

NUMERI UNO



Intervista
Prof. Enrico Gherlone
CSR-DAT: da qui parte
la Chirurgia Speciale
Riabilitativa



Prof. E. Gherlone,
dott. R. Vinci,
dott. A. Ligabue
Riabilitazione Full Arch
a carico immediato con
quattro impianti
CSR-DAT



**Prof. Giuseppe
Pellitteri**
Trattamento di
cisti mandibolare e
riabilitazione implanto-
protesica con impianti
CSR-DAT



Approfondimento
AO San Diego:
Prestigiosi
riconoscimenti
internazionali alla
ricerca italiana

Ideato in collaborazione con il gruppo di studio del prof. E. Gherlone, Università Vita-Salute, CSR-DAT è l'impianto progettato per andare incontro ad un'esigenza di semplicità, di versatilità e di raggiungimento della stabilità primaria in qualunque situazione clinica. L'innovativa connessione a doppia interfaccia conica interna garantisce un'ottima impermeabilità batterica, preservando l'osso da rischi di infezioni perimplantari.



Novità di mercato
PRAMA
Implemento di gamma
per la protesi



Novità di mercato
KeraOs
Sostituto osseo a base
di β -Fosfato tricalcico

PROCEDURA CHIRURGICA MOUNTLESS

CONNESSIONE CONICA BREVETTATA

PLATFORM SWITCHING

VERSATILITÀ PROTESICA

VITE PROTESICA DAT

ONE-ABUTMENT-ONE-TIME

SUPERFICIE ZrTi

CAD/CAM

OTTIMIZZAZIONE CHIRURGICA

STABILITÀ PRIMARIA

SEMPLICITÀ

FACILITÀ DI INSERIMENTO

CSR-DAT

4



**Fondazione
prof. Luigi Castagnola**

Gli spazi dell'Università Vita-Salute San Raffaele ospiteranno l'11 e 12 Novembre 2016 la Fondazione Castagnola, per la prima volta a Milano: il programma del 61° corso "Biologia e tecnica in protesi, implantologia ed endodonzia" è stato studiato per dare un significato altamente scientifico a questa tre importanti branche dell'odontoiatria. L'elevato livello culturale dei relatori è garanzia di un aggiornamento completo circa le più recenti acquisizioni scientifiche e la loro applicabilità nella pratica quotidiana. Novità importantissima di questo incontro è la separazione di igienisti e assistenti in due corsi separati e più specifici per le due categorie.

11

Case Report
Trattamento di cisti mandibolare e riabilitazione implanto-protetica con impianti CSR-DAT
Prof. G. Pellitteri



15

Approfondimento
Prestigiosi riconoscimenti internazionali alla ricerca italiana
AO San Diego

16

Case Report
Ponte unito ad una barra in titanio con viti passanti occlusali. Una soluzione innovativa per i pazienti edentuli
Dott. Costantino Vignato,
dott. Giuseppe Vignato,
odt. Riccardo Finotello

27

Recensioni
Valutazione *in vitro* della capacità di ritenzione del filo ortodontico da parte di una nuova minivite



28

Case Report
Estetica e risultati predicibili: caso clinico
Scuola di Specializzazione in Ortodonzia dell'Università di Ferrara, diretta dal Prof. dott. Giuseppe Siciliani



5

Intervista
**CSR-DAT: da qui parte la
Chirurgia Speciale Riabilitativa**
Prof. Dott. Enrico Gherlone

6

Novità di mercato
CSR-DAT



8

Case Report
**Riabilitazione Full Arch a carico
immediato con quattro impianti
CSR-DAT**
Prof. E. Gherlone,
dott. R. Vinci,
dott. A. Ligabue

20

Novità di mercato
**Cannule calcinabili per T-Connect:
wax up semplice e sicuro, Perni di
parallelismo con tacche di profondità,
Implementazione di gamma per la
protesi Prama, KeraOs**



23

Case Report
**Un approccio razionale alla
ricostruzione dei tessuti duri e molli
in un caso di grave compromissione
estetica: aspetti chirurgici della
rigenerazione ossea con biomateriali,
colla di fibrina e membrana di
collagene cross-linked**
Dott. R. Abundo, dott. G. Corrente,
dott. S. Lombardo, dott. H. Sarmiento,
dott. J.P. Fiorellini, dott. M. Perelli

29

Calendario corsi

32

Uscite editoriali
Tecnica MISE, Procedure
chirurgiche; Nozioni di
tecnica Straight Wire

30

Eventi



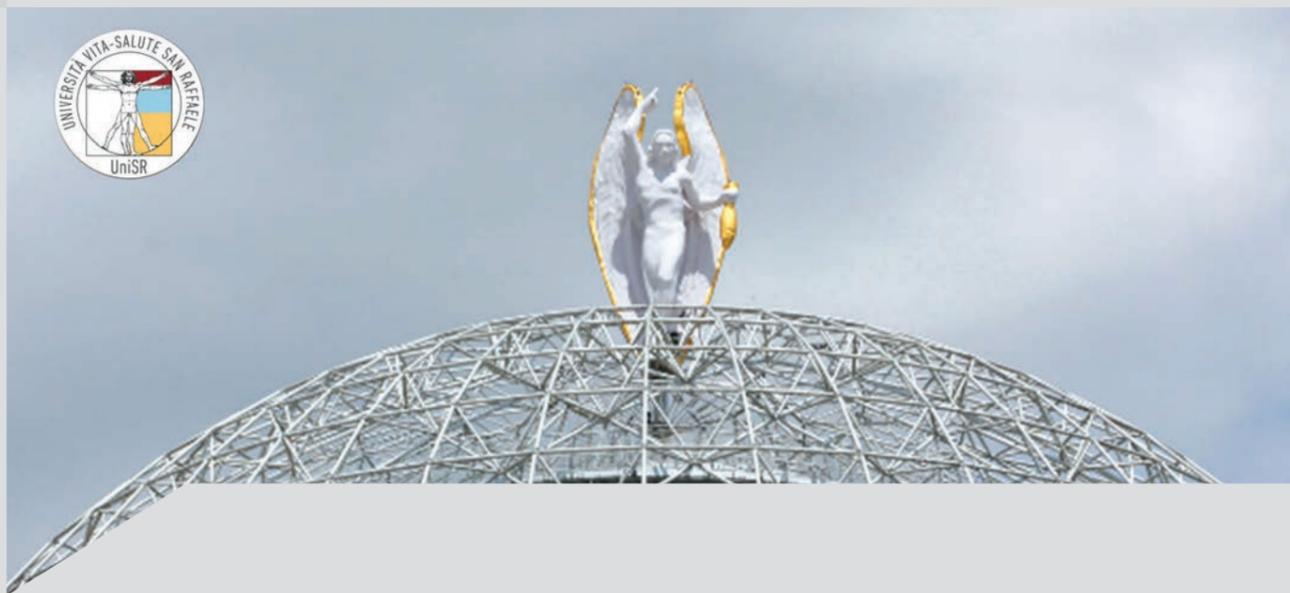
Con il patrocinio di:



Fondazione Prof. Luigi Castagnola

Presidente Dott. Nicola Perrini

11-12 novembre 2016
Università Vita-Salute San Raffaele
Milano



61° Corso Gratuito Fondazione Prof. Luigi Castagnola **Biologia e tecnica in protesi, implantologia ed endodonzia**

Crediti ECM per
Odontoiatri



Crediti ECM per
Igienisti Dentali



37° Corso Gratuito Memorial Biaggi per Assistenti e Igienisti Dentali

Igienisti Dentali: La pratica clinica
dell'Igienista Dentale:
evoluzione della disciplina

Assistenti: Aggiornamento e
nuovi orientamenti nel ruolo
dell'Assistente dello studio
odontoiatrico

PROGRAMMA SCIENTIFICO SESSIONE ODONTOIATRI

Venerdì 11 Novembre 2016

- 8:00 Registrazioni
- 9:15 **Dott. Nicola Perrini**, Presidente
Benvenuto e apertura lavori
- 9:30 **Dott. Giuseppe Vignato**
Come gestire l'ansia e il dolore nel paziente odontoiatrico: tecniche comportamentali e farmacologiche
- 10:30 Coffee Break
- 11:00 **Prof. Enrico Gherlone, Dott. Aldo Russo e Odt. Fabio Levratto**
Implantologia protesicamente guidata vs anatomicamente orientata: realtà conciliabili?
- 13:00 Lunch Break
- 14:00 **Dott. Vittorio Ferri**
Miniinvasività e tempistica in implantologia: questione di punti di vista?
- 16:15 **Dott. Gioacchino Cannizzaro**
Violazione del dogma implantare: provocazione o realtà clinica?
- 18:15 Discussione e domande
- 18:45 Conclusione lavori

Sabato 12 Novembre 2016

- 8:30 Registrazioni
- 9:00 **Dott. Ignazio Loi**
Dalla tecnica B.O.P.T. all'impianto Prama: la storia
- 11:30 Coffee Break
- 11:45 **Dott. Nicola Perrini**
Indicazioni e limiti dell'endodonzia per il mantenimento conservativo del dente singolo
- 13:30 Discussione e domande
- 14:00 Compilazione del questionario di valutazione ECM
- 14:30 Chiusura del 61° Corso Gratuito Fondazione Prof. Luigi Castagnola

Segreteria Organizzativa
MJ Eventi
Viale dei Mille 9 - 50131 Firenze
Tel. 055.576856 - Fax 055.5059360
E-mail: eventi@mjeventi.eu
www.mjeventi.com

Sponsor:



Publishing Sponsor:



CSR-DAT: da qui parte la Chirurgia Speciale Riabilitativa

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*



Prof. Gherlone, quale filosofia impianto-protetica vi ha guidato nell'elaborare il nuovo impianto CSR-DAT?

Negli ultimi anni, anche per ciò che si dirà nel seguito della nostra chiacchierata, in molte gravi situazioni di atrofia ossea si è generata la richiesta di riabilitazioni implantari oltre che protesicamente guidate anche *"anatomicamente orientate"*: quando le condizioni anatomiche lo consentono si è quindi passati all'utilizzo di osso nativo rinunciando a più indaginosi interventi di rigenerazione o di innesti. Questo consente di essere minimamente invasivi.

Di conseguenza i nostri studi si sono rivolti ad impianti con una macromorfologia che permettesse e facilitasse questo tipo di operatività: la nostra attenzione si è quindi indirizzata ad impianti tiltati o ad impianti short utilizzabili con scarso quantitativo di osso residuo senza essere sottoposti a terapie molto invasive, quali i prelievi di osso autologo da siti extraorali o a tecniche rigenerative molto più indaginose. L'impianto CSR, che sta per Chirurgia Speciale Riabilitativa (*termine coniato dal sottoscritto*), è la somma di tutte le nostre esperienze in tal senso e quando ci si confronta con riabilitazioni a basso numero di impianti lo riteniamo il top.

Una ulteriore considerazione va fatta sul tipo di connessione, che è una conometrica ibrida, con una vera conometria. La vite che consente la connessione dell'abutment all'impianto è conica e piena per tutta la sua lunghezza. Risultato: minore permeabilità batterica (*abbiamo recentemente pubblicato uno studio in tal senso*) e riduzione dei micromovimenti, fattori che come sappiamo sono fortemente sospetti di essere la genesi di quei riassorbimenti ossei perimplantari che molte volte possono essere la via per le periimplantiti. In sintesi questa nuova sistematica è frutto dell'esperienza personale del sottoscritto e di quella del gruppo di lavoro del San Raffaele sia relativamente all'impianto che alla protesi sovrapposta ad esso. Sono certo che sarà un aiuto considerevole ai colleghi che hanno questo tipo di approccio riabilitativo e non solo per questo tipo di protesi; dalla nostra esperienza la particolare connessione e la capacità osteotomica rende un aiuto considerevole anche nel monoimpianto mentre la macromorfologia facilita enormemente tutte quelle situazioni in cui si opti per un carico immediato.

Come si fa oggi un'odontoiatria "di qualità"?

Al giorno d'oggi esercitare un'odontoiatria di qualità a prezzi accessibili e conseguentemente con un aumento del numero di prestazioni non solo è una necessità ma un obbligo e questo, badate bene, non è richiesto solo dalla politica, bensì dai cittadini stessi. Come operatori ed attori a diversi livelli la nostra *mission* è e deve essere la tutela della salute del cittadino. La risposta, quindi, viene automatica... Essendo Sweden & Martina una, forse la maggiore azienda produttrice nel nostro campo, non solo può, ma deve contribuire a questo processo.

La qualità di questo brand è indiscussa ed indiscutibile e chi conosce il sottoscritto ed il suo istituto sa bene che la collaborazione con Sweden & Martina deriva proprio dalla qualità della ricerca e dei prodotti. Il decidere di collaborare con Sweden & Martina presso l'Istituto San Raffaele, ad esempio in implantoprotesi, all'interno del nostro marchio *"Italian Quality in Dentistry"*, e la sinergia di progettazione che abbiamo con l'azienda la dice lunga su cosa pensiamo.

Il paziente al centro del trattamento, sappiamo che per Lei il rapporto con i pazienti è fondamentale. Ma in generale nell'odontoiatria moderna è ancora così?

Purtroppo è un momento di deriva in cui certe realtà hanno mercificato troppo la professione, riducendola quasi esclusivamente ad un'attività unicamente imprenditoriale, nella quale l'odontoiatra purtroppo è ridotto ad una pedina (*spesso la meno importante del processo*). Questo naturalmente è sbagliato; ci stiamo gradualmente avvicinando ad un processo di inversione di tendenza, dove la figura del sanitario viene rivalutata. Le Università svolgono un ruolo fondamentale in questo processo, così come l'Ordine e le Associazioni professionali.

Ciò non significa che si ritornerà al passato: l'odontoiatra dovrà sempre più essere imprenditore di se stesso, ma in un mondo che abbia al centro il paziente, il suo benessere e la qualità delle conoscenze, delle tecnologie e delle procedure: proprio su questo ultimo punto Sweden & Martina ci sta aiutando e ci aiuterà, ne siamo certi.

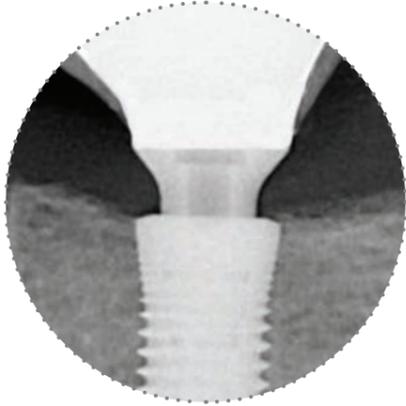
6

CSR-DAT

Ideato in collaborazione con il prof. Enrico Gherlone e il teamwork implantare del Dipartimento di Odontoiatria del San Raffaele di Milano



PROC



PLATFORM SWITCHING

Il bevel presente a livello coronale offre un Platform Switching implantare, accentuato dal mismatching presente tra il bevel e la connessione implantare.

Immagine radiografica per gentile concessione del prof. E. Gherlone



DISTRIBUZIONE GUIDATA DEI CARICHI

La vite DAT (Double Action Tight) è caratterizzata da un profilo conico con un'angolazione diversa rispetto a quella della connessione implantare: ciò implica una migliore dispersione delle forze masticatorie in favore della resistenza del complesso impianto-vite-pilastro.

Tomografia per gentile concessione dell'Università degli Studi di Padova - Lab. Te.Si.



SEMPLIFICAZIONE CHIRURGICA

Due sole frese per finalizzare la preparazione del sito, un'unica serie di stop di profondità.



CAD/CAM

Possibilità di realizzare strutture singole e multiple individualizzate con tecnologia CAD/CAM.



FACILITÀ DI INSERIMENTO

L'apice rastremato e le 4 incisioni di decompressione e sfogo per il coagulo favoriscono l'inserimento anche in osso molto compatto.

