzione coronale e occupano progressivamente lo spazio interprossimale destinato alla papilla. I margini gengivali presentano la stessa tendenza a stabilizzarsi a livello coronale



NUOVE PROTESI XA PER IMPIANTI SHELTA

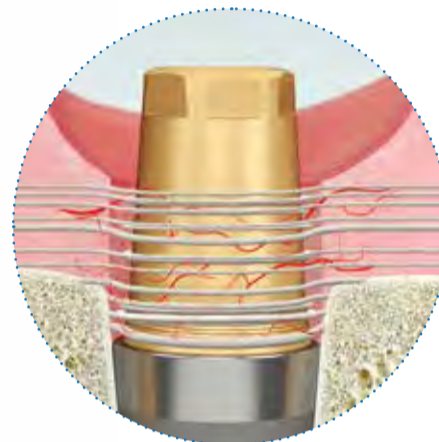
Sviluppata in collaborazione con i dottori **Xavier Vela** e **Xavier Rodríguez** del centro BORG di Barcellona (*Barcelona Osseointegration Research Group*), la nuova linea protesica XA nasce dal concetto biologico che mette in relazione **tessuti molli in salute** con un **tessuto duro che sia stabile** nel tempo.



I pilastri XA presentano delle **micro-rigature alla base del pilastro che guidano la crescita dei fibroblasti** e la **produzione di fibre collagene**, ottenendo una migliore preservazione ossea e promuovendo la sua rigenerazione grazie alla conicità del pilastro stesso.

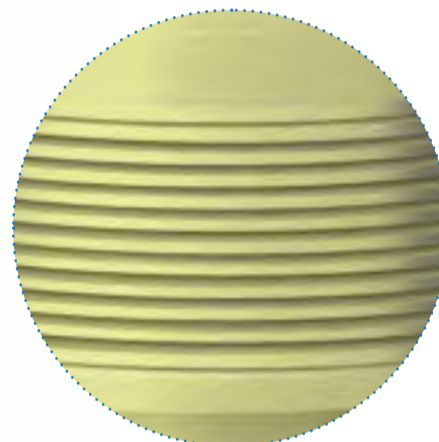
Platform Switching

Possibilità di realizzare questo protocollo protesico con impianti Shelta, mantenendo l'osso più lontano dalla piattaforma di connessione impianto-pilastro. Tale piattaforma sostiene il tessuto connettivo, così da stabilizzare le fibre e ottimizzare la rigenerazione ossea.



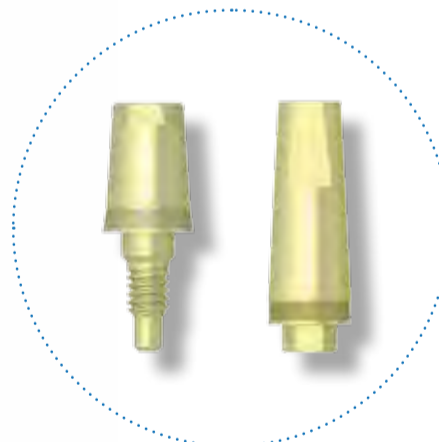
Micro-rigature

Presenti alla base del pilastro, guidano le fibre e stimolano la produzione di collagene.



Due versioni...

I pilastri sono disponibili in due versioni, che permettono la realizzazione di protesi avvitata (pilastri con avvitamento diretto) e con tecnica cementata (pilastri con vite di serraggio), anche seguendo il protocollo One-Abutment-One-Time.



...per molte soluzioni

Le due versioni non presentano spalla (ossia linea di finitura), seguendo i principi della tecnica B.O.P.T.



Protesi avvitata

Il pilastro XA per protesi avvitata non presenta spalla, è disponibile in un unico diametro e tre diverse altezze e realizza uno Switching protesico con l'impianto Shelta. Con questo pilastro è possibile utilizzare le cuffie Conoweld per la realizzazione della protesi con tecnica conometrica.

Protesi cementata

I pilastri per protesi cementata sono disponibili in tre diametri differenti, inoltre ognuno ha il proprio analogo e transfer per la fase di presa d'impronta e modello.

“SEI TU CHE HAI IL POTERE DI GUIDARE I TESSUTI”

dott. Xavier Vela Nebot, dott. Xavier Rodríguez Ciurana
Centro BORG (*Barcelona Osteointegration Research Group*)

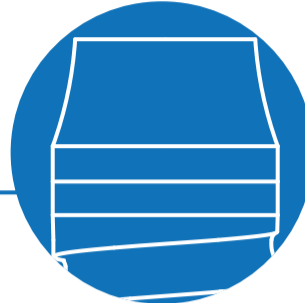
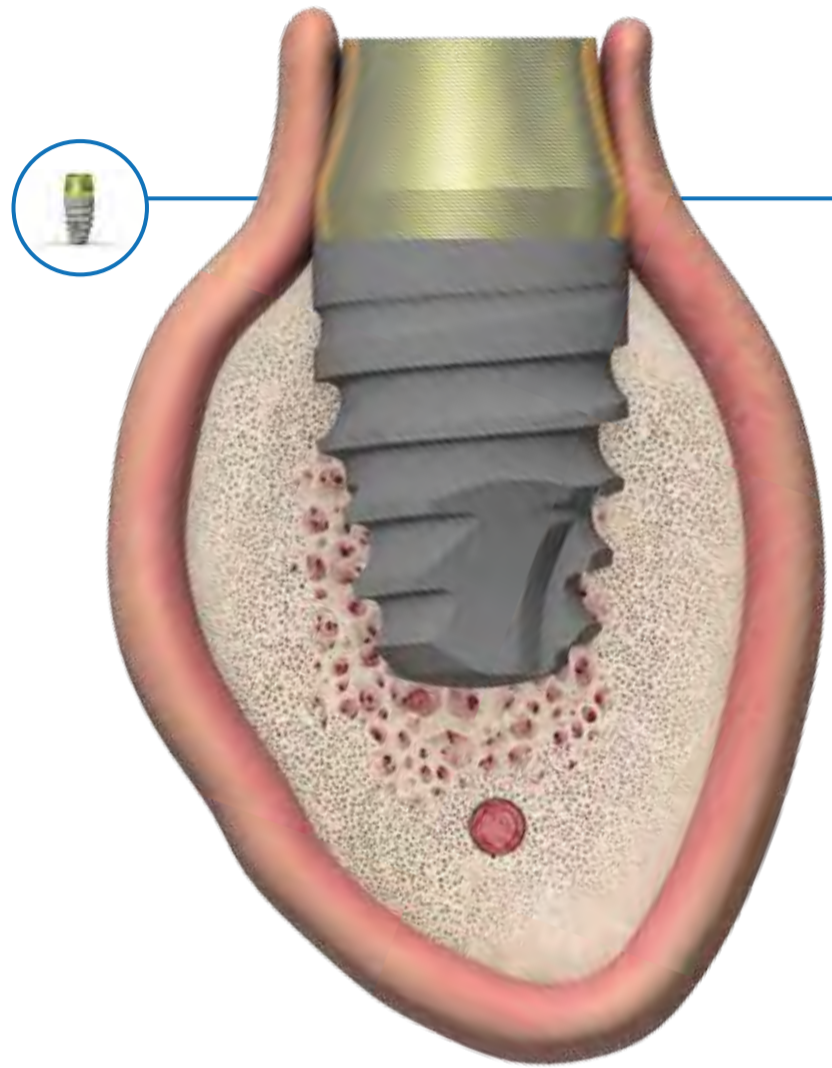


Consultate la bibliografia completa

NOVITÀ DI MERCATO

PRAMA SHORTY: UNA NUOVA SOLUZIONE PER LA MININVASIVITÀ

È ora disponibile l'impianto Prama in altezza 6.00 mm per tutti i diametri della sistemica (3.80, 4.25 e 5.00).



Anche la nuova altezza presenta la caratteristica morfologia del collo Prama a ramo di iperbole che garantisce un'ottima guarigione dei tessuti. L'anodizzazione dorata del collo transmucoso permette un alto mimetismo estetico ed è altamente biocompatibile.



L'altezza di soli 6.00 mm permette l'utilizzo di questo impianto come ottima alternativa a un rialzo di seno o a una rigenerazione verticale, con risultati altamente predicibili.



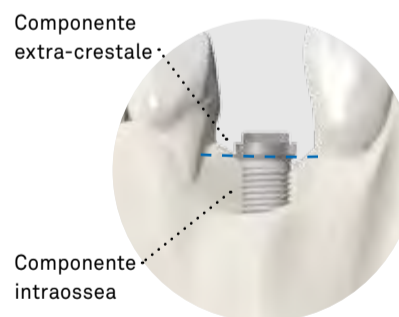
Per la preparazione del sito chirurgico devono essere utilizzate le frese del Drilling Kit Shorty, che presentano le adeguate laserature e gli stop di profondità.

PERI SET

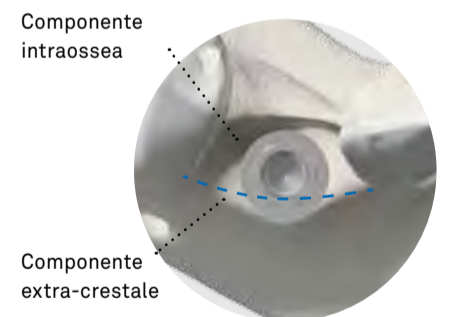
L'analisi e il trattamento della **periimplantite** è un argomento di grande attualità nei più importanti congressi di odontoiatria, dato che questa rappresenta al momento la più grave complicanza sito-specifica che colpisce gli impianti dentali osteointegrati successivamente al restauro protesico.

Quando l'esito di questa patologia è il riassorbimento osseo periimplantare, che può manifestarsi tanto in senso verticale quanto orizzontale, si può arrivare all'esposizione di parte del corpo e delle spire dell'impianto.

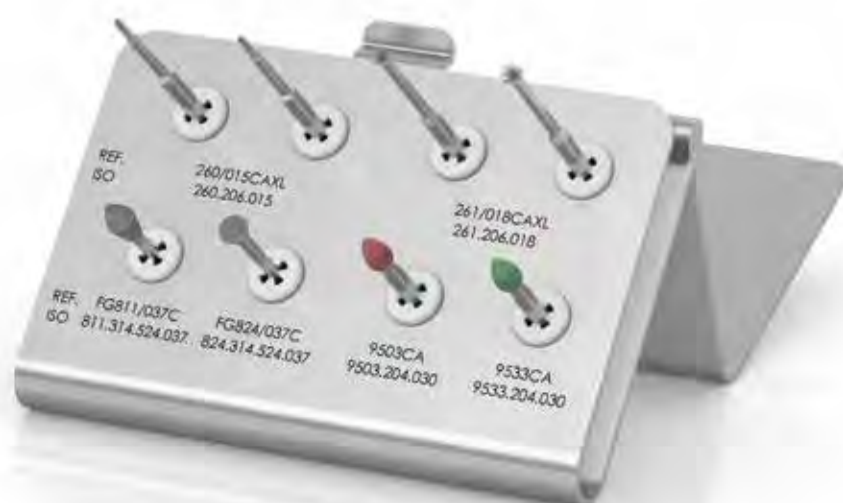
Nodo cruciale del trattamento della periimplantite è la difficoltà di rimuovere completamente gli agenti patogeni e i tessuti danneggiati dalla superficie dell'impianto e, al contempo, riportare la stessa superficie nuovamente affine ai tessuti duri e molli.



Impianto con periimplantite



Visione tridimensionale dello stesso difetto periimplantare



Il nuovo kit **PERI SET** nasce grazie alla collaborazione con il dott. Giuseppe Corrente e il dott. Roberto Abundo, che negli anni hanno messo a punto delle **sequenze efficaci e ripetibili per recuperare situazioni gravemente compromesse a causa della periimplantite**.

Il set contiene diverse tipologie di strumenti, per eseguire l'ablazione della macro-geometria dello stesso in vista di un'ottimale guarigione dei tessuti.

Il follow-up dei numerosi casi trattati con questo approccio conferma la reale possibilità di **recuperare situazioni gravemente compromesse** a causa della periimplantite e di avere tessuti duri e molli che restano stabili nel tempo.

INTERVISTA

Il dott. Vittorio Ferri è socio attivo dell'Accademia Italiana di Endodonzia (A.I.E.), è stato allievo del dott. N. Perrini, del dott. G. Carnevale e del dott. G. Di Febo.

Docente e organizzatore del Corso di Perfezionamento in Implantologia Post-Graduate dell'Università di Modena (A.A. 2000-2008).

Dal 2010 Collaboratore presso il reparto di Parodontologia ed Implantologia diretta dal prof. Luigi Checchi, Università di Bologna. Ha partecipato a studi multicentrici sul carico immediato in implantologia. Svolge la libera professione a Modena occupandosi prevalentemente di implantoprotesi e chirurgia parodontale.

MININVASIVITÀ

Dott. Ferri al giorno d'oggi si sente parlare sempre di più di protocolli minimamente invasivi: è il riflesso di una richiesta crescente dei pazienti oppure sono i clinici che sempre più ne apprezzano la semplificazione dei protocolli?

Ambedue questi aspetti. Semplificare protocolli e procedure chirurgiche riduce le complicanze, i tempi di realizzazione e i costi.

Le richieste e le necessità dei pazienti sono spesso legate al momento storico che si sta vivendo condizionandone le scelte e facendo valutare attentamente non solo i costi, ma anche il tempo da dedicare ad un percorso terapeutico e le eventuali complicanze a medio e lungo termine.

Chiaramente dai primi anni '70 ad oggi tutta la chirurgia orale, parodontale ed implantare si è modificata in quanto sono aumentate le nostre competenze di clinici, e sono cambiate le richieste e le necessità delle persone che curiamo. Dal mio punto di vista i clinici si adattano -quando possibile- alle richieste dei pazienti ed in particolare di quel singolo paziente, usufruendo di nuove metodiche, nuovi strumenti diagnostici e nuovi materiali.

La mininvasività impatta solamente la pratica chirurgica o ci sono a suo avviso anche protocolli mininvasivi dal punto di vista protesico?

Indubbiamente tutto ciò che riduce la tempistica, le complicanze post-chirurgiche e l'ingombro protesico consente di ridurre l'invasività generale di un trattamento terapeutico. Ad esempio la realizzazione di una arcata fissa avvitata su impianti (tipo TORONTO bridge) posizionata a carico immediato, cioè nella stessa giornata della chirurgia implantare, riduce chiaramente il numero degli interventi, i passaggi protesici e l'ingombro eventualmente dato da una protesi rimovibile con flange e palato.

La predicibilità delle terapie implanto-protesiche è un limite alla sperimentazione di nuove tecniche?

No, l'alta predicibilità delle terapie implanto-protesiche è uno stimolo alla sperimentazione di nuove tecniche e di nuovi materiali che riducano ulteriormente l'invasività e la tempistica delle terapie. Ad esempio l'utilizzo di



**DOTT. VITTORIO
FERRI**

impianti short (oggi abbiamo impianti come i Syra Short che vanno dai 4 ai 6 mm di altezza per 4-5 mm di diametro) e di impianti stretti (come ad esempio l'Outlink² Slim) ci consentono molto spesso di riabilitare pazienti atrofici che fino ad oggi avremmo trattato obbligatoriamente con tecniche rigenerative molto più invasive. Va altresì detto che la chirurgia rigenerativa ci è di grande aiuto nella risoluzione di casi clinici che altrimenti sarebbero destinati solo alla protesi mobile.

Chiaramente ogni situazione va personalizzata e studiata approfonditamente con le immagini tridimensionali che oramai usiamo da anni.

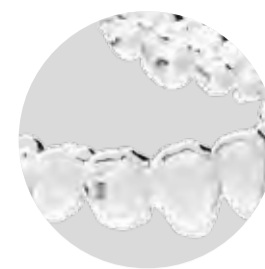
Secondo la sua esperienza, quali sono le basi su cui costruire un rapporto di fiducia tra medico e paziente duraturo nel tempo e non influenzabile dal gioco a ribasso dei prezzi?