Novità di mercato

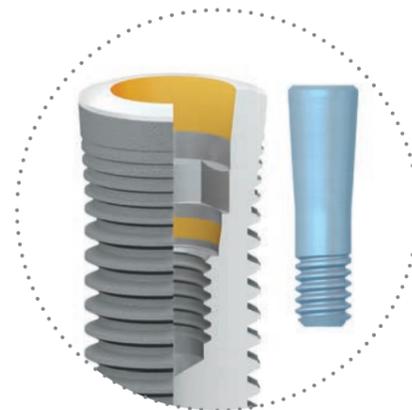
EDURA CHIRURGICA MOUNTLESS

L'impianto CSR-DAT viene ingaggiato direttamente all'interno della connessione dai driver brevettati Easy Insert.



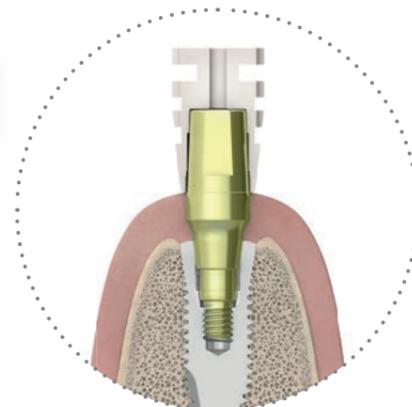
CONNESSIONE CONICA BREVETTATA

Una doppia interfaccia conica interna garantisce un'eccellente impermeabilità batterica, preservando l'osso da rischi di infezioni perimplantari. La lunghezza della testa della vite DAT offre un'ampia superficie di dissipazione delle forze.



ONE-ABUTMENT-ONE-TIME

Grazie ad una pratica cappetta in PEEK è possibile prendere l'impronta direttamente sul pilastro senza doverlo successivamente rimuovere dall'impianto.



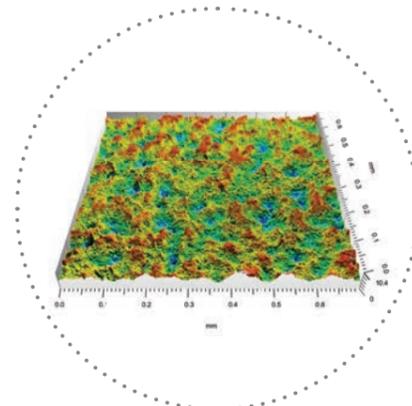
OTTIMIZZAZIONE PROTESICA

La connessione DAT (Double Action Tight), unica per entrambi i diametri implantari, consente una gestione ottimizzata della protesi. L'ampia gamma di possibilità riabilitative consente l'applicazione di diversi protocolli protesici.



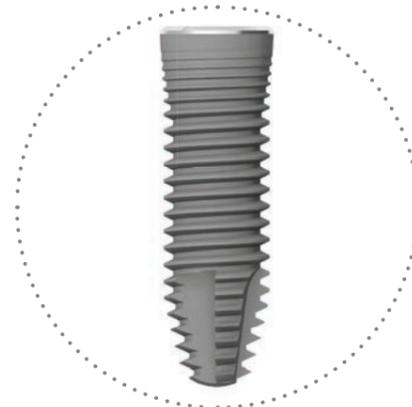
SUPERFICIE ZirTi

La validità della superficie ZirTi è documentata da 20 anni di studi *in vitro*, sperimentali e clinici.



STABILITÀ PRIMARIA

Gli impianti CSR-DAT presentano una morfologia troncoconica, studiata per ottenere una grande stabilità primaria in tutte le condizioni di utilizzo sfruttando, quando possibile, l'aggancio bicorticale.



Riabilitazione Full Arch a carico immediato con quattro impianti CSR-DAT

Prof. dott. Enrico Gherlone, dott. Raffaele Vinci, dott. Antonio Ligabue



*Professore Ordinario di Malattie Odontostomatologiche
Vicepresidente 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*



*Dott. Antonio Ligabue
Laureato in odontoiatria e protesi dentaria presso l'Università degli Studi di Brescia nel 2008. Dal 2008 al 2012 frequentatore e tutor presso la Clinica Odontoiatrica dell'Università di Brescia.
Dal 2012 frequentatore del Reparto di Chirurgia Orale Avanzata (Resp. prof. R. Vinci) presso il Dip. di Odontoiatria del IRCCS San Raffaele e dal 2016 docente di pratica clinica nel Corso di Laurea Magistrale in Odontoiatria e Protesi dentaria (Pres. prof. E.F. Gherlone) dell'Università Vita e Salute San Raffaele, Milano.*



*Dott. Raffaele Vinci
Laureato in Medicina e Chirurgia, specialista in Chirurgia Maxillo-facciale; abilitato professore di seconda fascia in Discipline Odontostomatologiche. Titolare per affidamento dell'insegnamento di Chirurgia Speciale Odontostomatologica presso l'Univ. Vita-Salute San Raffaele.
Responsabile dell'Unità Funzionale di Ricerca in Implantoprotesi e Parodontologia e del Rep. di Chirurgia orale avanzata e preimplantare presso il Dipartimento di Odontoiatria (Dir. prof. E.F. Gherlone) IRCCS San Raffaele di Milano.*

L'impianto CSR-DAT e le sue caratteristiche innovative

L'impianto è interamente filettato, dall'apice alla regione cervicale, al fine di ottenere la massima stabilità primaria in ogni zona; il passo delle spire permette una aumentata velocità di inserimento implantare.

Inoltre la conicità della regione apicale con l'azione di compressione ossea delle 4 camere di taglio, assieme alla lieve conicità della regione cervicale, garantisce un ottimale ingaggio delle corticali ossee e la possibilità di sottopreparazione del sito, al fine di ottenere la massima stabilità primaria.

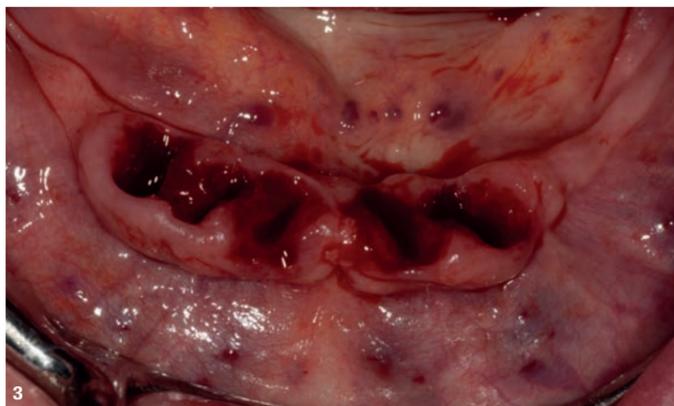
La peculiare macromorfologia implantare, nel caso di sottopreparazione del sito, permette un'azione osteotomica e di espansione della cresta ossea. Allo stesso tempo, l'esclusivo trattamento di superficie permette una rapida osteointegrazione, favorendo una guarigione primaria ideale nei casi di carico immediato.



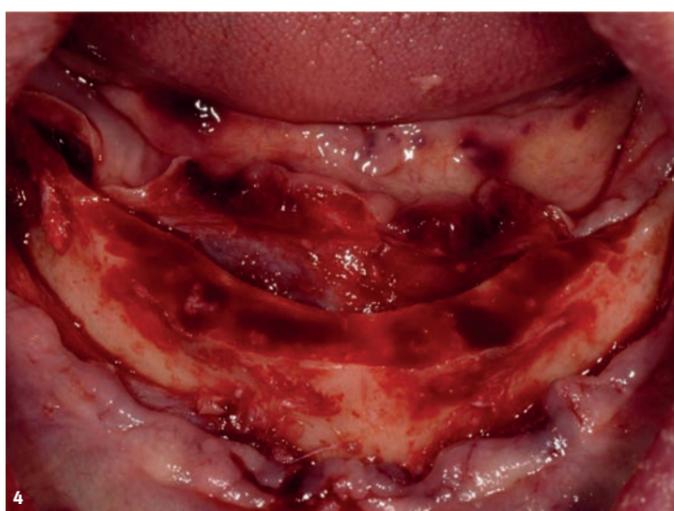
Paziente di anni 64 affetto da edentulia totale del mascellare superiore e subtotale mandibolare. Si noti la grave atrofia dei corpi mandibolari a lama di coltello (classe IV/V di Cawood and Howell)



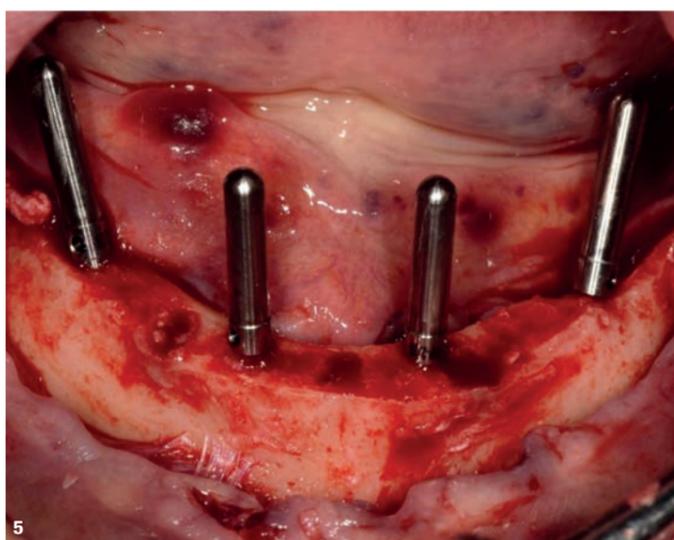
Il quadro radiografico conferma la diagnosi ed evidenzia la ormai completa compromissione degli elementi dentali residui



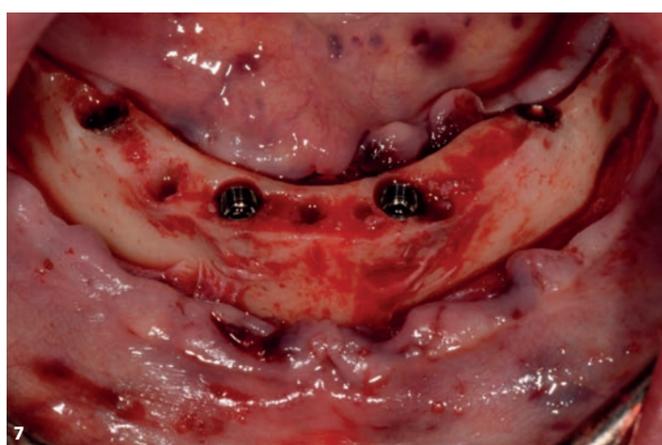
3
Immagine intraorale dopo l'avulsione degli elementi dentali



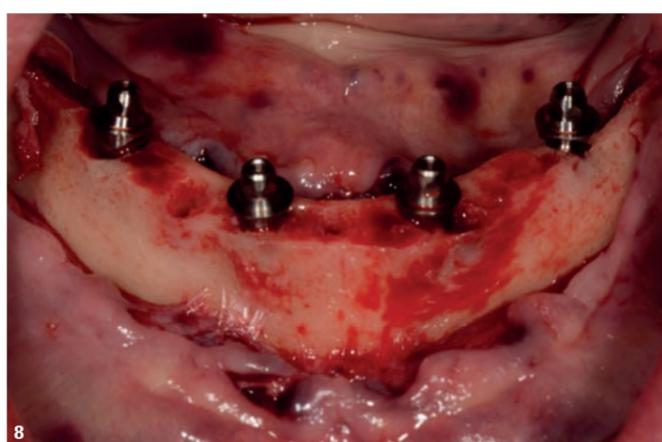
4
La scheletrizzazione della regione interforaminale dopo esecuzione della marginotomia superiore al fine di ottimizzare le emergenze implantari (ben evidenti in zona paracrestale le due emergenze dei nervi mentonieri)



5
Iniziale creazione dei siti implantari. I 4 pin presenti all'interno del kit chirurgico CSR-DAT permettono agevolmente di visionare l'asse di inserzione implantare e quindi controllare l'inclinazione degli impianti



6
Controllo al termine della fase implantare. Si evidenzia il posizionamento 0,5 mm sottocrestale a compensazione dell'eventuale contrazione ossea post-finalizzazione e la presenza di spazi osteotomici che circondano le emergenze implantari al fine di garantire il corretto posizionamento dei P.A.D.

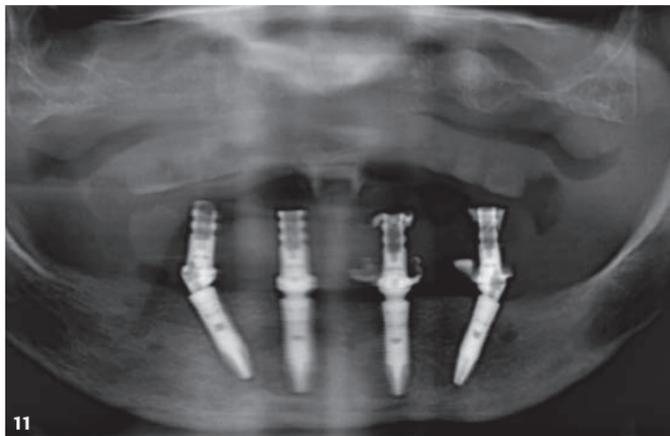


7
Posizionamento dei P.A.D. I due anteriori sono dritti, mentre i due distali presentano un'angolazione di 30° al fine di garantire il parallelismo delle torrette protesiche di emergenza. L'innovativa connessione DAT (Double Action Tight) è una connessione interna caratterizzata da un doppio principio conico. Gli angoli e le profondità di lavoro nell'interazione tra impianto, pilastro e vite contribuiscono ad ottimizzare le caratteristiche di resistenza meccanica e minimizzano i processi di infiltrazione batterica grazie al doppio sigillo che si ottiene con l'interazione delle due superfici di accoppiamento coniche. Come dimostrato da recenti studi (Gherlone et al, 2015) questa connessione permette di ottenere un sigillo completamente impermeabile ai batteri del cavo orale

10



La riabilitazione protesica provvisoria ultimata e consegnata ad alcune ore dal termine dell'intervento. Si notino le emergenze implantari che permettono un ottimale A-P spread con riduzione dei cantilever distali



Radiografia di controllo. Si noti l'inclinazione degli impianti distali ed al contempo il parallelismo delle torrette protesiche di emergenza



Controllo a 4 mesi dall'intervento chirurgico immediatamente dopo la rimozione della protesi provvisoria. Si noti la buona guarigione dei tessuti molli e la corretta emergenza degli elementi protesici secondari di connessione



Messa in posa del manufatto definitivo



Controllo dell'occlusione: si noti il buon risultato estetico ottenuto



Controllo a 1 anno dall'intervento: si noti il buon adattamento dei tessuti molli al manufatto protesico e la buona igiene delle emergenze implantari garantita dalla morfologia della componentistica protesica CSR-DAT

Trattamento di cisti mandibolare e riabilitazione implanto-protetica con impianti CSR-DAT

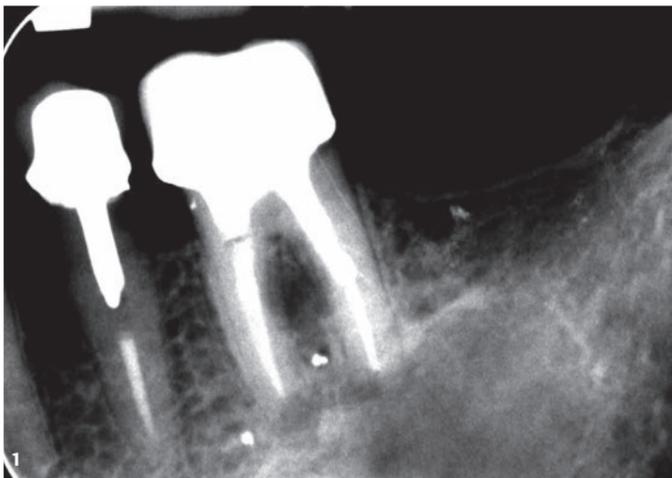
Prof. dott. Giuseppe Pellitteri



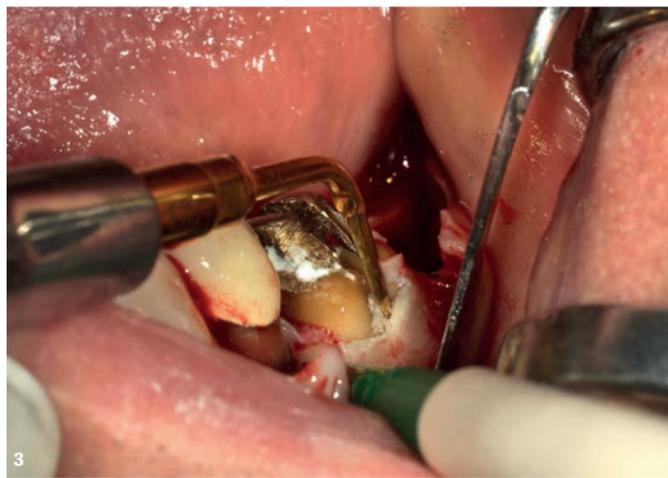
Laureato in medicina e chirurgia presso l'Università di Bologna nel 1988. Dal 1990 al 1994 frequenta i corsi alla New York University conseguendo nel 1994 l' "International Postgraduate Certificate in Oral Surgery and Periodontics". Dal 1994 al 1996 frequenta la clinica del prof. Branemark a Goteborg e i corsi di Chirurgia avanzata ad Umea in Svezia. Nel 1997 frequenta lo studio del prof. P.D. Miller a Memphis (Tennessee) perfezionando la tecnica per la terapia delle recessioni gengivali. Ha frequentato corsi annuali di protesi con il dott. Fradeani e di parodontologi ed estetica mucogengivale con il prof. Giovanni Zucchelli. Dal 2000 ricopre la carica di Clinical Coordinator nell'ambito del New York University Tutor Project in Italy. È responsabile del Surgical Training Center di Bolzano dove tiene corsi di implantologia. È autore di sei pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali e coautore del testo "Estetica e Tecnica dei nuovi materiali". È docente relatore al corso Post-Graduate in implantologia all'Università di Modena e Reggio Emilia dipartimento di Neuroscienze, cattedra di Chirurgia speciale odontostomatologica. Professore A.C. all'Università degli studi di Modena e Reggio Emilia. Svolge la libera professione presso il suo studio a Bolzano nell'ambito dell'implantologia, della chirurgia mucogengivale e della protesi.

Il paziente maschio di 47 anni, riferito da un collega, si presenta alla nostra osservazione completamente asintomatico, ma all'esame radiografico si evidenzia un'importante lesione cistica di natura endodontica a partire dalla radice distale dell'elemento 36 che si estende fino oltre la zona apicale del 37. Il ritrattamento del 36 non era possibile in quanto il perno fuso indiretto occupava uno spazio eccessivo della radice distale del 36, per lo stesso motivo non si è ritenuto opportuno intervenire con una chirurgia endodontica retrograda. La terapia consiste quindi in una estrazione più conservativa possibile dell'alveolo naturale dell'elemento 36, la rimozione della cisti per via crestale senza intaccare le pareti vestibolare e linguale in maniera da creare un'unica cavità a 4 pareti la cui guarigione è assolutamente predicibile. In seguito la sella edentula del 3° quadrante deve essere riabilitata a guarigione avvenuta con impianti osteointegrati.

Per questo caso verranno utilizzati impianti Sweden & Martina CSR-DAT di diametro 3.80 mm.



Rx endorale dell'elemento 36, presenza di trattamento endodontico con perno fuso indiretto nell'elemento dentale. Si evidenzia nella zona apicale del 37 mancante una grossa lesione cistica di origine endodontica



Utilizzo della piezosurgery allo stesso scopo



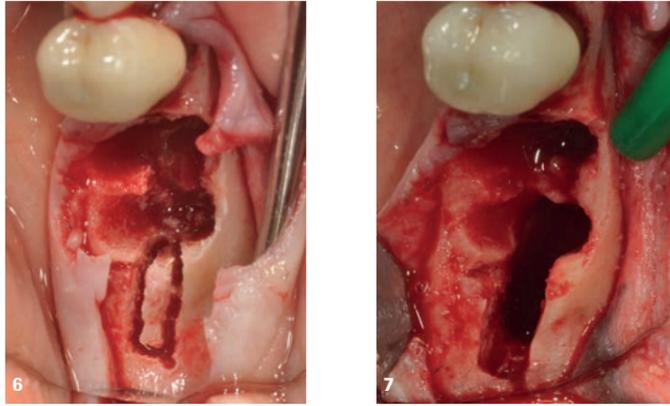
Visione occlusale della separazione di corona, perno fuso e delle radici in senso bucco-linguale al fine di ottenere un'estrazione più conservativa possibile



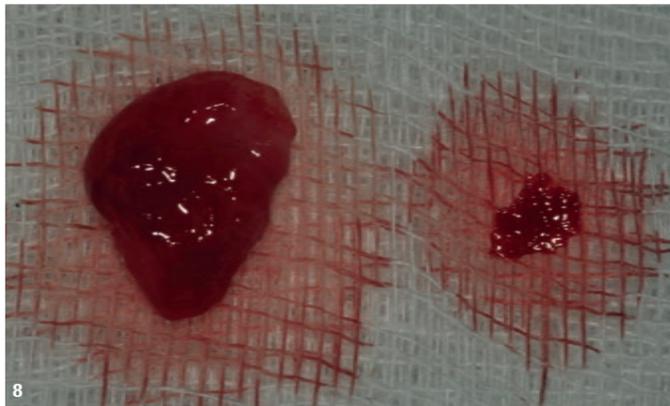
Immagine occlusale dell'alveolo post estrattivo, si notino il perfetto mantenimento dell'anatomia ossea residua del sito post estrattivo e del setto inter-radicolare, e a lato particolare delle radici estratte



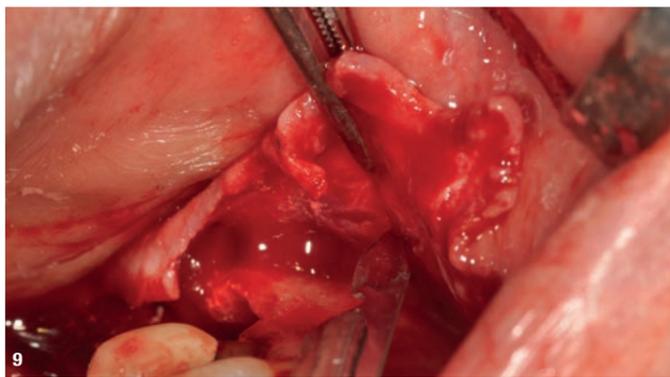
12



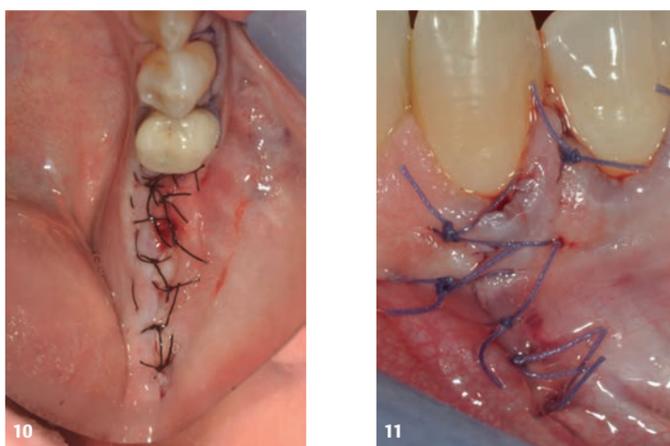
Estensione dell'osteotomia crestale in direzione distale al fine di ottenere un accesso diretto alla zona della lesione cistica, le pareti linguale e bucale sono state mantenute intatte



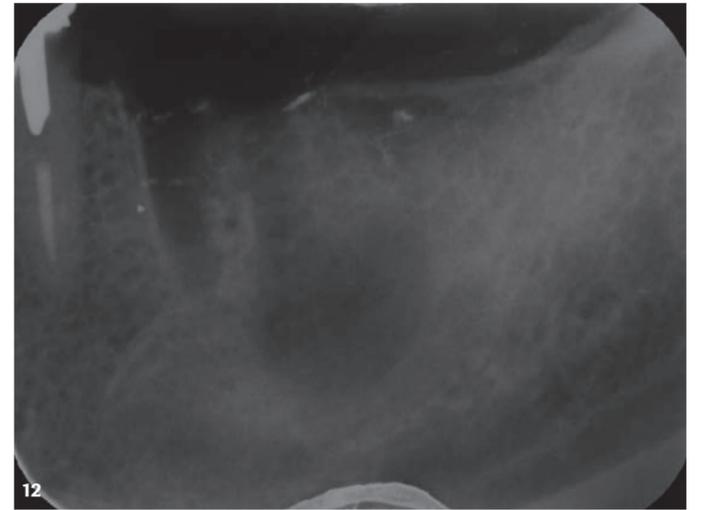
La cisti rimossa, si noti l'integrità della membrana



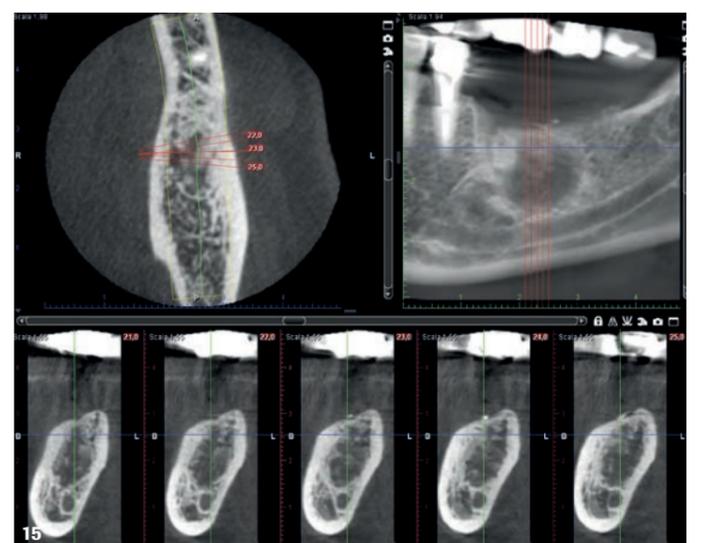
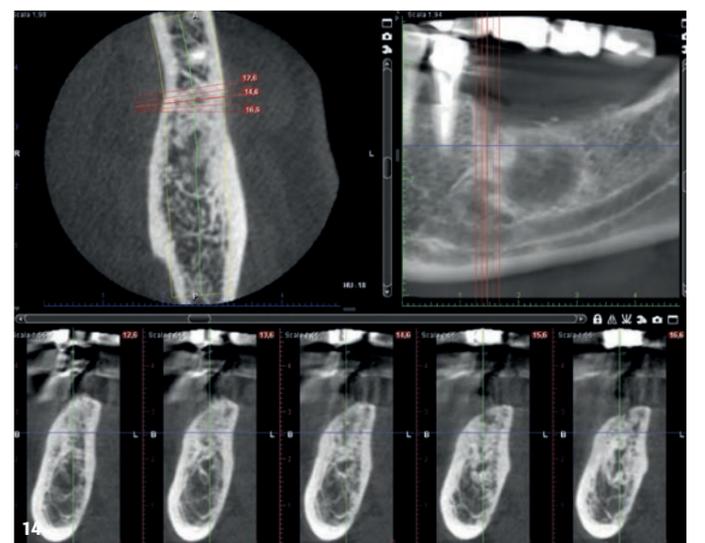
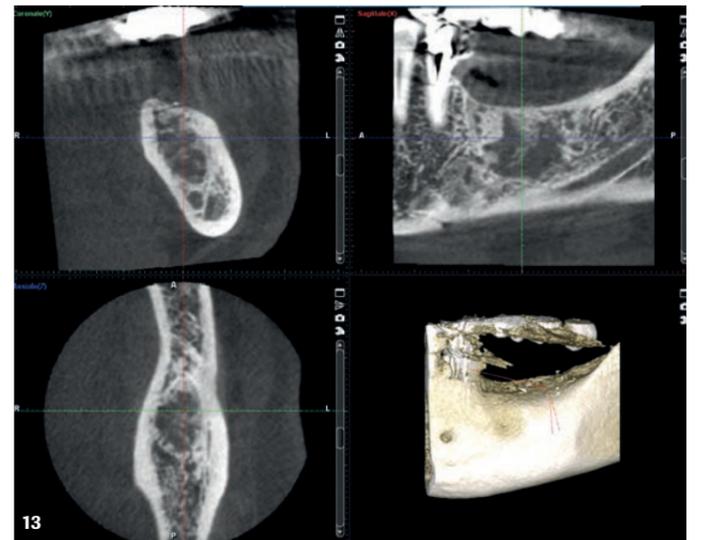
Mobilizzazione del lembo vestibolare mediante incisione periostale per favorire l'adattamento dei due lembi primari prima della sutura. Essendo la lesione residua un difetto a 4 pareti, non necessita né l'utilizzo di materiale riempitivo, né di membrane. La predicibilità della guarigione è garantita da un perfetto avvicinamento dei lembi primari con conseguente guarigione per prima intenzione



Il lembo primario suturato con filo non assorbibile a punti a materassoio orizzontale alternati da punti staccati. L'incisione verticale di rilascio è stata suturata con filo riassorbibile (meno traumatico sul versante interno della guancia)



Rx endorale post-estrattiva, sono evidenti i limiti radiografici dell'alveolo dell'elemento estratto e dello spazio occupato dalla cisti



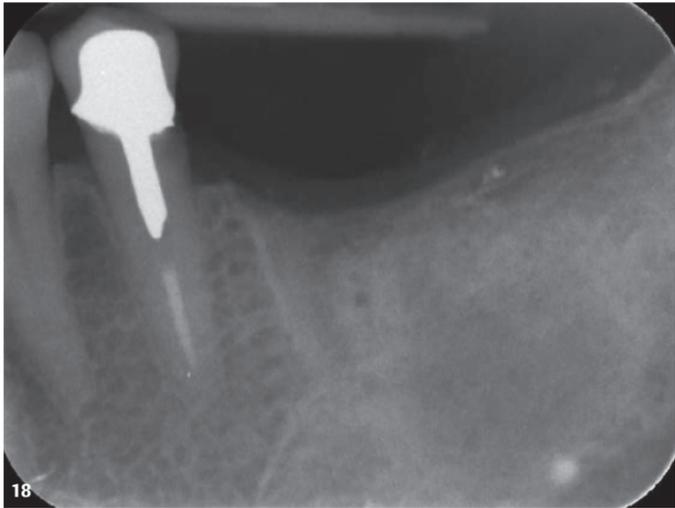
Tomografia a 6 mesi dall'intervento: il difetto osseo residuo dell'elemento dentario è quasi completamente rigenerato. Nella zona della lesione cistica permane una radiotrasparenza che però nell'immagine assiale mostra una netta presenza di neo formazione ossea di aspetto trabecolare



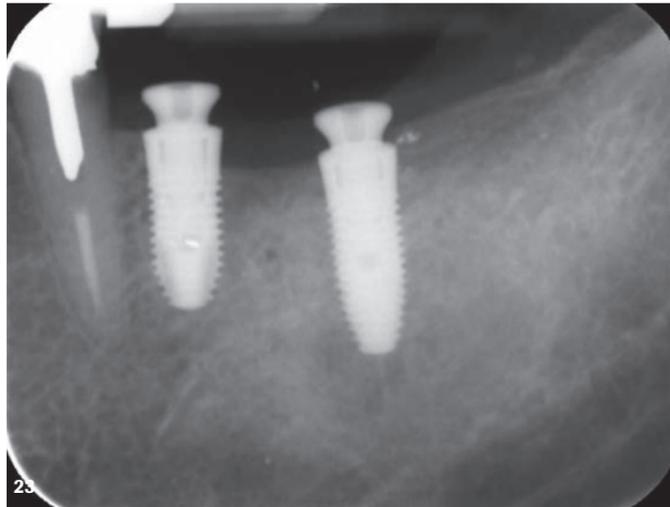
16 17
Integrità dei tessuti molli completamente ristabilita