A questa domanda si dovrebbe rispondere con un trattato di comunicazione e di psicologia. Molto semplicemente ritengo che il rapporto di fiducia il medico debba guadagnarselo innanzitutto ascoltando attentamente le

richieste del paziente-persona e facendo capire a quest'ultimo che nella scelta delle varie opzioni terapeutiche si schiera dalla sua parte. I rapporti duraturi e basati sulla fiducia hanno come sottofondo sentimenti veri, emozioni forti e grande affettività. Ognuno di noi quando ha bisogno di un medico, oltre alla competenza specifica, vorrebbe essere ascoltato, capito e possibilmente amato. Può sembrare un'es-

pressione forte, ma sono da sempre convinto che costruendo legami profondamente affettivi con i nostri pazienti si crei quel clima di empatia e di fiducia reciproca capace di far durare negli anni un rapporto che non è più solo professionale, ma profondamente umano. Fortunatamente oggi possiamo proporre metodiche e materiali che appunto riducendo l'invasività, la tempistica e le lavorazioni riducono anche i costi. È molto importante che il paziente percepisca di essere seguito, sostenuto e capito per dare al rapporto umano e professionale con il medico e il suo team un valore aggiunto che risulta molto più importante del banale ribasso dei listini. Chiaramente situazioni contingenti come la crisi economica ci fanno valutare di volta in volta come trovare soluzioni decorose e adatte anche per persone in difficoltà.

CORREZIONE DELL'AFFOLLAMENTO CON F22 ALIGNER



**DOTT.SSA
TERESA OLIVERIO**

Nata a Crotona il 4/10/1984.

Laureata con lode in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Ferrara nel 2009.

Specializzata con lode in Ortognatodonzia presso l'Università degli Studi di Ferrara nel 2013.

Prof. a.c. di Ortodonzia per il quinto anno del CLOPD dell'Università degli Studi di Ferrara.

Assegnista di Ricerca presso la Scuola di Specializzazione in Ortodonzia di Ferrara.

Attualmente esercita la libera professione come esclusivista in Ortodonzia in Emilia Romagna.

La paziente di 25 anni si è presentata alla nostra attenzione con la richiesta di risolvere l'affollamento nell'arcata inferiore per migliorare l'aspetto estetico della sua dentatura.

Il viso della paziente risulta simmetrico, le labbra competenti, lo smile arc è adeguato, la linea mediana dentale superiore corretta. Lateralmente si osserva, durante il sorriso, una lieve biretrusione.

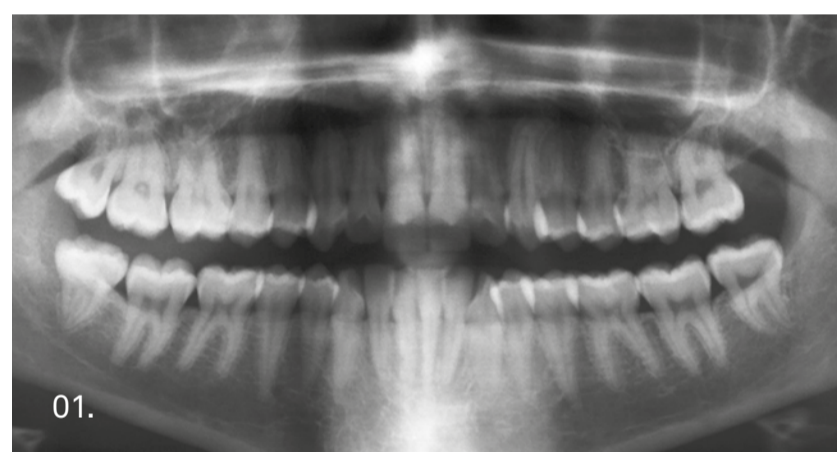
L'angolo nasolabiale e la dimensione del mento risultano corretti. Dall'analisi cefalometrica si evidenzia un valore di FMA 26,3° e IMPA di 86,5°.

La paziente presenta prima classe molare e canina da entrambi i lati.

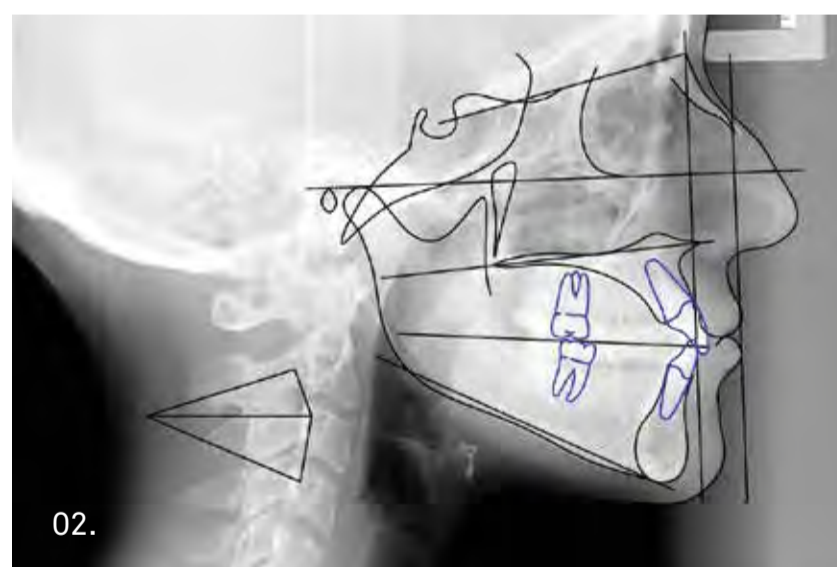
L'affollamento in arcata inferiore è di 7,58 mm mentre nell'arcata superiore di 1,63 mm. La richiesta della paziente è la correzione dell'affollamento in entrambe le arcate attraverso l'utilizzo di un apparecchio ortodontico invisibile.

Il trattamento ortodontico è stato eseguito con F22 Aligner (Sweden & Martina). L'espansione delle arcate e l'esecuzione di stripping ha consentito di recuperare lo spazio necessario per risolvere l'affollamento. La durata prevista di trattamento è stata di 8 mesi con la pianificazione di 16 steps superiori e inferiori. Sono stati utilizzati attachment linguali sugli elementi 1.5, 2.4, 4.3 e vestibolari sull'elemento 3.3 posizionati grazie all'utilizzo di un template.

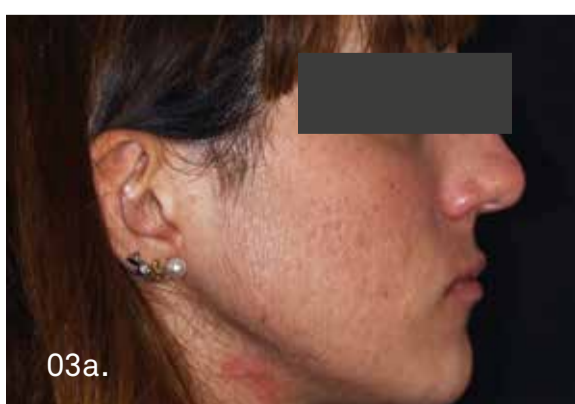
Durante le prime fasi di trattamento, lo stripping delle superfici mesiali e distali di tutti gli elementi dell'arcata inferiore, da secondo premolare di destra a secondo premolare di sinistra, è stato eseguito con strumenti rotanti (entità massima 0,4 mm). Ciò ha consentito di eliminare i punti di contatto tra gli elementi e favorire la correzione dell'affollamento e delle rotazioni. La paziente ha indossato gli allineatori circa 22 ore al giorno, rimuovendoli solo per i pasti e per eseguire le manovre di igiene orale. Ogni step è stato indossato per un arco di tempo di 15 giorni e le visite di controllo sono state eseguite ogni 4 settimane.



01.
Ortopantomografia iniziale



02.
Teleradiografia iniziale



03a.



03b.



03c.