21 22
Visione occlusale e buccale degli impianti inseriti; con la tecnica one-stage vengono applicate in prima seduta le viti transmucose di guarigione per ottenere un immediato modellamento dei tessuti molli e per confort del paziente al quale viene evitato un rientro chirurgico. L'incisione è stata suturata con filo riassorbibile 4.0



18
Rx endorale a 12 mesi



23
RX endorale di controllo post operatorio. Sono stati inseriti 2 impianti (in posizione 35 impianto CRS-DAT lunghezza 10 mm, diametro 3.8 mm, in posizione 36 lunghezza 11.5 mm e diametro 3.8. Il drillaggio chirurgico del sito impiantare ha evidenziato una buona ed omogenea compattezza dell'osso in tutto il suo spessore



19
Rientro chirurgico con incisione periostale a tutto spessore per l'esposizione della zona di inserimento degli impianti. La cresta ossea si presenta integra, di aspetto omogeneo e non sono presenti segni residui di estrazioni e di osteotomia. L'incisione è stata eseguita 1,5 millimetri lingualmente rispetto alla linea centrale della cresta per conservare un bordo di tessuto cheratinizzato, che garantirà una protezione vestibolare del pilastro impiantare



24 25
A 2 mesi dall'inserimento i tessuti perimplantari mostrano assenza completa di infiammazione e i pilastri individualizzati sono ben protetti in tutta la loro circonferenza da tessuto cheratinizzato

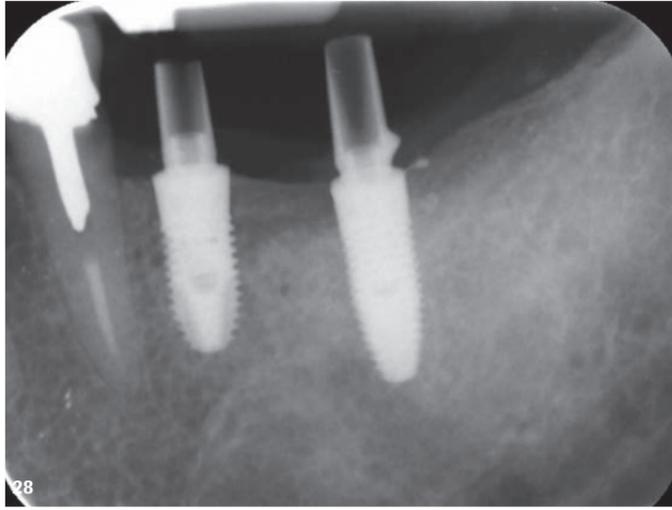


20
Per riabilitare la sella si utilizzano i nuovi impianti CSR-DAT



26 27
Inserimento dei pilastri individualizzati

14



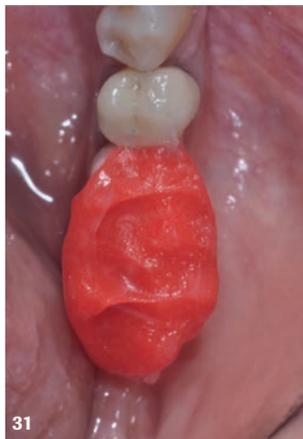
RX endorale all'inserimento dei pilastri individualizzati



Prova protesica della struttura in zirconia



30



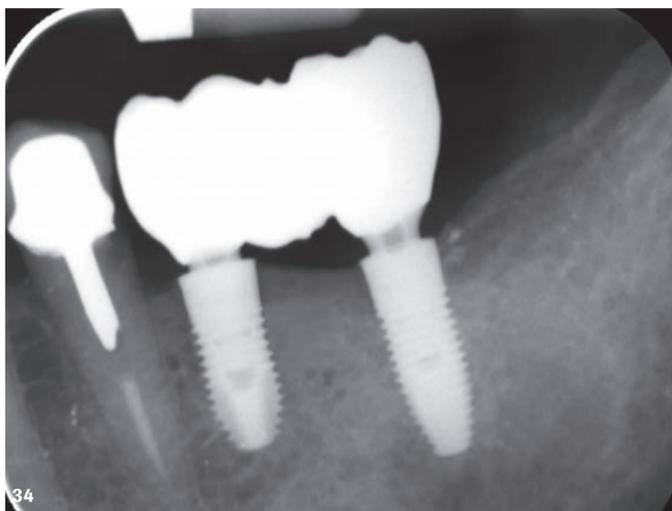
Verifica e controllo della registrazione in massima intercuspide con l'utilizzo di resina autopolimerizzante



32



33

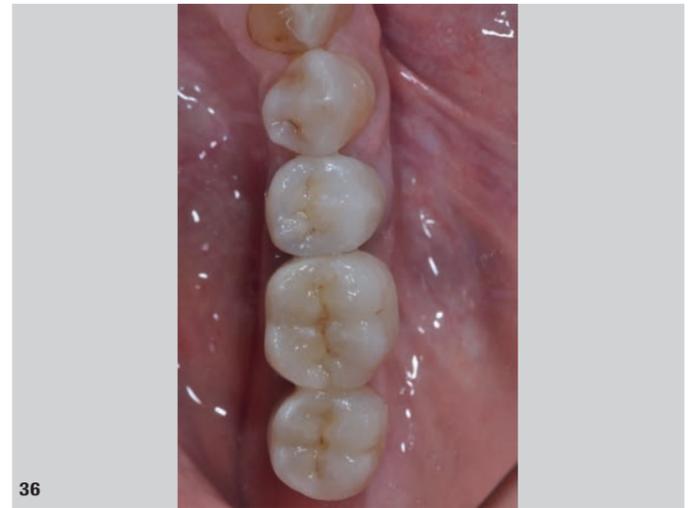


Rx endorale del manufatto protesico ultimato in sede



35

Su richiesta del paziente viene riabilitato per motivi estetici anche l'elemento 34, per il quale si adotta la tecnica B.O.P.T. In questa immagine si apprezza la preparazione a finire del moncone.



36



37

Immagini vestibolari occlusali e in massima intercuspide del manufatto protesico in zirconia ceramizzata ultimato; se ne apprezzano i perfetti rapporti con l'arcata antagonista e l'aspetto mimetico in rapporto agli elementi naturali



38

Riabilitazione protesica eseguita dal Laboratorio Odontotecnico Pellitteri Martini (BZ)

Caso clinico realizzato con impianti CSR-DAT



Prestigiosi riconoscimenti internazionali alla ricerca italiana

La celebre AO (Academy of Osseointegration) ha apprezzato tutti i lavori eseguiti con gli impianti Sweden & Martina che sono stati sottoposti alla commissione scientifica del congresso svoltosi a San Diego, al quale hanno partecipato oltre 3.000 iscritti.



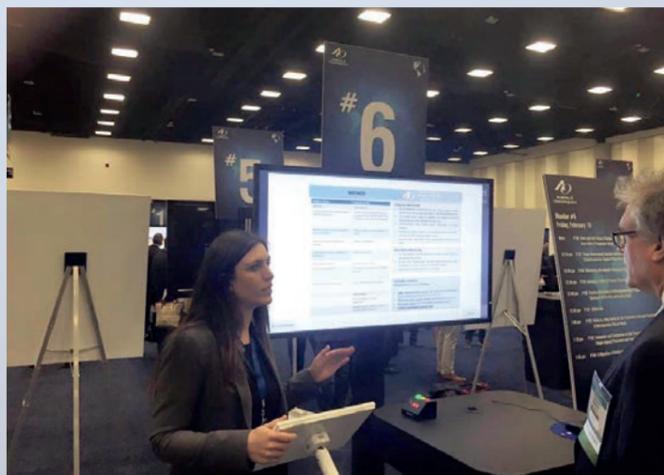
Lo studio

Crespi, Capparè, Gastaldi, Gherlone

Immediate Occlusal Loading of Full-Arch Rehabilitations: Screw-Retained Versus Cement-Retained Prosthesis. An 8-Year Clinical Evaluation, Int J Oral Maxillofac Implants. 2014 Nov-Dec;29(6):1406-11

Ha comparato il follow-up a 8 anni di riabilitazioni a carico immediato avvitate e cementate su impianti Outlink², con tasso di sopravvivenza del 99.27% su un campione di 272 impianti, aggiudicandosi l'ambito **William R. Laney Award**, il più prestigioso riconoscimento internazionale in implantologia. Il prof. Laney in persona ha premiato il dott. Crespi, che ha avuto l'opportunità di presentare gli esiti della ricerca al comitato dell'AO e al pubblico in sala.

Grande soddisfazione anche per il dott. Canullo, il cui poster "*Impact of Abutment Cleaning on Hard & Soft Tissue: A 5-Year Follow-Up RCT*" è stato selezionato tra oltre 400 per la presentazione on stage. Lo studio si inserisce nell'interessante filone condotto dal dott. Canullo con il Plasma-R di Sweden & Martina e comprova l'efficacia della decontaminazione e dell'attivazione delle riabilitazioni protesiche prima dell'inserimento in bocca.



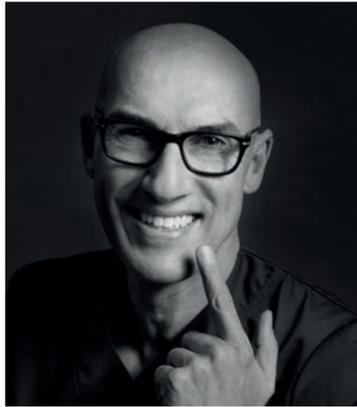
Il gruppo del prof. Barone ha presentato due lavori, entrambi selezionati tra i primi 10 dalla commissione giudicante. Il primo studio, *Hard and Soft Tissue Changes of immediately loaded implants after 10 years. A Single Arm Cohort Prospective Study*, ha valutato i tessuti duri e molli intorno ad impianti Premium e Kohno caricati immediatamente, con un follow-up di 10 anni, dimostrando la predicibilità del carico immediato anche a lungo termine. L'altro studio, *Esthetic outcome of implants placed in fresh extraction sockets by clinicians with or without experience: retrospective evaluation*, ha dimostrato invece che il successo degli impianti post-estrattivi immediati non solo è legato in maniera statisticamente significativa al livello di esperienza dell'operatore, ma anche ai criteri di selezione dei pazienti che possono essere trattati con questo approccio terapeutico.

Non da meno la soddisfazione per altri due lavori a cura dell'Università di Bologna: il primo *Transmucosal Implants With Hyperbolic Neck Geometry For Rehabilitation Of Upper Incisor: A Case Series*, presentato dalla dott.ssa Gandolfi, ha presentato una serie di casi eseguiti con impianti Prama per riabilitazioni estetiche; il secondo *Prospective Cohort Study On Cylindrical Implants With ZirTi Surface: Two Year Results* esposto dal prof. Prati, ha monitorato l'outcome degli impianti Premium SP inseriti secondo protocollo flapless.

16

Ponte unito ad una barra in titanio con viti passanti occlusali. Una soluzione innovativa per i pazienti edentuli. Occlusally screw-retained bridge united to a titanium bar (B.U.BA)

Dott. Costantino Vignato, dott. Giuseppe Vignato, odt. Riccardo Finotello



*Dott. Costantino Vignato, Dentisti Vignato-Protesista
Laureato nel 1990 in Medicina e Chirurgia presso l'università di Padova ha conseguito la specialità in odontoiatria a Padova nel 2001. Titolare dello studio dentistico Dentisti Vignato.
Specializzato nel settore della protesi, segue con interesse attivo il mondo dell' implantologia. Ha frequentato diversi corsi annuali di protesi. Relatore nei congressi internazionali come specialista nelle riabilitazioni dei pazienti edentuli.
Ha svolto ricerca sull'uso dei laser in odontoiatria con il Prof. Levy presso la Laser Endotechnik, San Clemente, CA.*

*Dott. Giuseppe Vignato, Dentisti Vignato-Chirurgo
Laureato in odontoiatria e protesi dentale a Padova nel 1986. Perfezionato in chirurgia orale ed implantologia presso l'Università di Chieti. Master in sedazione presso l'Università di Padova. Docente e Tutor presso la clinica universitaria di Padova. Diplomato ipnologo presso la scuola CIICS di Torino e allievo del dott. Regaldo. Presidente in carica di AISOD (Società Italiana Sedazionisti Odontoiatri). Lavora come libero professionista a Vicenza in una struttura odontoiatrica complessa. Coautore del TRATTATO ITALIANO DI IPNOSI nella sezione odontoiatrica.*



*Odt. Riccardo Finotello, Laboratorio Dentalfin
Ha conseguito il diploma di odontotecnico nel 1982. Titolare del Laboratorio Odontotecnico Dentalfin dal 1995, negli anni successivi al diploma ha frequentato diversi corsi di perfezionamento in Italia riguardanti la protesi fissa implantare. Si dedica alle lavorazioni in zirconio usando materiali e macchinari CAD-CAM di produzione Zirkonzahn.*

Il seguente articolo ha lo scopo di illustrare una procedura per il trattamento delle edentulie totali utilizzando un manufatto protesico avvitato agli impianti e formato dell'unione, per incollaggio, di una barra fresata in titanio ed una struttura protesica dotata di fori passanti.

La barra costituisce la base di appoggio sulla quale viene incollata la struttura protesica che può essere in composito, zirconio integrale o zirconio-ceramica.

Otteniamo così una struttura rigida, precisa e in grado di rispondere alle diverse esigenze estetiche ed economiche del paziente (5c-7a-7b).

Introduzione

Quando affrontiamo una riabilitazione protesica su impianti è fondamentale avere a nostra disposizione gli strumenti adatti per ottenere il risultato ottimale.

Gli elementi indispensabili di questo processo sono:

- utilizzo di impianti di qualità con particolari caratteristiche anatomiche;
- conoscenza di un protocollo protesico efficace;
- collaborazione con un centro di fresaggio che utilizza tecnologie digitali.

La scelta degli impianti deve essere fatta in base alla tipologia del sito implantare:

su creste ossee regolari utilizziamo impianti SHELTA;

nei siti post-estrattivi o dove ci sia una discrepanza della quota ossea in senso vestibolo-palatale o mesio-distale l'impianto di elezione è il PRAMA.

L'uso combinato di questi due impianti rivoluziona la possibilità di risolvere tutti i casi di edentulia anche i più complessi.

Caso clinico

Il paziente da noi trattato ha 60 anni ed è affetto da palatoschisi con una grave atrofia del mascellare superiore dovuta alla perdita precoce dei denti e l'uso prolungato di una protesi mobile.

L'intero trattamento è stato finalizzato in 4 mesi e 8 appuntamenti.

Gli impianti utilizzati sono il PRAMA e lo SHELTA a spira larga della Sweden-Martina ed un altro impianto corto.

Il paziente è stato sottoposto all'intervento in sedazione cosciente secondo il protocollo ansiolitico della scuola di Padova.

Materiali e metodi

Il protocollo che **Dentisti Vignato** ha messo a punto prevede una fase iniziale di raccolta delle informazioni anamnestiche e la costruzione di un articolatore che stabilisca la posizione delle basi scheletriche e la dimensione verticale della bocca (1 a-b-c-d). L'articolatore rappresenta, anche nel trasferimento in digitale, il dispositivo di riferimento sul quale costruiamo tutto il nostro lavoro protesico a partire dal provvisorio fino al definitivo (1d-2b-6a).

Si procede quindi con la fase chirurgica di inserimento degli impianti seguita dal carico immediato del provvisorio fresato entro 24-48 ore.

Tale provvisorio è costruito sull'articolatore di inizio caso sostituendo per cross-mounting l'impronta di posizione degli impianti appena inseriti (2a-b).

Questo tipo di provvisorio lo chiamiamo **bite estetico di guarigione** perché durante il periodo di guarigione degli impianti ci permette di funzionalizzare l'occlusione, valutare la dimensione verticale (DV), valutare la linea del sorriso e guidare la guarigione della gengiva (3).