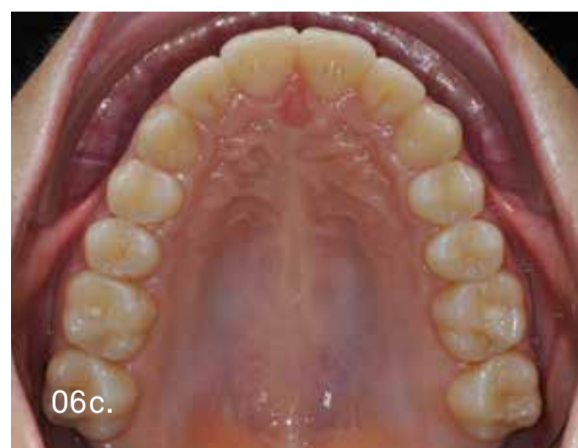
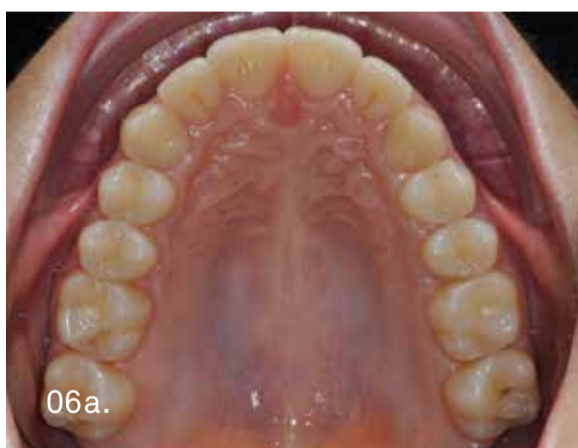
La paziente prima del trattamento ortodontico

Dopo i primi 8 steps di trattamento è già possibile osservare un notevole miglioramento della forma d'arcata, la centratura delle linee mediane e la riduzione dell'affollamento in entrambe le arcate.

Al termine del trattamento il confronto tra il risultato ottenuto e il setup digitale mostra una congruenza elevata.

La cura nella pianificazione del trattamento e l'elevato fitting degli allineatori F22 consentono di ottenere risultati predicibili in tempi ridotti.

Il posizionamento degli attachment sulla superficie linguale e l'elevata trasparenza di F22 rendono il trattamento realmente invisibile.





La paziente al termine del trattamento ortodontico dopo 8 mesi

SCANNER INTRAORALE CS3600

Scansione più rapida, più facile, più smart

Esclusive capacità di scansione continua, ad alta velocità, a colori 3D Full HD

- **Intelligent matching System:** consente di completare eventuali dati mancanti, in qualsiasi area
- **Scan Data History:** permette l'eliminazione di tessuti scansionati in eccesso, per perfezionare l'impronta digitale
- **Flussi di lavoro dedicati**
- **Versatilità ottimale:** il sistema di scansione è aperto, grazie ai file aperti di output .STL e .PLY



Uno scanner unico, tre flussi di lavoro

Il CS 3600 è caratterizzato da flussi di lavoro dedicati per casi di protesi, ortodontici, e di protesi implant-borne.

Protesico: Si utilizza lo scanner come soluzione autonoma inviando le scansioni al laboratorio odontotecnico preferito, oppure lo si integra nel portfolio per protesi CAD/CAM CS Solutions, per un flusso di lavoro protesico chairside completo.

Ortodontico: Creazione rapida e facile di modelli digitali per studio o per utilizzo nella fabbricazione di apparecchi.

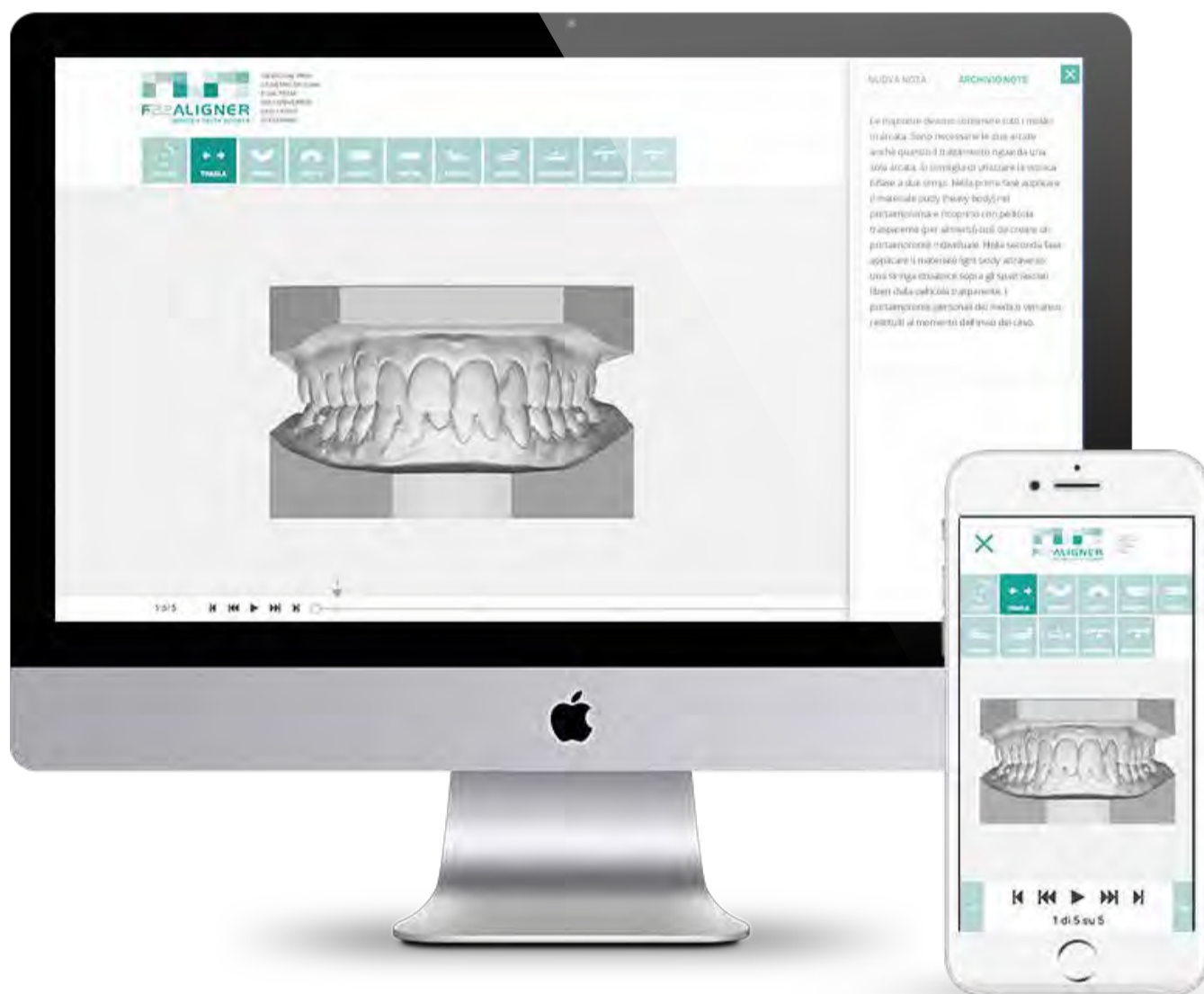
Protesico implant-borne: Un flusso di lavoro dedicato, progettato specificamente per scansione di implantborne protesici, abutment supportati e scan body.





SCOPRI I PLUS

DELL'AREA RISERVATA F22 ALIGNER



ALL IN ONE

In una pagina tutte le informazioni: dati del paziente, chat, allegati, simulatore e progress timeline.



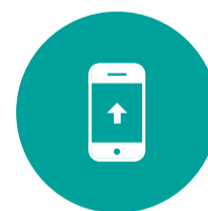
SIMULATORE 3D

Innovativo simulatore 3D con chat integrata.



TUTORAGGIO

Sistema di tutoraggio digitale con esperto dedicato.



MOBILE

Ottimizzazione mobile di tutta la piattaforma per gestire i propri casi anche da smartphone.

F22 è un sistema di mascherine in materiale plastico trasparente, che ricopre interamente le arcate dentali ed è in grado di trattare un'elevata gamma di problemi di allineamento. Ogni allineatore è capace di imprimere delicatamente sui denti, una volta indossato, piccoli movimenti programmati, esercitando pressioni in punti definiti. Indossare F22 è estremamente facile perché realizzato con materiali morbidi, elastici e altamente estetici.



La nuova area riservata, ottimizzata per utilizzo anche da smartphone, offre una visione a 360° dei casi inseriti, incluso un nuovo simulatore 3D con chat integrata per il confronto in diretta con un tutor dedicato.

OZONE FRIENDLY

**DOTT.
GIUSEPPE CHIODERA**

Laureato in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università degli Studi di Brescia.
Vincitore nel 2004 di una borsa di studio per perfezionamento all'estero svoltosi presso il Kings College University of London.
Membro di Style Italiano.
Autore di articoli su riviste nazionali e internazionali.
Relatore in congressi nazionali e internazionali.
Esercita la libera professione in Brescia.