Il provvisorio è da considerare uno strumento clinico di relazione.

Deve quindi soddisfare le nostre esigenze funzionali e rappresentare per il paziente la pre-visualizzazione del lavoro definitivo.

Trascorso il periodo necessario per l'integrazione degli impianti la fase successiva prevede l'impronta master, il controllo della posizione degli impianti per mezzo di un archetto di passivazione e il rimontaggio in articolatore del provvisorio funzionalizzato (4).

La progettazione della protesi definitiva avviene totalmente in virtuale e prevede la costruzione di due elementi: la barra fresata in titanio e la sovrastruttura protesica che funge da elemento estetico e funzionale.

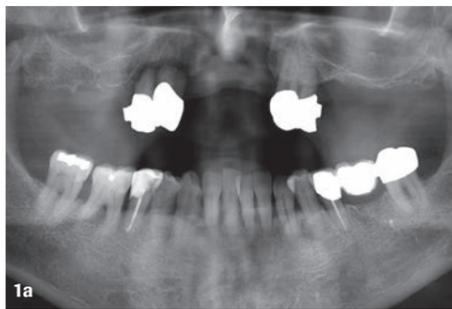
La barra è disegnata per sottrazione all'interno dello spessore del manufatto protesico che ricaviamo da una ceratura diagnostica o dalla rielaborazione in digitale del provvisorio funzionalizzato in bocca durante il periodo di guarigione degli impianti (5a).

Ha due caratteristiche fondamentali: segue l'andamento anatomico della gengiva e combacia passivamente con la base degli impianti annullando le tensioni che si possono generare dall'asse del loro inserimento o dalla presenza sulla stessa arcata di impianti con basi di forma diversa, in questo caso Prama e Shelta (6a).

La struttura protesica definitiva è dotata di fori passanti (8) per permettere il passaggio delle viti di fissaggio agli impianti e contiene lo spazio per ospitare la barra fresata da incollare (5b-c).

Il risultato finale è un manufatto protesico unico avvitato agli impianti (7a-b).

Il lavoro che abbiamo illustrato in questo articolo è in zirconio e ceramica ma con la stessa procedura possiamo fabbricare un manufatto più economico con una finitura in solo composito o zirconio integrale (9a-b-c).



1a
Situazione iniziale

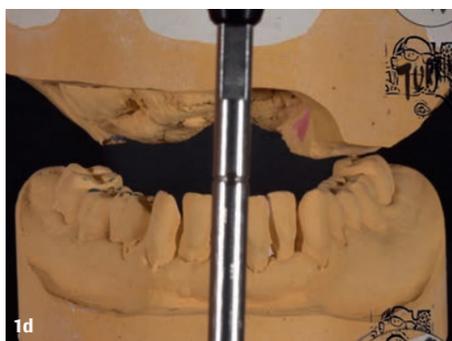


1b



1c

Caso clinico realizzato
con impianti
PRAMA e SHELTA



1d
Articolatore iniziale



2a
Guarigione a 36 ore dall'intervento



2b
Provvisorio ottenuto dal cross-mounting
dell'impronta intraoperatoria con l'articolatore di
inizio caso

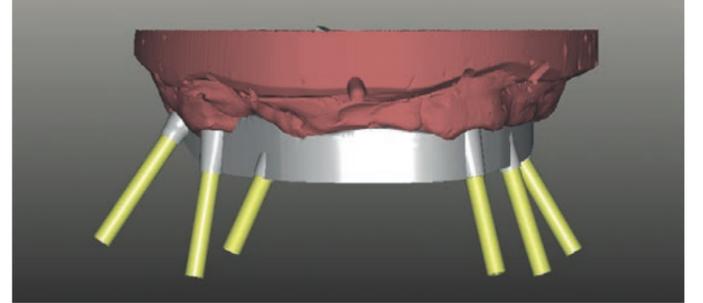
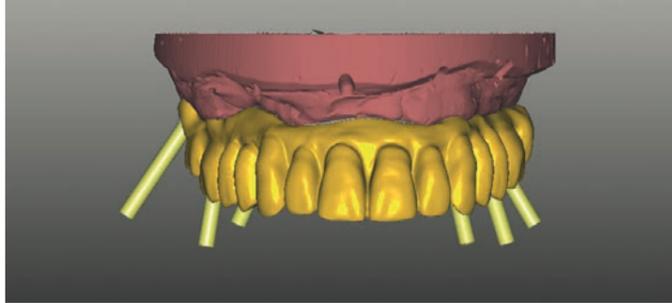
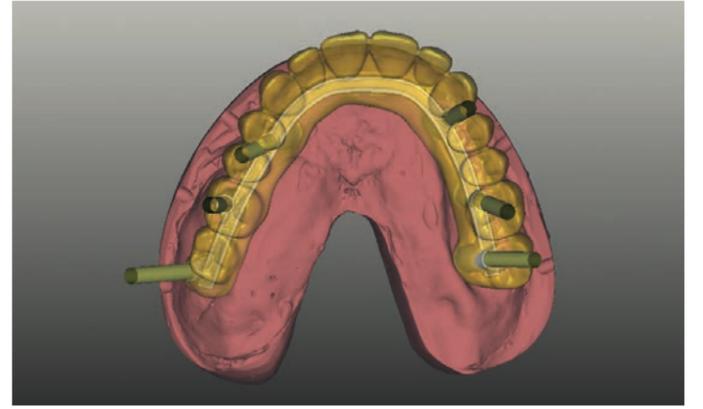
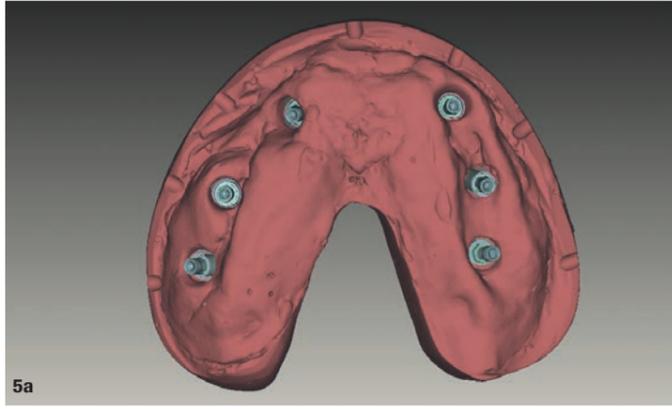


3
BITE ESTETICO PROVVISORIO
Provvisorio a carico immediato anche definitobite
estetico di guarigione

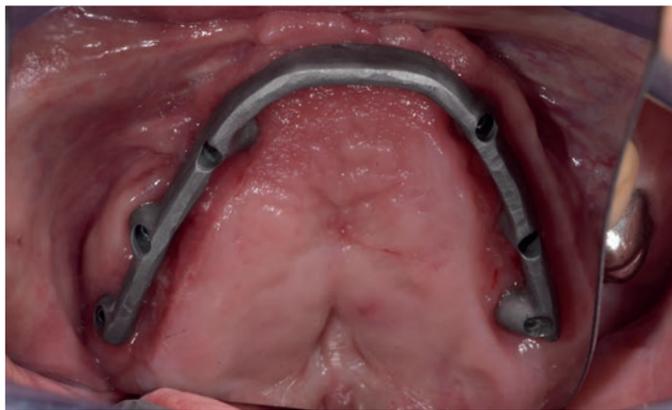
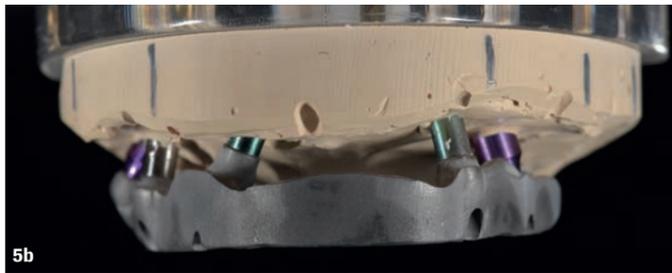


4
Guarigione dei tessuti molli

18



Processo digitale per la costruzione della barra



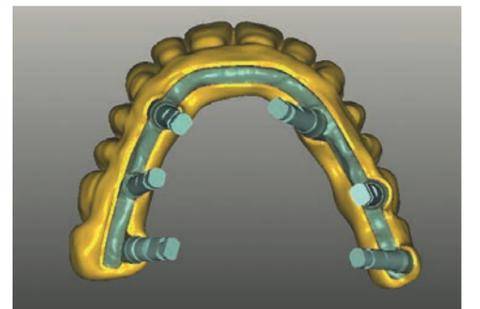
Barra fresata anatomica e prova grezza in zirconio



+



=



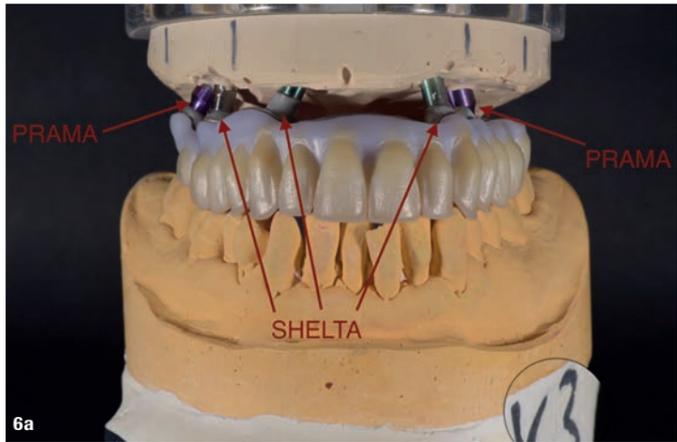
+



=



Assemblaggio del manufatto definitivo: barra e protesi in zirconio ceramica con fori passanti



6a Prova grezza e uso combinato di impianti PRAMA e SHELTA



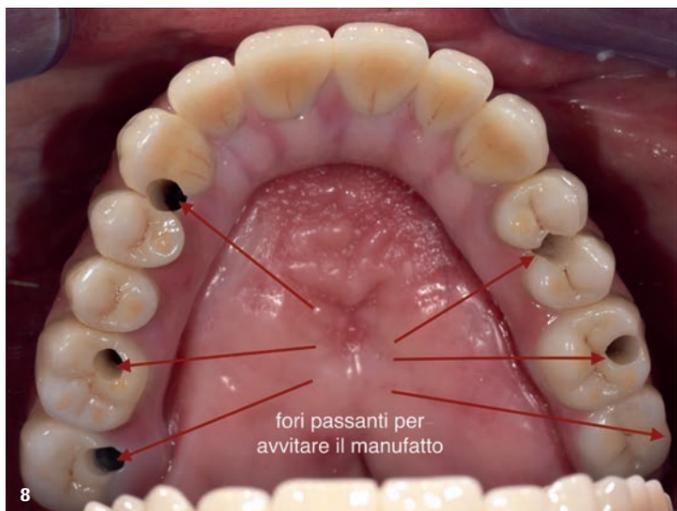
6b Prova grezza in bocca in questa fase il manufatto protesico non è ancora incollato alla barra



7a Manufatto definitivo in zirconio-ceramica incollato alla barra



7b



8 Particolare dei fori passanti nel manufatto definitivo avvitato in bocca



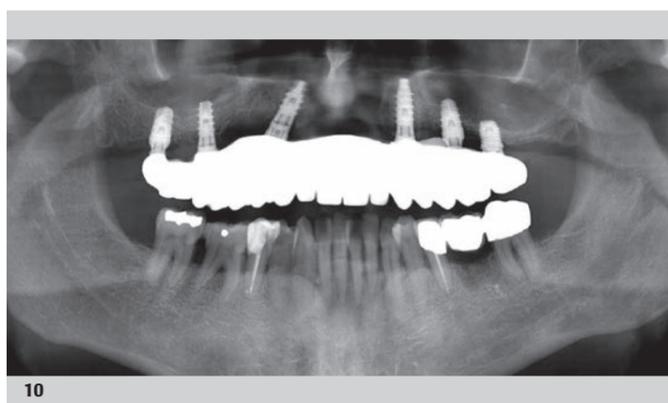
9a



9b



9c Manufatto definitivo in bocca



10

Controllo radiografico

Il seguente articolo è stato redatto dal Dott. Costantino Vignato
 Per maggiori informazioni: costantino.vignato@studiovignato.it
 Il manufatto protesico, composto di barra e parte protesica, è disegnato e prodotto dalla UNITED BRIDGE

Cannule calcinabili per T-Connect: wax up semplice e sicuro

Se prima il wax-up per la scansione veniva effettuato su pilastri interamente calcinabili, ora diviene possibile avere una guida precisa rispetto agli ingombri minimi imposti dalle T-Connect, utilizzabili per le sistematiche **Premium, Kohno, Shelta, CSR-DAT, Outlink² e Syra.**

Garantiscono la **maggior passività possibile** della componente protesica rispetto agli impianti.

Alloggiamento per la tacca di riposizionamento del corpo della T-Connect.

Sfruttano le tolleranze micrometriche della T-Connect per una **connessione protesi-impianto molto precisa.**

H totale di 12 mm.

4.00 mm

6.00 mm

Due coni di cementazione di diverse misure:
uno da 4 mm e uno da 6 mm.

Interamente calcinabili, possono quindi essere **usate per fusioni da incollare sulle T-Connect.**

Disponibili sia nella **versione riposizionabile** (riabilitazioni singole), sia nella **versione rotante** (riabilitazioni multiple).

Perni di parallelismo con tacche di profondità

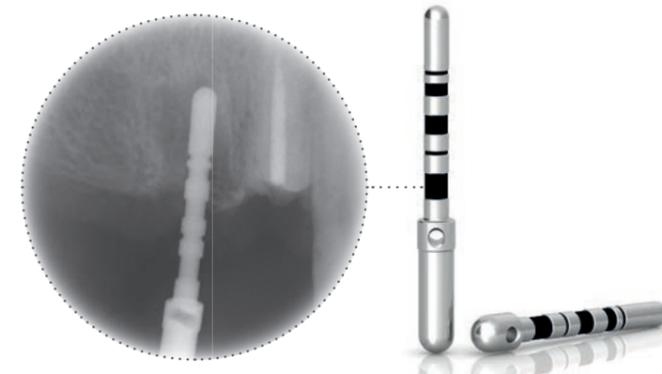
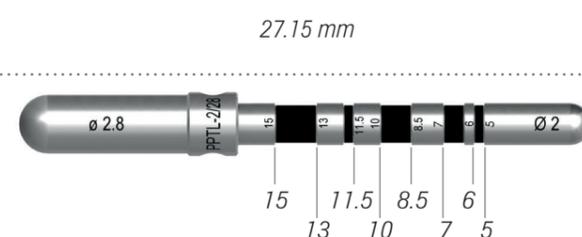
I due nuovi perni, dotati di pratiche tacche che permettono una precisione e un controllo maggiori nella prima fase di chirurgia, presentano un lato con $\varnothing 2.00$ mm che li rende adatti all'utilizzo subito dopo il passaggio della fresa pilota, e un lato con $\varnothing 2.80$ mm, per verificare la preparazione con la fresa intermedia. Sono dotati inoltre di un pratico foro per permettere l'inserimento di un filo di sicurezza anticaduta.



Perno di parallelismo versione large



Perno di parallelismo versione small



Radiografia per gentile concessione del dott. M. Csonka, Catania

Sono disponibili due lunghezze: la versione large da 27.15 mm e quella small da 20.55 mm, che presenta il lato con $\varnothing 2.80$ mm notevolmente accorciato per garantire una migliore condizione di lavoro nei pazienti con ridotta apertura orale o nei settori distali.

Le tacche sono marcate a laser sul lato con $\varnothing 2.00$ mm cosicché siano visibili durante la chirurgia, ma sono anche di diametro ridotto, per una visibilità nelle lastre radiografiche intraoperatorie. Forniscono così un ottimo mezzo di verifica in itinere dell'intera fase preparatoria.