L'Ozono è una tecnologia che trova le sue radici nella storia dell'odontoiatria; difatti, le prime applicazioni in ambito medico sono state proposte da un dentista e solo successivamente hanno trovato spazio in medicina.

Attrae la nostra attenzione di clinici uno strumento capace di aumentare la concentrazione di ozono nelle aree in cui sia necessario stimolare a diversi livelli la risposta biologica del paziente, facilitandone così la guarigione.

Questa alta concentrazione di gas rende disponibile ozono, e quindi ossigeno, ai tessuti che interagiscono con la punta dello strumento, basta che la vicinanza sia tale da consentire la chiusura del circuito, e quindi la scarica elettrica che produce ozono partendo dall'ossigeno ambientale.

Migliorare la guarigione dei tessuti con un gas che decontamina i siti trattati grazie all'azione battericida e virostatica vuol dire anche ridurre gli edemi e quindi i sintomi; ciò si traduce in minor quantitativo di farmaci assunti e un aumento della qualità percepita dal paziente.

L'ossigeno ozonoterapia è totalmente anallergica!

Gli unici pazienti nei quali non è indicato sono le donne in gravidanza e i portatori di pacemaker.

CASO CLINICO

Paziente donna di 72 anni in stato di buona salute.

Per diversi anni si è sottoposta a terapia con bifosfonati che ha sospeso da 2 anni, portatrice di protesi totale superiore.

Si presenta in studio riferendo dolore che le rende difficile l'utilizzo della protesi.

La sua richiesta è di rimuovere un presunto residuo radicolare attorno al quale la mucosa cheratinizzata è perennemente irritata.

Nella sede indicata dalla paziente ritroviamo non una radice ma un sequestro osseo attorniato da una massa ipertrofica di tessuto cheratinizzato, che si presenta con le chiare caratteristiche di un'inflammatione marginale (fig. 01).

Radiologicamente il sequestro risulta ben definito e separato dal letto osseo (fig. 02). Si decide di rimuovere il sequestro avvisando la paziente del rischio di una possibile osteonecrosi nella sede del prelievo.

La rimozione del residuo è resa comunque indispensabile per il discomfort che la paziente riferisce.

Rimossa la massa ossea di circa un centimetro di diametro (fig. 3) dalla base di osso nativo si procede, dopo aver posizionato una spugna di fibrina, alla sutura per stabilizzare il coagulo.

Prima di congedare la paziente si effettua un'applicazione di Ozono, seguendo la ricetta che accompagna tutti i nostri trattamenti di Ossigeno Ozono Terapia (OOT): potenza 6 un minuto per centimetro quadrato (figg. 04, 05, 06).

A 6 gg si rimuove la sutura e si osserva la formazione di epitelio nella base del cratere. La paziente riferisce di non aver avuto sintomi durante il decorso post intervento.

Si procede alla seconda applicazione di OOT con la stessa procedura adottata nella seduta precedente (fig. 07).

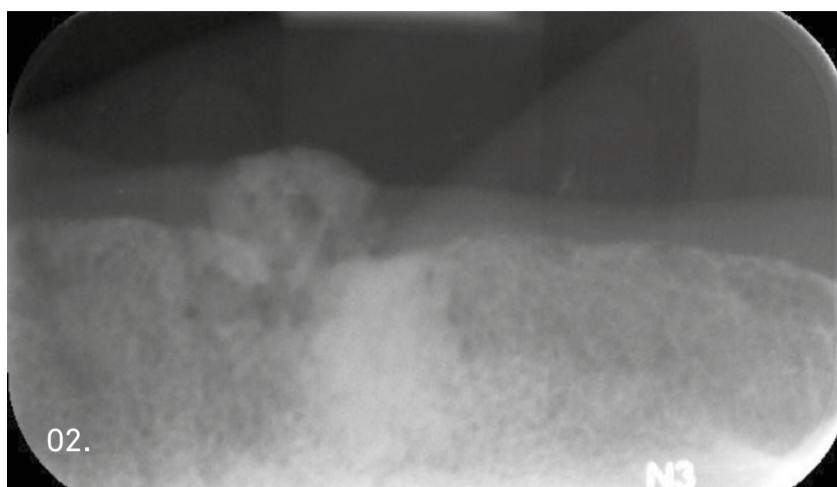
A 20 gg il cratere è quasi completamente ricoperto da nuovo tessuto con evidente riepitelizzazione circonferenziale e centripeta del cratere (fig. 08).

Le altre interessanti applicazioni della OOT che giovano al recupero post chirurgico sono la più rapida risoluzione delle lesioni ulcerative, siano esse di origine herpetica o aftosa, e il più rapido riassorbimento degli edemi; entrambe le situazioni sono per noi solo piccole complicanze poco rilevanti ai fini del buon esito clinico dell'intervento, ma rappresentano grandi problemi per il paziente.

Il dolore, il gonfiore e il discomfort sono esperienze negative che il paziente associa spesso agli interventi chirurgici. La nostra attenzione volta a migliorare il decorso post chirurgico contribuisce ad aumentare la qualità percepita da chi si rivolge alle nostre cure, un aspetto che la moderna odontoiatria non può più ignorare.

L'OOT si è dimostrata in grado di portare concreti benefici a diverse branche della nostra professione, dalla parodontologia ai decorsi post-operatori in chirurgia, passando per tutte quelle situazioni cliniche che richiedono un'azione antibatterica e antiedemigena.

Nonostante sia considerata ancora una tecnica alternativa in campo medico, l'OOT rappresenta invece una tecnologia molto innovativa in campo odontoiatrico che va intesa come integrativa dei protocolli tradizionali. Una grande nuova opportunità terapeutica per i nostri pazienti.



1° CONCORSO VIDEO SWEDEN & MARTINA: I VINCITORI

IL TRIONFO DEL DIGITALE

Si è concluso con successo il **1° concorso video lanciato da Sweden & Martina**, che ha registrato una grande partecipazione da parte di odontoiatri e odontotecnici da tutta Italia.



La giuria ha passato al vaglio tutti i lavori, valutandone sia il contenuto clinico, sia la qualità tecnica delle riprese, del montaggio e delle eventuali animazioni 3D. L'alta qualità di tutti gli elaborati pervenuti, soprattutto quelli incentrati sui nuovi processi digitali, è stata apprezzata a tal punto che l'azienda ha deciso di proiettare i video nei propri stand durante i principali congressi internazionali e di diffonderli attraverso le piattaforme social.

Vincitori del concorso e primi classificati ex aequo i video del Dottor Giovanni Battista Menchini Fabris di Pisa e del Dottor Alessandro Viscioni di Padova: a entrambi il premio del valore di 2.000 € in buoni sull'acquisto di prodotti Sweden & Martina.

Di seguito la lista dei primi dieci classificati:

1. Dott. MENCHINI FABRIS di Pisa - **"Immediate implant protocol via Magnetic Mallet"**
1. Dott. VISIONI di Padova - **"Implantologia guidata a carico immediato con posizionario protesico (PGTJ)"**
3. Dott. LOMBARDO di Torino - **"All-on-Outlink²"**
4. Dott. MOTTA di Biella - **"Protesi immediata su impianti: tecnologia e mini invasività"**
5. Dott. GORI di Viareggio - **"All-on-Prama"**
6. Dott. MENCHINI FABRIS di Pisa - **"Socket Preservation and Implantology via Magnetic Mallet"**
7. Dott. NOVELLO di Padova - **"Chirurgia guidata, carico immediato, post estrattivo"**
8. Dott. PUGLISI di Siracusa - **"Chirurgia guidata in paziente anziano"**
9. Dott. IANNI di Crotone - **"Riabilitazione fixed on four a carico immediato"**
10. Dott. PETROCCIONE di Avellino - **"Implantologia guidata con impianti Premium a carico immediato per protesi P.A.D."**

I video dei partecipanti sono già disponibili nei canali You Tube e Vimeo di Sweden & Martina

YouTube



vimeo

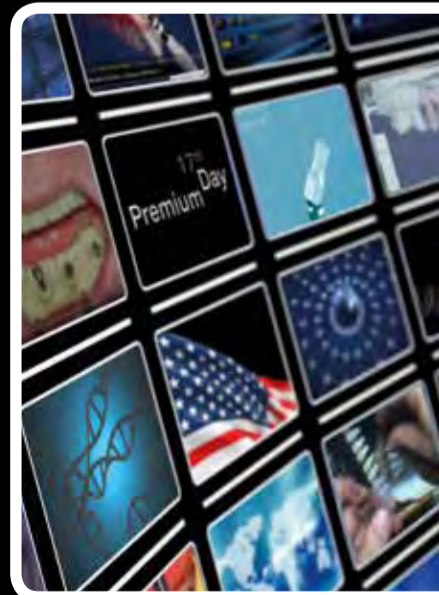


Hai perso l'occasione di partecipare al 1° Concorso Video Sweden & Martina?

Puoi metterti alla prova e partecipare al **2° Concorso Video Sweden & Martina**, che mette in palio oltre 5.000 € in buoni acquisto e prodotti Sweden & Martina.



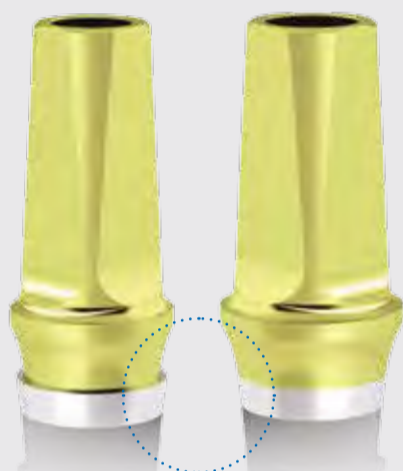
Regolamento e dettagli del concorso sono disponibili sul sito www.sweden-martina.com



PROTESI SHELTA Ø 4.25 E 5.00 MM

La gamma protesica Shelta si arricchisce di due nuovi diametri 4.25 e 5.00 mm, per dare al clinico una maggiore libertà di scelta della tipologia di componente protesica che più ritiene adatta alle necessità di ogni singolo caso.

Transmucose di guarigione, transfer, pilastri per provvisori e per protesi definitive, abutment P.A.D. e PLAIN, T-Connect per CAD CAM: queste nuove componenti protesiche presentano lo stesso esagono di connessione, ma un **diametro pari a quello della piattaforma dell'impianto.**



A sinistra impianto Shelta Ø 4.25 mm con protesi 3.80 mm, a destra Ø 4.25 mm con protesi 4.25 mm

IMPIANTI SHELTA Ø 6.00 MM

Per venire incontro a tutte le necessità anatomiche e cliniche, è ora disponibile il **nuovo Ø 6.00 mm** con spira standard nelle altezze 8.50 mm, 10.00 mm, 11.50 mm, 13.00 mm.

La preparazione ottimale del sito è garantita dalla **strumentazione chirurgica dedicata**: frese e maschiatori con i relativi stop di sicurezza dedicati. Inoltre come ulteriore garanzia di precisione sono disponibili le repliche Replay degli impianti, che fungono anche da perni per il controllo del parallelismo tra gli impianti.



PRODUCIAMO NOVITÀ

KIT CHIRURGICO PREMIUM SHELTA: UN KIT UNICO PER DUE SISTEMI

Il nuovo **kit chirurgico combinato** ha al suo interno la strumentazione per la fase chirurgica e protesica **per le linee implantari Premium e Shelta**: un grande vantaggio per l'implantologo che lavora in consulenza e per i casi in cui si opti per il posizionamento di impianti conici e cilindrici nella stessa seduta chirurgica.

All'interno del kit troverete tutta la strumentazione necessaria per operare in sicurezza: stop per frese cilindriche e coniche, repliche Replay degli impianti conici e i Driver Easy Insert.

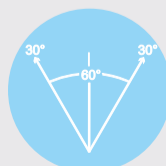


ABUTMENT LOCATOR R-TX PER IMPIANTI CSR-DAT

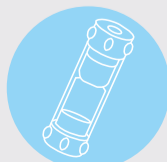
Presentiamo la nuova generazione dell'attacco per overdenture, abutment Locator R-Tx per gli impianti CSR-DAT. Questo abutment unisce alla consolidata tecnologia Locator una serie di migliorie che rendono il sistema ancora più performante e pratico da utilizzare.



Nuovo trattamento di superficie DuraTec, rosa, più duro e più resistente all'usura



Capacità pivot aumentata del 50% per correggere fino a 60° di disparallelismo tra due impianti



Conveniente confezione "All-in-one" che comprende l'abutment, la cappetta in titanio e 4 ritentori diversi



IMMEDIATE LOADING OF BIMAXILLARY TOTAL FIXED PROSTHESES SUPPORTED BY 5 FLAPLESS-PLACED IMPLANTS WITH MACHINED SURFACES: A 6-MONTH FOLLOW-UP PROSPECTIVE SINGLE COHORT STUDY

Cannizzaro G., Felice P., Loi I., Viola P., Ferri V., Leone M., Collivazione D., Esposito M.

Eur J Oral Implantol 2016;9(1):67-74



Il Dottor Gioacchino Cannizzaro (Pavia) ha guidato un interessante studio clinico prospettico di coorte: è stato effettuato un carico immediato con 5 impianti flapless inseriti con un torque minimo di 80 Ncm, 2 in mandibola e 3 in mascella. Selezionati da un gruppo iniziale di 47, i 25 pazienti su cui è stato eseguito lo studio sono stati divisi in gruppi sia in base alla classe scheletrica sia in base al livello di tabagismo, e sono stati tutti sottoposti a profilassi antibiotica prima dell'intervento. Sono stati utilizzati impianti in titanio a morfologia conica e connessione ad esagono esterno (Syra - Sweden & Martina) ed è stata realizzata una protesi con una struttura saldata e poi avvitata sugli impianti. Lo studio ha dimostrato con successo che 5 impianti soli possono sostenere due riabilitazioni Full Arch (2 in mandibola e 3 in mascella): un risultato soddisfacente, che rappresenta un'evoluzione in linea con gli studi svolti negli ultimi anni, che hanno dimostrato che il numero minimo necessario di impianti per ottenere risultati di successo può essere inferiore a 4 impianti in mandibola e 6 impianti in mascella. Tali risultati saranno comprovati dai follow-up successivi.



IMMEDIATE IMPLANT PLACEMENT IN SOCKETS WITH ASYMPTOMATIC APICAL PERIODONTITIS

Crespi R., Capparè P., Crespi G., Lo Giudice G., Gastaldi G., Gherlone E.

Clinical Implant Dentistry and Related Research, April 2016 [Epub Ahead of print]

DOI 10.1111/cid.12422



L'obiettivo dello studio era scoprire se la presenza di tessuto di granulazione in un alveolo affetto da parodontite apicale asintomatica potesse compromettere il posizionamento di un impianto immediato. Il protocollo tradizionale vuole che, prima di inserire l'impianto, si proceda con la rimozione della parte infiammata, dato che un granuloma considerato sintomatico della presenza di batteri, se rimosso, può evitare il riassorbimento dell'osso. Nonostante l'unanime consenso su questo aspetto, il lavoro realizzato ha aperto un'interessante possibilità. Lo studio è stato svolto su 60 pazienti, divisi in due gruppi. Ai pazienti del primo gruppo è stato rimosso il tessuto di granulazione prima di inserire l'impianto. Al secondo gruppo sono stati lasciati i tessuti infiammati nell'alveolo. In entrambi i gruppi gli impianti (Outlink² - Sweden & Martina) sono stati inseriti immediatamente dopo l'estrazione del dente e caricati dopo 3 mesi. Al follow-up del primo anno è emersa una buona stabilità primaria, l'assenza di radiotrasparenza attorno all'impianto, nessuna suppurazione della mucosa e nessun dolore, tanto nei pazienti in cui il granuloma era stato rimosso, quanto in quelli dove invece era stato lasciato a seguire il processo di guarigione spontanea. La conclusione degli autori è che i tessuti reattivi rimasti nell'alveolo possono essere considerati forieri di proliferazione fibrovascolare, fibroblasti e cellule staminali utili, per il processo riparativo, e per questo atti a supportare anche il rimaneggiamento che solitamente avviene dopo l'inserimento degli impianti. Pertanto, il posizionamento di un impianto immediato in un alveolo con una parodontite apicale asintomatica non sembrerebbe complicare la corretta integrazione dei tessuti e garantirebbe, analogamente al caso in cui l'alveolo venga prima fatto guarire, una buona stabilità primaria. Restano tuttavia da chiarire e approfondire le informazioni riguardo il processo di guarigione dell'osso e le sue implicazioni istologiche.