Implementazione di gamma per la protesi Prama

Transmucose di guarigione PRAMA IN

Le nuove viti transmucose di guarigione PRAMA IN sono state progettate per **chiudere sul collo dell'impianto**, conformando i tessuti molli durante la loro guarigione, al fine di lasciare uno spazio adeguato per la riabilitazione ed evitare dolore o fastidio al paziente durante il carico protesico.



Transmucose di guarigione **in Titanio Gr.5**: anodizzate in colore giallo paglierino analogamente al collo Prama per ottenere un maggior livello estetico. Sono disponibili in due diverse altezze per adattarsi alle varie esigenze cliniche.

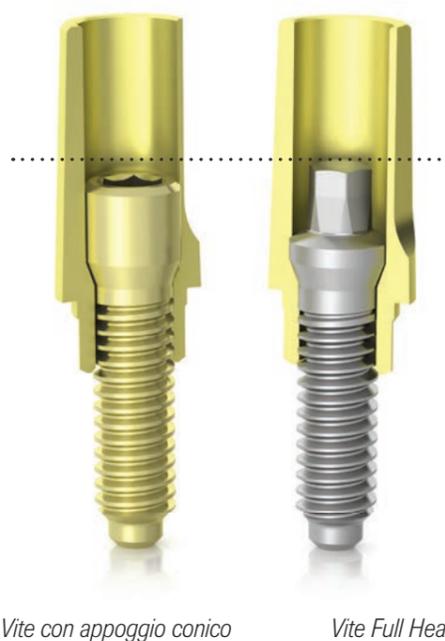


Transmucose di guarigione **in resina REEF**: si tratta di un materiale con elevata capacità di resistenza all'attacco batterico. Queste transmucose possono essere fresate o lavorate direttamente alla poltrona.

Viti di serraggio ad appoggio conico

Le nuove viti di serraggio ad appoggio conico rappresentano una valida **alternativa alle viti Full Head** per i pilastri preformati dritti o angolati della sistemica Prama.

Queste viti risultano particolarmente **utili quando si deve ridurre di molto l'altezza totale dei pilastri** e non c'è spazio sufficiente per chiudere il foro vite con l'ausilio di materiale rimovibile: il diametro della testa della vite, essendo uguale a quello del foro vite dei pilastri protesici, consente di non lasciare spazi in cui si possa infilare il cemento usato per fissare la corona, facilitando così le procedure di eventuale rimozione della vite stessa.



Vite con appoggio conico

Vite Full Head



L'appoggio conico migliora il serraggio della protesi senza ostacolare l'eventuale rimozione, e ne aumenta la resistenza allo svitamento.

22

KeraOs

Sostituto osseo a base di β -Fosfato tricalcico

In termini di porosità interconnessa la struttura di KeraOs è simile a quella delle trabecole dell'osso spongioso, così da permettere un ottimo supporto osteoconduttore ove le cellule osteogeniche aderiscono a formare nuovo osso.

La bioattività e la particolare composizione permettono a KeraOs di intervenire nel processo di rimodellamento osseo osteointegrandosi e riassorbendosi in modo naturale, così da essere sostituito dall'osso del paziente.



Per le sue caratteristiche, proprietà e composizione, KeraOs è il materiale di elezione indicato nei processi di rigenerazione ossea.

β -Fosfato tricalcico

Benchè il β -Fosfato tricalcico e l'idrossiapatite appartengano allo stesso gruppo di fosfati di calcio (il che conferisce loro una composizione chimica simile), il loro comportamento *in vivo* è molto diverso. In condizioni fisiologiche e indipendentemente dalla sua natura (naturale o sintetica), l'idrossiapatite è poco solubile mentre il β -Fosfato tricalcico viene facilmente sostituito dall'osso. Gli innesti di origine animale, per il maggior contenuto di idrossiapatite, liberano una quantità di calcio molto inferiore a quella degli innesti di β -Fosfato tricalcico, ostacolando la stimolazione della rimodellazione ossea.

Rigenerazione ossea efficace

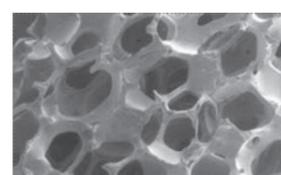
La tecnologia applicata nel processo produttivo di KeraOs genera una struttura tridimensionale assolutamente simile alla struttura dell'osso umano.

Proprietà e caratteristiche

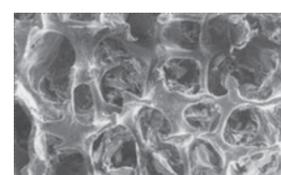
- Aumento della capacità osteoconduttiva
- eccellente macroporosità ed elevata microporosità
- assenza di attività immunologica, essendo di origine sintetica
- eccellente mantenimento del volume e della stabilità primaria dell'impianto, evitando micro-movimenti
- mantiene la forma ed il volume del difetto per evitare il riassorbimento osseo
- favorisce la rapida colonizzazione delle proteine e delle cellule
- agisce come supporto ideale, che viene riconosciuto dall'organismo: le cellule aderiscono al substrato per formare nuovo osso
- risultati rigenerativi predicibili e stabili (rigenerazione ossea efficace)
- purezza superiore al 99%

Confezionamento esclusivo

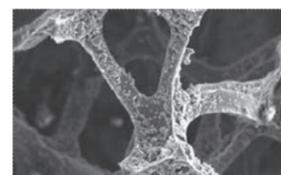
KeraOs è confezionato in un **comodo ed esclusivo blister sigillato, studiato per consentirne la mescola diretta**, senza necessità di travasare il materiale in altro contenitore e garantendo quindi le condizioni di sterilità necessarie.



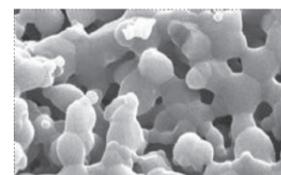
Morfologia di KeraOs al SEM



Morfologia dell'osso corticale umano al SEM



La macroporosità facilita la permeabilità delle cellule verso l'interno delle particelle di KeraOs



La microporosità favorisce l'adesione cellulare e l'adesione dei fattori di crescita, e quindi i processi biologici di rigenerazione ossea

Un approccio razionale alla ricostruzione dei tessuti duri e molli in un caso di grave compromissione estetica: aspetti chirurgici della rigenerazione ossea con biomateriali, colla di fibrina e membrana di collagene *cross-linked*

Dott. Roberto Abundo, dott. Giuseppe Corrente, dott. Stefano Lombardo, dott. Hector Sarmiento, dott. Joseph P. Fiorellini, dott. Michele Perelli



*Dott. Roberto Abundo
Adjunct Professor-Department of Periodontics,
University of Pennsylvania, U.S.A.
Libero Professionista-SICOR-Torino*



*Dott. Giuseppe Corrente
Adjunct Professor-Department of Periodontics,
University of Pennsylvania, U.S.A. Libero
Professionista-SICOR-Torino*



*Dott. Stefano Lombardo
Libero Professionista-SICOR-Torino*



*Dott. Hector Sarmiento
Clinical Associate Professor
Department of Periodontics,
University of Pennsylvania, U.S.A.
Libero Professionista a New York, U.S.A.*



*Dott. Joseph P. Fiorellini
Professor
Department of Periodontics,
University of Pennsylvania, U.S.A.*



*Dott. Michele Perelli
Libero Professionista-SICOR-Torino*

Abstract

La sostituzione mediante impianti di elementi dentari ad alta valenza estetica e gravemente compromessi da patologie endodontiche o parodontali, rappresenta per il clinico una grande sfida. Frequentemente infatti i volumi ossei o mucosi a disposizione possono risultare insufficienti per ottenere a fine trattamento un risultato adeguato. Al fine di correggere il suddetto deficit ed eventuali asimmetrie, quindi ripristinare una valida estetica oltreché assicurare una stabilità implantare nel tempo, sono necessarie procedure chirurgiche di aumento di tali volumi in senso orizzontale e verticale.

Oggetto del presente case report è presentare un razionale approccio chirurgico, efficace e predicibile, per ottenere i risultati sopra elencati.

24

Introduzione

Il successo clinico-estetico delle riabilitazioni implanto-supportate si raggiunge attraverso una corretta gestione di tutti i passaggi delle fasi chirurgiche e protesiche. Spesso tuttavia le situazioni anatomiche da gestire sono rappresentate da volumi ossei inadeguati per inserire un impianto in posizione corretta dal punto di vista della futura estetica e da deficit dei tessuti molli che non solo non sono in grado di garantire la qualità della mucosa perimplantare ma anche di permettere una corretta integrazione del manufatto protesico in armonia con la restante parte della dentatura, soprattutto in caso di mono-edentulia. Obiettivo delle diverse tecniche chirurgiche è ottenere un adeguato risultato estetico e funzionale attraverso procedure minimamente invasive, utilizzando quanto più possibile biomateriali in luogo dell'osso autologo. In tal modo è consentito raggiungere in maniera predicibile il risultato auspicato con una buona prognosi a lungo termine e un ridotto discomfort per il paziente rispetto a tecniche ricostruttive maggiori che prevedano prelievi di tessuto osseo da altra sede anatomica.

Materiali e metodi

Una paziente di 26 anni si presentava all'osservazione con rizolisi a carico del 2.1 spontaneamente dolente (elemento che all'anamnesi risultava essere stato più volte trattato, dapprima ortodonticamente per riallinearlo agli elementi contigui, poi chirurgicamente per esporre e trattare il riassorbimento del tessuto dentario in sede sottogengivale) associata a grave perdita di supporto parodontale profondo (soprattutto a livello mesiale e vestibolare) complicata da un importante deficit dei tessuti molli circostanti. L'estetica rappresentava peraltro l'aspetto principalmente lamentato dalla paziente, per la disarmonia del margine gengivale e del colore del 2.1 rispetto agli elementi contigui, nonché dell'aspetto del 2.2, oggetto di precedente restauro adesivo.



Radiografia endorale periapicale, cone-beam ed immagine clinica pre-operatoria del 2.1. Si osservino il processo di riassorbimento esterno a carico dell'elemento e la lesione parodontale circostante uniti ad un grave deficit dei tessuti molli in senso orizzontale e verticale, con infiammazione marcata a livello mesiale e vestibolare. Il 2.2 presenta un restauro adesivo insoddisfacente dal punto di vista estetico.

Al fine di ottenere il miglior risultato estetico possibile si rendeva necessario un approccio stadiato capace di ripristinare i volumi ossei adeguati per un posizionamento implantare adeguato nelle tre dimensioni dello spazio e di ricostruire i tessuti molli per una valida integrazione estetica del futuro manufatto protesico. L'elemento 2.2 è stato sfruttato per il posizionamento di una protesi provvisoria cementata con un *pontic* ad estensione in sede 2.1.

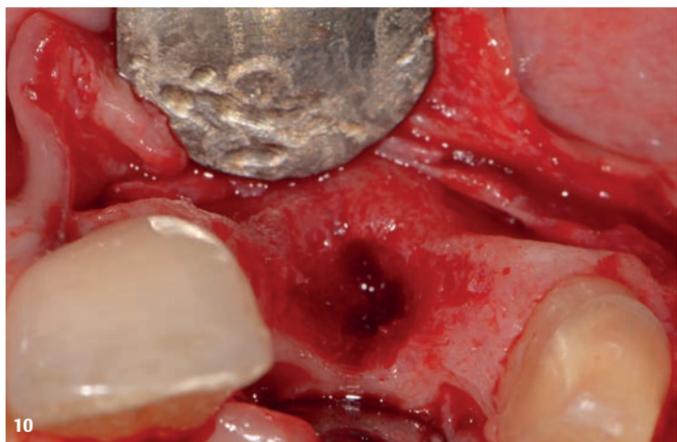


Sito post-estrattivo: si rileva la mancanza della parete ossea vestibolare. L'alveolo viene riempito con collagene posizionato all'altezza dei tessuti molli adiacenti e protetto con del cianoacrilato chirurgico.

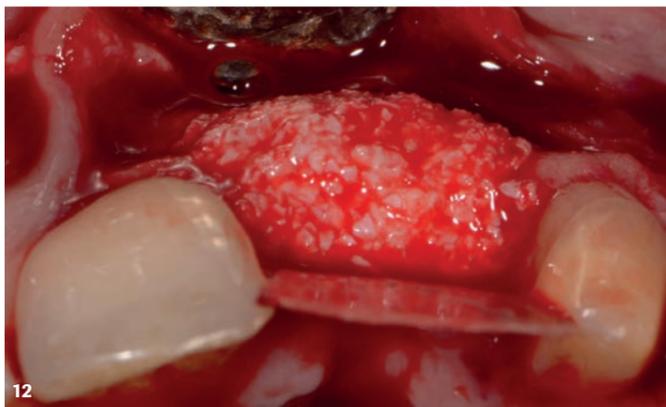
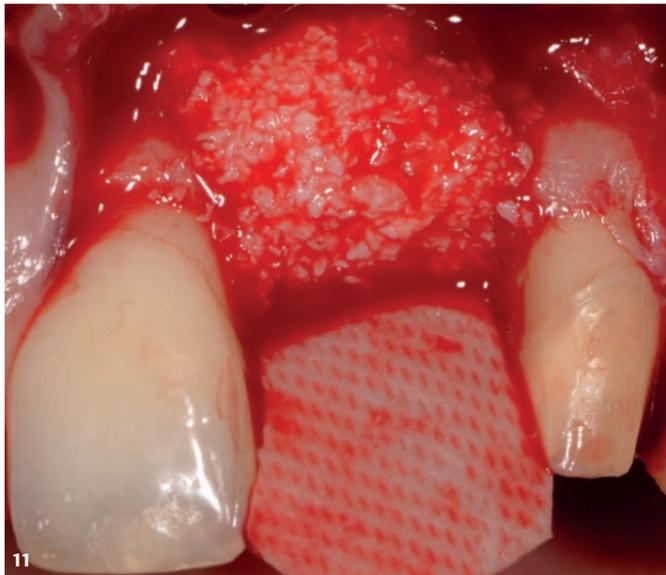
Si è proceduto quindi con l'estrazione della radice del 2.1, avendo cura di non ledere i tessuti parodontali già compromessi. A causa della mancanza della parete ossea alveolare vestibolare e dell'assenza di tessuto cheratinizzato non risultava indicato effettuare alcun tentativo di *socket preservation* e l'alveolo è stato pertanto riempito in eccesso con collagene posizionato fino alla altezza delle papille adiacenti e protetto con del cianoacrilato chirurgico al fine di mantenere al possibile un tetto rigido nell'area dove si ricercava una prima guarigione spontanea dei tessuti molli. La guarigione è avvenuta senza complicanze e dopo 2 mesi si è proceduto all'intervento chirurgico volto ad ottenere la ricostruzione ossea dei volumi ideali con aumento verticale ed orizzontale mediante utilizzo di osso bovino deproteinizzato particolato miscelato a colla di fibrina, ricoperto con una membrana di collagene *cross-linked* (Ossix Plus, Datum Dental, distribuito da Sweden & Martina), idonea a mantenere una sua stabilità per quasi tutta la durata del periodo di attesa per la rigenerazione, senza peraltro presentare rischi gravi per possibili complicanze e per l'eventuale gestione delle stesse. La chiusura del lembo per prima intenzione è stata raggiunta mediante avanzamento coronale del lembo secondo la tecnica propria della chirurgia plastica parodontale.



Dopo 2 mesi si apprezza una guarigione dei tessuti molli con un incremento degli stessi tale da permettere un'adeguata chiusura dei lembi sul materiale rigenerativo che dovrà essere posizionato.