IMMEDIATE LOADING OF TWO (FIXED-ON-2) VERSUS THREE (FIXED-ON-3) IMPLANTS PLACED FLAPLESS SUPPORTING CROSS-ARCH FIXED PROSTHESES: ONE-YEAR RESULTS FROM A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Cannizzaro G., Loi I., Viola P., Ferri V., Leone M., Trullenque-Eriksson A., Esposito M.

Eur J Oral Implantol 2016;9(2):143-153



Questo studio aveva come obiettivo l'analisi comparata di riabilitazioni avvitate con carico immediato su 2 impianti (fixed-on-2) o 3 impianti (fixed-on-3) sfruttando la peculiare morfologia del collo transmucoso iperbolico dell'impianto Prama. Il gruppo preso in analisi era composto da 40 pazienti consecutivi con edentulia totale, che si erano presentati alla clinica nell'arco di 5 mesi (ottobre 2014 - febbraio 2015) e le cui riabilitazioni sono state effettuate con tecnica flapless con impianti Prama RF. I pazienti sono stati divisi in maniera randomizzata in due gruppi a cui sono stati inseriti rispettivamente 3 impianti (gruppo FO3) oppure 2 impianti (gruppo FO2) e che hanno seguito le stesse fasi per la riabilitazione protesica. A un anno dal carico è stata valutata la stabilità degli impianti, l'eventuale insorgenza di complicanze e il riassorbimento osseo. I risultati non hanno dimostrato significative differenze tra i due gruppi FO2 e FO3, quindi è possibile concludere che la riabilitazione con carico immediato può avere esito positivo sia con 2 che con 3 impianti. Controlli successivi permetteranno di ottenere maggiori informazioni.



PREMIUM DAY

VALENCIA, SPAGNA
30 GIUGNO, 1-2 LUGLIO 2016





61° CORSO FONDAZIONE PROF. LUIGI CASTAGNOLA

UNIVERSITÀ VITA-SALUTE SAN RAFFAELE, MILANO - 11-12 NOVEMBRE 2016

37° MEMORIAL BIAGGI





PERCHÉ SCEGLIERE F22
Dott. N. Arveda, Torino, 17 giugno 2016



OZONO: INDICAZIONI E NUOVE OPPORTUNITÀ
Dott. G. Chiodera, Torino, 8 giugno 2016



CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE
Dott.ri N. Barbieri, M. Provvisionato, Bucarest, Romania, 6-9 luglio 2016



CORSO DI CHIRURGIA AVANZATO INTENSIVO
Dott. G. Carusi, Bucarest, Romania, 17-20 luglio 2016



IL DOTT. GIUSEPPE VIGNATO AL CONGRESSO AISOD
Due Carrare (Pd), 24 settembre 2016



46° CONGRESSO ANUAL DE LA SEPES
Bilbao, Spagna, 13-15 ottobre 2016



CURSO PROTOCOLO BOPT PARA CLÍNICOS Y TÉCNICOS DENTALES
Dott.ri X. Vela, X. Rodriguez, Viladecans, Barcelona, 4-5 novembre 2016

CALENDARIO CORSI

IMPLANTOLOGIA

20-21 GENNAIO 2017 - C. VIGNATO, G. VIGNATO CORSO TEORICO-PRATICO DI CHIRURGIA E PROTESI DENTALE UTILIZZANDO UN IMPIANTO INNOVATIVO A PIATTAFORMA CONICA: DAL DENTE SINGOLO ALLA RIABILITAZIONE COMPLESSA	DUE CARRARE (PD)	CA1567	ECM
21 GENNAIO 2017 - M. CSONKA, S. MARCOLI, F. FERRARI MODERNI PIANI DI TRATTAMENTO IN ZONA ESTETICA	DUE CARRARE (PD)	CA1561G	-
21 GENNAIO 2017 - P. CAPPARÈ L'IMPLANTOLOGIA ATTUALE E LE NECESSITÀ QUOTIDIANE DELL'ODONTOIATRIA: SEMPLIFICAZIONE DEI PROTOCOLLI E MINI-INVASIVITÀ. EVIDENZE SCIENTIFICHE E PROTOCOLLI CHIRURGICI	ANCONA	CA1599	-
26-28 GENNAIO 2017 - B. LOFANO CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE SU PAZIENTE	TARANTO	CA1616	-
27-28 GENNAIO 2017 - V. FERRI, G. CANNIZZARO, M. ESPOSITO, S. LOMBARDO, V. NALIN, P. VIOLA, D. ALBERTELLA L'IMPLANTOPROTESI: PRATICA, SICURA E SEMPLIFICATA	DUE CARRARE (PD)	CA1558PROTESI CA1558PROTESI-TEC	ECM
27-28/01; 28-29/04; 19-20/05; 30/06-01/07/2017 - R. ABUNDO, G. CORRENTE CORSO INTENSIVO: LA PARODONTOLOGIA NELLA PRATICA CLINICA QUOTIDIANA	DUE CARRARE (PD)	CA1546 CA1546-IGIEN	ECM
27-28 GENNAIO 2017 - M. CSONKA RIALZI DI SENSO MASCELLARE PER VIA CRESTALE E CON APPROCCIO LATERALE	TERAMO	CA1438RIALZO	ECM
2-4 FEBBRAIO 2017 - M. CSONKA CORSO DI FORMAZIONE CONTINUA IN IMPLANTOLOGIA AVANZATA	DUE CARRARE (PD)	CA1408FAST	ECM
3-4/02/2017; 24-25/02 17-18/03; 7-8/04; 5-6/05; 26-27/05 - S. FODDIS CORSO TEORICO PRATICO DI CHIRURGIA E IMPLANTOLOGIA: DAI CONCETTI DI BASE ALLA CHIRURGIA AVANZATA	CAGLIARI	CA1607	ECM
8-11 FEBBRAIO 2017 - S. PARMA BENFENATI IL TRATTAMENTO DEI TESSUTI MOLLI IN PARODONTOLOGIA ED IMPLANTOLOGIA	BUCAREST	CA1533	-
10-11 FEBBRAIO 2017 - M. CSONKA CORSO DI FORMAZIONE CONTINUA IN IMPLANTOLOGIA AVANZATA	TERAMO	CA1438RIALZO	ECM
11 FEBBRAIO 2017 - P. CAPPARÈ L'IMPLANTOLOGIA ATTUALE E LE NECESSITÀ QUOTIDIANE DELL'ODONTOIATRIA: SEMPLIFICAZIONE DEI PROTOCOLLI E MINI-INVASIVITÀ. EVIDENZE SCIENTIFICHE E PROTOCOLLI CHIRURGICI	PERUGIA	CA1600	-
24-25 FEBBRAIO 2017 - V. FERRI, G. CANNIZZARO, M. ESPOSITO, S. LOMBARDO, V. NALIN, P. VIOLA, D. ALBERTELLA L'IMPLANTOPROTESI: PRATICA, SICURA E SEMPLIFICATA	DUE CARRARE (PD)	CA1558ADV	ECM
24-25 FEBBRAIO 2017 - M. CSONKA RICOSTRUZIONE TRIDIMENSIONALE DELLE CRESTE ATROFICHE: GBR CON MESH IN TITANIO VS INNESTI A BLOCCO	TERAMO	CA1438ATROFICHE	ECM
25 FEBBRAIO 2017 - L. CANULLO GESTIONE PROTESICA DEI TESSUTI PERI-IMPLANTARI DURI E MOLLI	POTENZA	CA1509	-
30/11; 1/12/2016; 19-20/01/2017; 17-18/02; 21-22/04 - M. CSONKA CORSO TEORICO-PRATICO DI IMPLANTOLOGIA CHIRURGICA E PROTESICA CON LIVE-SURGERY	DUE CARRARE (PD)	CA1454	ECM
21-22 MARZO 2017 - M. CSONKA FAST IMPLANTOLOGY: CARICO IMMEDIATO, POSTESTRATTIVI IMMEDIATI, TECNICHE FLAPLESS. CORSO TEORICO-PRATICO	AREZZO	CA1559	ECM 20,5
MARZO-SETTEMBRE 2017 - M. CSONKA CORSO DI FORMAZIONE CONTINUA IN IMPLANTOLOGIA - NO LIVE	LECCE-BARI	CA1499 CA1499SOTTILI	ECM
MARZO-OTTOBRE 2017 - M. CSONKA CORSO DI FORMAZIONE CONTINUA IN IMPLANTOLOGIA - NO LIVE	ROMA	CA1515 CA1515MUCOGEN	ECM
15-18 MARZO 2017 - N. BARBIERI, M. PROVVISORATO CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE	BUCAREST	CA1588	-