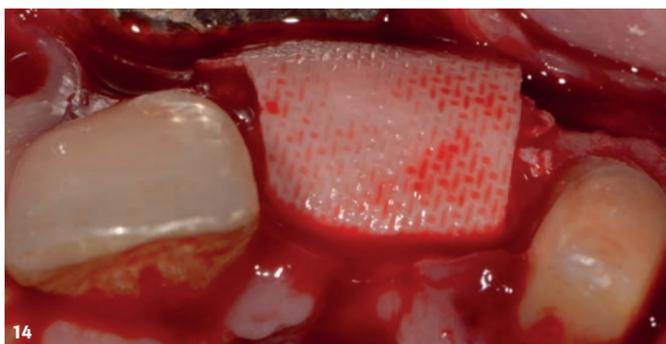
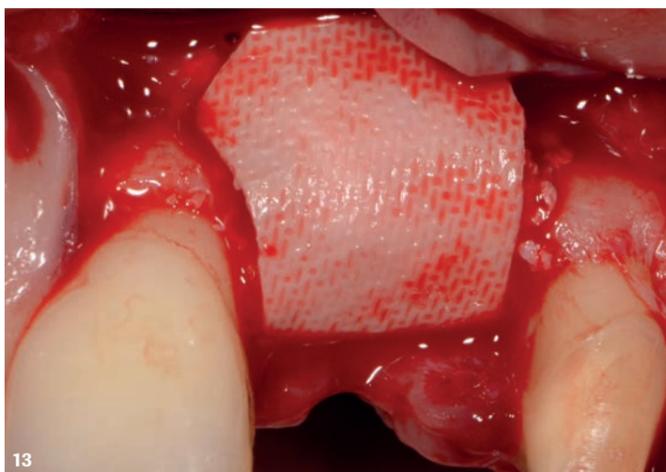


Dopo esposizione del difetto a livello del sito, la perdita ossea nelle componenti verticale e orizzontale risulta evidente.



Il difetto viene riempito con osso bovino deproteinizzato miscelato con colla di fibrina. In particolare la componente orizzontale della ricostruzione viene sovradimensionata rispetto all'osso circostante al fine di contrastare eventuali rimodellamenti dell'innesto mediante tale ipercorrezione.

Anche in questo caso la guarigione è avvenuta senza complicanze e a 6 mesi, al termine del periodo ipotizzabile per la guarigione ossea, si è effettuato il rientro chirurgico per il posizionamento implantare. La cresta precedentemente ricostruita appariva ottimamente ossificata, con presenza di adeguate dimensioni in orizzontale ed in verticale: è stato quindi possibile posizionare correttamente, da un punto di vista chirurgico e protesico, un impianto conico (Shelta, Sweden & Martina) di 3.8 mm di diametro e 10 mm di lunghezza. L'impianto è stato lasciato guarire sommerso al fine di eventualmente aumentare ulteriormente il tessuto cheratinizzato in occasione della scoperta prevista dopo 4 mesi, preferendo prolungare i tempi standard di attesa per l'osteointegrazione poichè l'impianto risultava inserito pressochè totalmente nell'osso rigenerato.



Una membrana di collagene cross-linked viene ritagliata, idratata e posizionata sul materiale innestato.

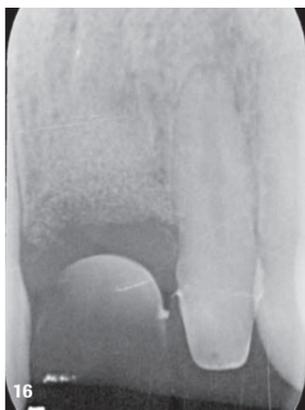
Caso clinico realizzato
con membrana
OSSIX PLUS
e impianti SHELTA



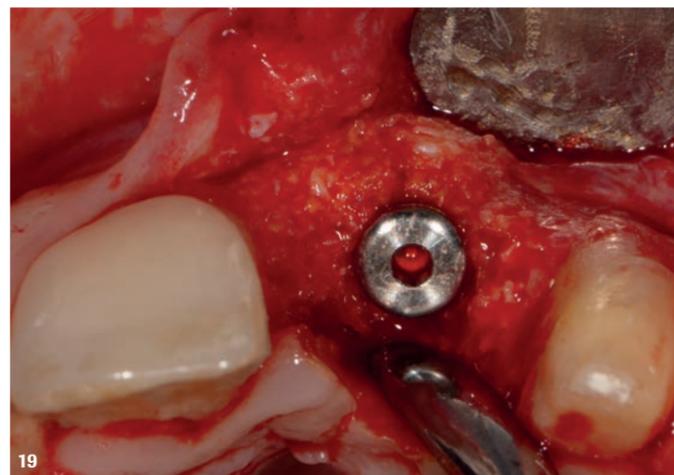
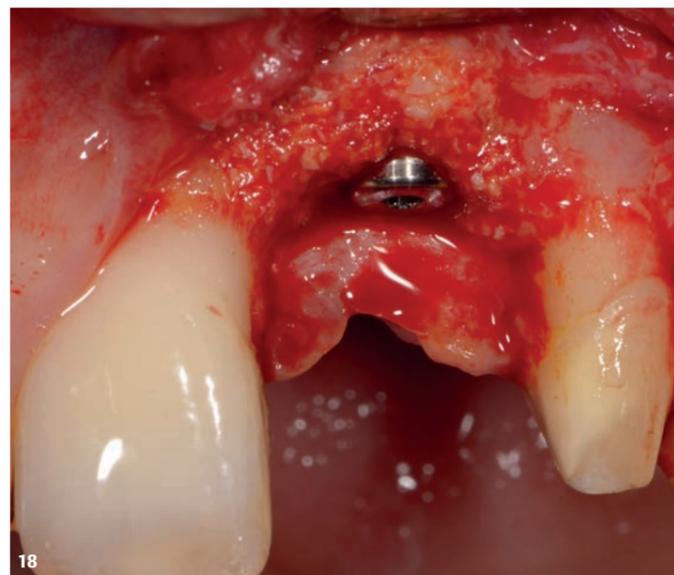
15
Il lembo viene riposizionato coronalmente al fine di ottenere una chiusura per prima intenzione e suturato con filo in PTFE 5.0 (Monosoft, Sweden & Martina)

Conclusione

L'utilizzo di una procedura chirurgica rigenerativa con osso bovino deproteinizzato, colla di fibrina e membrana di collagene a legami crociati ha consentito la risoluzione di un grave deficit tridimensionale dei tessuti in un caso ad alta valenza estetica.



16
17
Radiografia endorale periapicale post-operatoria a 6 mesi dalla procedura rigenerativa ed immagine cone-beam. Si nota chiaramente il ripristino della cresta fino quasi a livello dei picchi ossei dei denti adiacenti ed il ripristino della componente orizzontale della cresta stessa. Anche dall'immagine clinica si evince un ripristino dei tessuti molli ora adeguatamente sostenuti dai sottostanti profili ossei.



18
19
Dopo scollamento del lembo la ricostruzione dei tessuti duri rigenerati è evidente in senso sia orizzontale che verticale. È quindi possibile posizionare un impianto conico (Shelta, Sweden & Martina) di 3.8 mm di diametro e 10 mm di lunghezza all'interno di adeguati volumi ossei tali da garantirne la stabilità nel tempo ed un'adeguata successiva ricostruzione protesica.



19
Guarigione dei tessuti molli dopo l'inserimento sommerso dell'impianto Shelta, al di sotto della protesi fissa provvisoria ad estensione

Bibliografia

1. Perelli M., Abundo R., Corrente G., Saccone C., Zambelli M.; *Implant-supported prostheses esthetic outcomes after socket preservation technique*. J Craniofac Surg. 2015;26(3):729-730.
2. Corrente G., Abundo R., Cardaropoli G., Martuscelli G., Trisi P.; *Supracrestal bone regeneration around dental implants using a calcium carbonate and a fibrin-fibronectin sealing system: clinical and histologic evidence*. Int J Periodontics Restorative Dent. 1997; 17: 170-181.
3. Corrente G., Abundo R., Cardaropoli D., Cardaropoli G., Martuscelli G.; *Long-term evaluation of osseointegrated implants in regenerated and nonregenerated bone*. Int J Periodontics Restorative Dent. 2000; 20: 390-397.
4. Perelli M., Abundo R., Corrente G., Saccone C., Zambelli M.; *Implant-supported prostheses esthetic outcomes after socket preservation technique*. J Craniofac Surg. 2015;26(3):729-730.
5. Tal H, Kozlovsky A, Artzi Z, Nemcovsky CE, Moses O.; *Long-term bio-degradation of cross-linked and non cross-linked collagen barriers in human guided bone reneration*. Clin Oral Implants Res.2008;19(3): 295-302.
6. Abundo R, Corrente G.; *Chirurgia plastica parodontale - trattamento estetico delle recessioni gengivali. Cap 6, Tecniche chirurgiche*. 160-361. Viterbo, ACME Edizioni; 2010

Valutazione *in vitro* della capacità di ritenzione del filo ortodontico da parte di una nuova minivite

Arveda N., Locatelli R., Lombardo L., Siciliani G.

Lo studio ha voluto testare resistenza, sicurezza e stabilità dell'innovativo sistema di bloccaggio del filo da parte della Minivite autolegante **Firma Plus** di Sweden & Martina. Ideata dal **Prof. Ranieri Locatelli** in collaborazione con la Ricerca e Sviluppo di **Sweden & Martina**, la minivite Firma Plus è progettata con un'originale testa che permette l'ancoraggio e il bloccaggio di fili o altri accessori ortodontici per mezzo di un nuovo sistema autolegante. Il sistema alloggia fili tondi, quadrati e rettangolari sino ad una dimensione massima di 0.018x0.025". Il filo va allineato con l'asse longitudinale dello slot posto sulla testa e, con un semplice movimento a "L", va fatto scivolare all'interno della nicchia. Il pozzetto all'interno della testa contiene un'ulteriore vite di dimensione molto ridotta che va ingaggiata con lo speciale cacciavite. Esercitando quindi un movimento rotatorio in senso orario, la vite interna fuoriesce comprimendo e bloccando il filo.

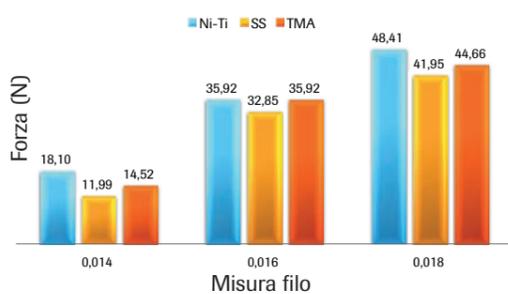


Valutazione in vitro

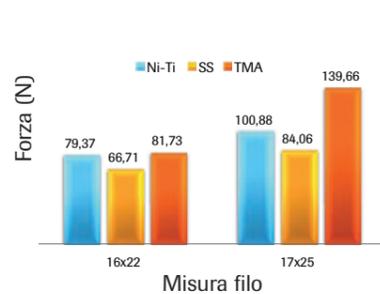
Nove miniviti (\varnothing 1,8, L. 8 mm) di tre diversi lotti di produzione sono state inserite in blocchetti di osso sintetico (Poliuretano espanso rigido a cellule chiuse e Poliuretano espanso solido). Per assicurare un torque di inserimento ottimale, il torque è stato settato usando un micromotore calibrato a 50.0 Ncm e 20 giri/min. I diversi fili ortodontici sono poi stati fissati alla testa della minivite con il sistema autolegante usando un driver dinamometrico calibrato a 15.0 Ncm di torque. Tutti i fili sono stati testati con il pullout test per mezzo di una macchina Instron 4467. Sono stati testati fili in Nichel titanio, TMA e acciaio inox da 0.014 a 0.018 x 0.025". Ogni filo è stato testato con tre miniviti ed il test di pullout è stato effettuato tre volte su ogni minivite per un totale di 153 misurazioni.

Risultati

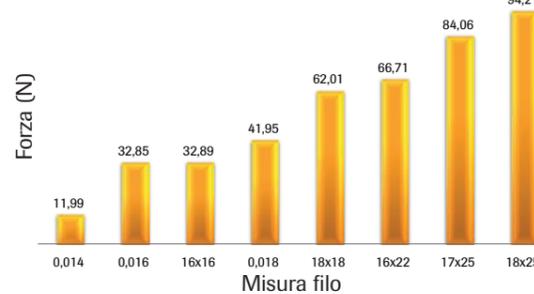
Fili tondi



Fili rettangolari



Fili in acciaio inox

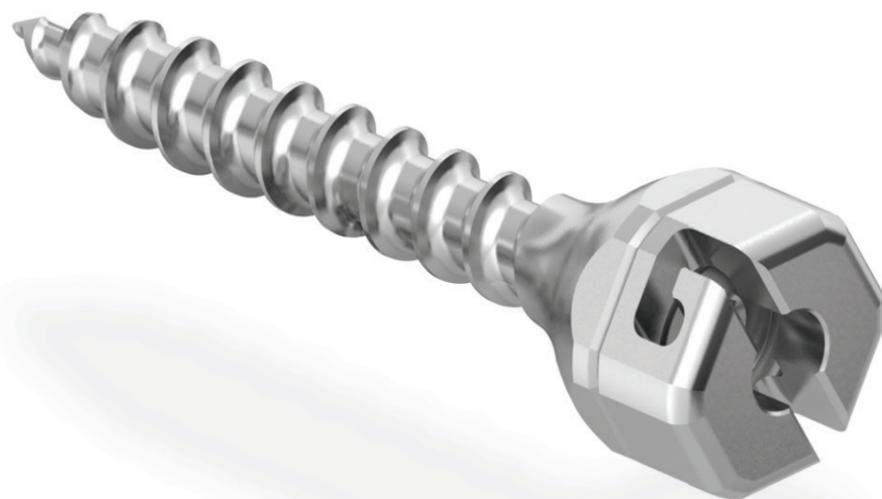


I risultati dimostrano che la forza del sistema di ritenzione del filo è direttamente proporzionale al diametro del filo. I test dimostrano l'ottima capacità del sistema autolegante Firma Plus a trattenere il filo all'interno dello slot.

Tutti i valori rilevati mostravano livelli di resistenza alla trazione ampiamente al di sopra di quelli richiesti clinicamente. Di tutte le 153 misurazioni effettuate infatti il valore minimo rilevato è stato pari a 9,89 Newton ovvero quasi 1 kg durante il test del filo di sezione minore in acciaio inox.

I risultati più elevati si sono avuti durante il test con i fili 17x25 in TMA dove addirittura il componente a cedere per primo è stato il blocchetto di osso sintetico.

La rottura di quest'ultimo si è verificata a 1676 Newton, pari a circa 17 kg, a dimostrazione dell'estrema efficacia del sistema.



La minivite **FIRMA PLUS** rappresenta quindi un dispositivo semplice e versatile che trova ampie indicazioni in particolare nei casi di movimenti distali, uprighting e disinclusione di denti inclusi.

Recensioni

27

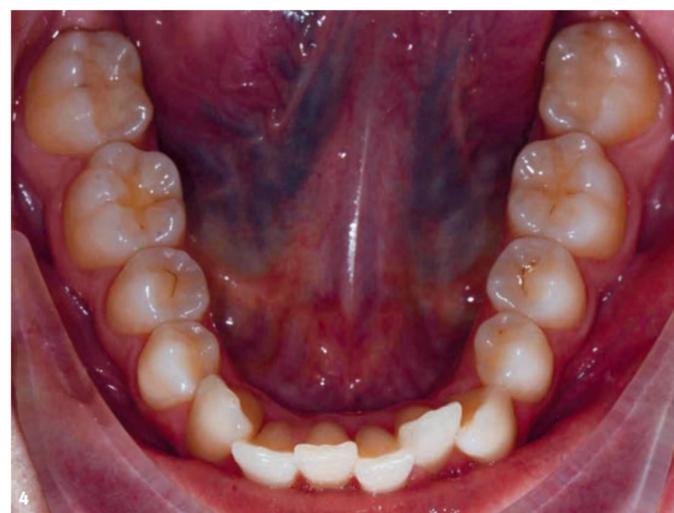
28

Estetica e risultati predicibili: caso clinico



Caso realizzato dalla Scuola di Specializzazione in Ortodonzia dell'Università di Ferrara, diretta dal Prof. dott. Giuseppe Siciliani

1986-1994 Consulente nazionale del Fondo Sanitario delle Telecomunicazioni (ASSILT).
dal 1990 Professore ordinario in Ortodonzia presso l'Università degli Studi di Ferrara.
1991-94 e 2013-2014 Presidente del corso di Laurea in Odontoiatria presso l'Università degli Studi di Ferrara.
1992-93 Consulente per il Ministero dell'Università per l'Odontoiatria presso la Comunità Europea.
Dal 1993 Direttore della Scuola di Ortodonzia presso l'Università degli Studi di Ferrara.
Presidente SIDO 2004-2006. Autore di oltre 100 pubblicazioni su riviste nazionali ed internazionali.
Relatore in numerosi congressi nazionali e internazionali.
Alcuni suoi libri sono considerati un'autentica pietra miliare nell'Ortodonzia.



Paziente di 24 anni, Deviazione linee mediane, affollamento severo in entrambe le arcate, rotazioni degli elementi 12-11-21-22, forma d'arcata contratta nel settore medio

Caso clinico realizzato con
F22 ALIGNER



Pianificazione del trattamento mediante stripping, espansione trasversale dentale dell'arcata, una sequenza di 10 allineatori con attachments su 2.6, 2.7 e 1.6 per controllare l'ancoraggio degli allenatori e attachments linguale estetici su 2.1, 2.2 e 3.2 per controllare le rotazioni



Risultato dopo 9 step di trattamento

IMPLANTOLOGIA

29 APRILE 2016 B.O.P.T. E GLI IMPIANTI TRASMUCOSI A COMPONENTE VERTICALE	I. LOI BOLOGNA	CA1419 - CA1419TEC	ECM
30 APRILE 2016 B.O.P.T. E GLI IMPIANTI TRASMUCOSI A COMPONENTE VERTICALE	I. LOI DUE CARRARE (PD)	CA1409 - CA1409TEC	ECM
6 MAGGIO 2016 IL PRINCIPIO DI SEMPLIFICAZIONE IN IMPLANTOLOGIA E IL NUOVO CONCETTO DI FIXED-ON-2 E FIXED-ON-3. LA NUOVA SFIDA: PROVOCAZIONE O REALTÀ CLINICA...???	MODENA A. SISTI	CA1424 - CA1424TEC	-
7 MAGGIO 2016 LA CHIRURGIA COMPUTER GUIDATA PER SEMPLIFICARE IL CARICO IMMEDIATO IN ARCADE COMPLETE	TERAMO S. SCAVIA	CA1440	ECM
7 MAGGIO 2016 LA TECNICA M.I.S.E. MINIMAL INVASIVE SINUS ELEVATION. IL SINUS LIFT SICURO, SEMPLICE E RAPIDO NEL TRATTAMENTO IMPLANTARE	MODENA	CA1480	-
11/05/2016, 1/06/2016, 6/07/2016, 21/09/2016, 12/10/2016, 28-29/10/2016 CORSO TEORICO-PRATICO DI IMPLANTOLOGIA	V. FERRI - G. CANNIZZARO - M. ESPOSITO MODENA - DUE CARRARE (PD)	CA1466 - CA1466TEC	ECM
11 MAGGIO 2016 OZONO: INDICAZIONI E NUOVE OPPORTUNITÀ	G. CHIODERA VIMERCATE	CA1489G	-
11-14 MAGGIO 2016 CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE	N. BARBIERI - M. PROVVISORATO BUCAREST	CA1378	-
13 MAGGIO 2016 IL PRINCIPIO DI SEMPLIFICAZIONE IN IMPLANTOLOGIA E IL NUOVO CONCETTO DI FIXED-ON-2 E FIXED-ON-3. LA NUOVA SFIDA: PROVOCAZIONE O REALTÀ CLINICA...???	G. CANNIZZARO - P. VIOLA - A. ALESSANDRI MILANO	CA1393 - CA1393TEC	-
14 MAGGIO 2016 IL PRINCIPIO DI SEMPLIFICAZIONE IN IMPLANTOLOGIA E IL NUOVO CONCETTO DI FIXED-ON-2 E FIXED-ON-3. LA NUOVA SFIDA: PROVOCAZIONE O REALTÀ CLINICA...???	G. CANNIZZARO - P. VIOLA - R. NASSISI TORINO	CA1391 - CA1391TEC	-
18 MAGGIO 2016 OZONO: INDICAZIONI E NUOVE OPPORTUNITÀ	G. CHIODERA VICENZA	CA1491G	-
20-21 MAGGIO 2016 CORSO PROPEDEUTICO ALLA CHIRURGIA GUIDATA MEDIANTE LIVE SURGERY	F. QUINTI - R. PUGLISI AREZZO	CA1464	-
28 MAGGIO 2016 L'OZONOTERAPIA: APPLICAZIONI IN PARODONTOLOGIA-IMPLANTOLOGIA-CHIRURGIA ORALE E PATOLOGIA ORALE	A. GENOVESI - G. OLDOINI LIDO DI CAMAIORE	CA1487	ECM
8 GIUGNO 2016 OZONO: INDICAZIONI E NUOVE OPPORTUNITÀ	G. CHIODERA TORINO	CA1490G	-
10-11 GIUGNO 2016 CORSO PROPEDEUTICO ALLA CHIRURGIA GUIDATA MEDIANTE LIVE SURGERY	F. QUINTI - A. CERA LECCE	CA1465	-
15 GIUGNO 2016 OZONO: INDICAZIONI E NUOVE OPPORTUNITÀ	G. CHIODERA VARESE	CA1492G	-
17 GIUGNO 2016 MAGNETIC Mallet: RIVOLUZIONARIA TECNICA CHIRURGICA PER ESPANSIONI OSSEE, SPLIT CREST E MINI-RIALZI. CORSO PRATICO SU TESSUTI ANIMALI	M. CSONKA PESARO	CA1428	-
18 GIUGNO 2016 PRAMA UN IMPIANTO VERSATILE	L. CANULLO VIMERCATE	CA1461	-
18 GIUGNO 2016 IMPLANTOPROTESI CONOMETRICA CHAIR SIDE	L. GASPARI GENOVA	CA1463	ECM
22-25 GIUGNO 2016 LA RIABILITAZIONE DEL PAZIENTE TOTALMENTE E PARZIALMENTE EDENTULO. DALLA PROTESI MOBILE A QUELLA SUPPORTATA DA IMPIANTI	A. CESCA BUCAREST	CA1446	-
23-25 GIUGNO 2016 DALLA CHIRURGIA DI BASE ALLA AVANZATA ATTRAVERSO LE NUOVE TECNOLOGIE. CORSO TEORICO-PRATICO SU PAZIENTE	U. GRAZIANI ROMA	CA1473	-
6-9 LUGLIO 2016 CORSO DI CHIRURGIA IMPLANTARE	N. BARBIERI - M. PROVVISORATO BUCAREST	CA1379	-
17-20 LUGLIO 2016 CORSO DI CHIRURGIA AVANZATO INTENSIVO	G. CARUSI BUCAREST	CA1451	-

ORTODONZIA

6 MAGGIO 2016 PERCHÈ SCEGLIERE F22	A. CARLUCCI ROMA	CE423G	-
7 MAGGIO 2016 F22:ISTRUZIONI PER L'USO	A. CARLUCCI ROMA	CE424	-
6-7 MAGGIO 2016 LA RIFINITURA ORTODONTICA E LA GESTIONE DELL'EDENTULIA ANTERIORE	D. MIRABELLA BARI	CE405	ECM
14 MAGGIO 2016 CORSO DI TERAPIA ORTODONTICA CON DISPOSITIVI OCCLUS-O-GUIDE, NITE-GUIDE, HABIT-CORRECTOR: DAL CASO SEMPLICE AL CASO COMPLESSO	G. IERARDO MODENA	CE396	-
20 MAGGIO 2016 PERCHÈ SCEGLIERE F22	A. ARREGHINI CINISELLO BALSAMO	CE417G	-
20 MAGGIO 2016 PERCHÈ SCEGLIERE F22	M. LAROSA NAPOLI	CE421G	-
21 MAGGIO 2016 F22: ISTRUZIONI PER L'USO	A. ARREGHINI CINISELLO BALSAMO	CE418	-
21 MAGGIO 2016 F22: ISTRUZIONI PER L'USO	M. LAROSA NAPOLI	CE422	-
27 MAGGIO 2016 PERCHÈ SCEGLIERE F22	N. ARVEDA BOLOGNA	CE412G	-
28 MAGGIO 2016 F22:ISTRUZIONI PER L'USO	N. ARVEDA BOLOGNA	CE413	-
17 GIUGNO 2016 CORSO DI ORTODONZIA PREVENTIVA ED INTERCETTIVA OCCLUS-O-GUIDE, NITE-GUIDE, HABIT-CORRECTOR	G. IERARDO VIMERCATE	CE397	-
27-28 MAGGIO 2016 ORTODONZIA NEL PAZIENTE IMPLANTARE: LINEE GUIDA E STRATEGIE PER IL SUCCESSO	F. FAVA - M. ALFANO - L. PERDONI VIMERCATE	CE416-ORTODONZISTA CE416-IMPLANTOLOGO	-
17 GIUGNO 2016 PERCHÈ SCEGLIERE F22	N. ARVEDA TORINO	CE414G	-
18 GIUGNO 2016 F22: ISTRUZIONI PER L'USO	N. ARVEDA TORINO	CE415	-
2 LUGLIO 2016 CORSO DI TERAPIA ORTODONTICA CON DISPOSITIVI OCCLUS-O-GUIDE, NITE-GUIDE, HABIT-CORRECTOR: DAL CASO SEMPLICE AL CASO COMPLESSO	G. IERARDO FIRENZE	CE404	-

ENDODONZIA

29-30 aprile 2016 DALLA CAVITÀ D'ACCESSO AL RESTAURO POST-ENDODONTICO: STRATEGIE CLINICHE	A. IORIO SICILIANO LAMEZIA TERME	CF750	-
13 Maggio 2016 CORSO TEORICO AVANZATO DI ENDODONZIA: CASI DI ROUTINE E CASI COMPLESSI	V. MALAGNINO VIMERCATE	CF747	-
14 Maggio 2016 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA. CORSO AVANZATO SULL'UTILIZZO DELLA TECNICA MTWO: CASI DI ROUTINE E CASI COMPLESSI	V. MALAGNINO TERAMO	CF753	ECM
28 Maggio 2016 CORSO TEORICO-PRATICO DI ENDODONZIA. LA PREPARAZIONE SIMULTANEA DEL CANALE RADICOLARE	P.A. MARCOLI ROMA	CF763	ECM 9,5
27-28 maggio 2016 "ENDODONZIA" SISTEMA DI OTTURAZIONE CANALARE PIÙ ADATTO AD OGNI SINGOLO CASO. "INCOLLARE" DALLA CONSERVATIVA ALLA PROTESI PER IL RESTAURO DEL DENTE TRATTATO ENDODONTICAMENTE, DALLA TEORIA ALLA PRATICA QUOTIDIANA.	N. GUIDUCCI GENOVA	CF761	-

LASER

24 Maggio 2016 CORSO SUL CORRETTO UTILIZZO DEL LASER A DIODI IN ODONTOIATRIA	S. SEMERARO GENOVA	CD827	-
--	------------------------------	-------	---

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



sweden & martina
CONTINUING DENTAL EDUCATION

Calendario corsi

29

30



Odontoiatria Restaurativa Indiretta Adesiva

Corso teorico pratico ex allievi
Dott. M.A. Allegri, Due Carrare (PD), ott-dic 2015



Corso di implantologia di base su paziente

Dott. R. Luongo, Bari, 27-30 gennaio 2016



AAID American Academy of Implant Dentistry

Las Vegas (USA), 21-24 ottobre 2015



20° Congresso Nazionale Sidoc

Tradizione e Nuovi Orientamenti in Odontoiatria Restaurativa
Roma, 12-13 febbraio 2016



Rialzi di seno mascellare per via crestale e con approccio laterale

Dott. M. Csonka, Due Carrare (PD), 13-14 novembre 2015



AO Academy of Osseointegration

San Diego (USA), 17-20 febbraio 2016





Corso di tecnica Straight Wire

La filosofia di trattamento secondo McLaughlin, Bennet e Trevisi co-pratico di ortodonzia

Dott. D. Mirabella, Due Carrare (PD), febb-nov 2016



Il principio di semplificazione in implantologia e il nuovo concetto di Fixed-On-2 e Fixed-On-3.

La nuova sfida: provocazione o realtà clinica..?!?

Dott. G. Cannizzaro, odt. P. Viola, dott. G. Purello D'Ambrosio, Formia, 11 marzo 2016



15th Implatech & Hitit Güneşi Implantology Days

Ankara, Turchia, 16 Marzo 2016



Expodental

Madrid (Spagna), 10-12 marzo 2016



Tecnica MISE

Procedure chirurgiche

G. Carusi, M. Salin, M. Scilla

Esce in questi giorni in Italia il volume "Tecnica MISE - Procedure Chirurgiche", che raccoglie l'esperienza pluridecennale del dott. Carusi con la tecnica Minimal Invasive Sinus Elevation, da cui il kit M.I.S.E. Evo di Sweden & Martina prende il nome.

Gli autori conducono dapprima il lettore a chiarire indicazioni e controindicazioni cliniche delle tecniche di rialzo del seno mascellare, attraverso un excursus che presenta anche gli antecedenti e le alternative chirurgiche alla tecnica M.I.S.E., come il rialzo con approccio laterale e il rialzo con tecnica di Summers. In seguito presentano le peculiarità del kit e delle sue componenti, costruendo pagina dopo pagina una guida estremamente dettagliata alle caratteristiche di design degli strumenti unitamente al loro utilizzo clinico. Con questo background, per il lettore è semplice poi seguire i capitoli dedicati alla tecnica chirurgica in tutte le sue varianti, dalla sola deformazione del pavimento del seno per pochi millimetri fino a rialzi che ne comportino invece la frattura per sollevare la membrana di Schneider. L'alta percentuale di successo della tecnica M.I.S.E. è ampiamente documentata dalla ricca casistica degli autori, che sono riusciti a dare al volume un'impostazione pratica e di grande efficacia didattica anche grazie alle esaustive tabelle riassuntive finali, di facile consultazione.



La nuova edizione del Sillabo "Nozioni di tecnica Straight Wire" riassume la ventennale esperienza del dott. Davide Mirabella, sia in veste di clinico che di relatore.

Il volume, articolato in 9 sezioni per un totale di oltre 200 pagine, è un vero e proprio manuale di ortodonzia, che attraverso l'insegnamento della Tecnica Straight Wire Mirabella (SWM) ripercorre tutti gli step teorico-pratici necessari ad ogni ortodontista per affrontare in modo semplice ed efficace ogni caso, dalla diagnosi alla rifinitura e alla contenzione.

Un libro semplice, chiaro, pulito nella grafica e nei testi, come la tecnica SWM stessa, ma ricco di contenuti ed esempi pratici, illustrazioni e schede.

Uno strumento irrinunciabile per chi è ai primi passi in ortodonzia, e utilissimo a tutti coloro che desiderano essere al passo con le tecniche più aggiornate.



Scopri di più



Scopri tutti i corsi sulla tecnica Straight Wire Mirabella

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 24
marzo / settembre 2016
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:

Roberto Abundo
Niki Arveda
Lorraine Bettin
Valeria Bonotto
Silvia Bozza
Martina Ceranto
Giuseppe Corrente
Silvia Cuccarolo
Valentina Fantin
Antonio Ligabue
Ranieri Locatelli
Luca Lombardo
Stefano Lombardo
Marina Mirandola Minuzzi
Riccardo Finotello
Joseph P. Fiorentini
Enrico Gherone

Michele Perelli
Giuseppe Pellettieri
Hector Sarmiento
Giuseppe Siciliani
Alessio Terziani
Costantino Vignato,
Giuseppe Vignato
Raffaele Vinci
Glorianna Zangiacomì

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.

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? SÌ 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 - **Strumenti Canalari Mtwo** Compendio, luglio 2012-2014
- ricevere la rassegna bibliografica Scientifica - **