ORTODONZIA

20 GENNAIO 2017 - M. CALABRÒ, E. PASCIUTI SWM USERS MEETING	VIMERCATE	CE476G	-
27-28 GENNAIO 2017 - D. MIRABELLA LA RIFINITURA ORTODONTICA E LA GESTIONE DELL'EDENTULIA ANTERIORE	CATANIA	CE433	-
FEBBRAIO-OTTOBRE 2017 - D. MIRABELLA CORSO DI TECNICA STRAIGHT WIRE	DUE CARRARE	CE429 CE429SPEC CE429ASS	ECM
24-25 FEBBRAIO 2017 - D. MIRABELLA LA TECNICA STRAIGHT-WIRE MIRABELLA: CARATTERISTICHE PECULIARI E SUA EVOLUZIONE	DUE CARRARE	CE447	ECM

CAD CAM

27 GENNAIO 2017 - E. CAMAIONI ATTUALITÀ IN ODONTOTECNICA: CULTURA, TECNOLOGIA, REDDITIVITÀ (CLINICI E TECNICI)	BARI	CH227 CH227TEC	-
3 MARZO 2017 - E. CAMAIONI ATTUALITÀ IN ODONTOTECNICA: CULTURA, TECNOLOGIA, REDDITIVITÀ (CLINICI E TECNICI)	BOLOGNA	CH228 CH228TEC	-

ENDODONZIA

17 FEBBRAIO - P.A. MARCOLI CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA. LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE	MILANO	CF787	ECM
24-25/02; 7-8/04; 8-9/09; 27-28/10; 17-18/11; 16/12/2017 - A. IORIO SICILIANO CORSO AVANZATO DI ENDODONZIA CLINICA E DI RICOSTRUTTIVA	NAPOLI	CF792	ECM

CONSERVATIVA

2-4 FEBBRAIO, 9-11 MARZO 2017 - M. ALLEGRI CORSO TEORICO PRATICO DI ODONTOIATRIA RESTAURATIVA DIRETTA ADESIVA DEI SETTORI ANTERIORI E POSTERIORI	DUE CARRARE	CC198	ECM
17-18/02; 24-25/03; 7-8/04; 5-6/05/2017 - M. ALLEGRI CORSO TEORICO PRATICO DI ODONTOIATRIA CONSERVATIVA INDIRECTA E PROTESI ADESIVA	DUE CARRARE	CC199	ECM
3-11 MARZO 2017 - M. SARACINELLI FACCETTE IN CERAMICA, STRATEGIE DI SUCCESSO, ESTETICA E FUNZIONE. CORSO TEORICO PRATICO	SIENA	CC197	-

LA RICERCA & SVILUPPO INCONTRA I PROFESSIONISTI AMERICANI

Il team e la Direzione Ricerca & Sviluppo di Sweden & Martina hanno portato la propria esperienza da una costa all'altra degli Stati Uniti, confrontandosi direttamente con i medici americani e presentando loro l'azienda e le soluzioni merceologiche.

Uno dei maggiori focus di questi incontri è stata l'attenzione verso i processi produttivi all'avanguardia in cui l'azienda ha investito negli ultimi anni, soprattutto per quanto riguarda i trattamenti di superficie e le connessioni implantari.

Le scelte produttive sono state illustrate alla luce della ricerca scientifica supportata da Sweden & Martina negli anni, fino a diventarne uno dei punti di forza.



Aspetto fondamentale di queste esperienze negli U.S.A. è stato il confronto con importanti realtà cliniche statunitensi, perché ha consentito di percepire le peculiarità e le necessità del mercato statunitense per offrire anche oltre oceano la flessibilità e il servizio che hanno portato l'azienda al successo in Italia, in Europa e nel resto del mondo.



FORM DI ABBONAMENTO GRATUITO A NUMERIUNO 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 _____

EMAIL _____

CELL / TEL _____

COD. FISC. / P.IVA _____

FIRMA _____

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ex D. Lgs. 196/02 succ. modif.

È GIÀ CLIENTE SWEDEN & MARTINA?

SI

NO

Sono interessato a:

- ricevere copia cartacea della rivista
- ricevere la newsletter alla mia casella di posta elettronica
- ricevere la visita di uno specialista di prodotto
- visitare la sede e i reparti produttivi di Sweden & Martina
- pubblicare un case report su Numeri UNO
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - Implantologia
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - Implantologia Vol. 2
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - Implantologia Vol. 3
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - Implantologia Vol. 4
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - Strumenti Canalari Mtwo Seconda edizione, giugno 2012
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - Cementazione Adesiva Bisco
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - Strumenti Canalari Mtwo Compendio, luglio 2012-2014

17th Premium Day

International Congress on
Implant Prosthodontics
Palazzo della Ragione, Padua, Italy

25-27.05.17

Giovedì 25 maggio | Corsi pregressuali

09,00-13,00 Xavier Vela Nebot, Xavier Rodriguez Ciurana | **Pilastri XA: come guidare i tessuti connettivi**

14,00-18,00 Ignazio Loi | **Dalla tecnica B.O.P.T. all'impianto Prama: la storia**

Venerdì 26 maggio

08,00 Registrazione

09,15 Sandro Martina, Ugo Covani: **Benvenuto e apertura lavori**

Presidente di sessione Luigi Califano

9,30 Roberto Pistilli

Approcci rigenerativi nei mascellari

10,10 Giuseppe Pellitteri

Versatilità dell'impianto Prama in casi ad alta valenza estetica

10,50 Giuseppe Vignato, Costantino Vignato

Prama: l'impianto che non ti aspettavi.

Dal dente singolo alla riabilitazione complessa

11,30 Coffee break

12,00 Giuseppe Chiodera

Ozono: indicazioni e nuove opportunità

12,40 Vittorio Ferri

Strumenti innovativi e protocolli aggiornati per ridurre timing e invasività implantari

13,20 Lunch

Presidente di sessione Fernando Zarone

14,30 Enrico Gherlone

L'importanza delle connessioni nella protesi su impianti: considerazioni, limiti ed indirizzi di ricerca

15,10 Guido Fichera

Implantologia ed ortodonzia: connubio vincente in protesi fissa

15,50 Fabio Gorni

Dal recupero endodontico alla sostituzione implantare dell'elemento dentale singolo

16,30 Ugo Covani

Gli impianti semisommersi: indicazioni cliniche e tecniche chirurgiche

17,10 Roberto Cocchetto

Importanza degli aspetti protesici nel mantenimento dei tessuti periimplantari

Sabato 27 maggio

8,00 Registrazione

Presidente di sessione Antonio Barone

09,00 Luca Gobatto

Criteri decisionali del trattamento del sito post estrattivo: quando è necessario l'utilizzo della membrana cross-linked?

09,40 Roberto Abundo

Aspetti chirurgici per la prevenzione e il trattamento delle peri-implantiti

10,20 Leonello Biscaro

Approccio moderno alla terapia della dentatura terminale

11,00 Coffee break

Presidente di sessione Andrea Pilloni

11,30 Marco Csonka

La chirurgia mucogengivale rivisitata al servizio dell'ottimizzazione del risultato estetico in implantologia

12,10 Xavier Vela Nebot, Xavier Rodriguez Ciurana

The Conical Revolution

12,50 Gioacchino Cannizzaro

Il concetto di "step-by-step dinamico" nel paziente totalmente edentulo

13,40 Ignazio Loi

La dominanza delle forme nella conformazione dei tessuti

2° Call for Video

È ufficialmente aperto il 2° Call for Video Sweden & Martina, riservato a odontoiatri e odontotecnici. In palio più di 5.000 €.

Per maggiori info e per il regolamento completo vedi www.sweden-martina.com


sweden & martina

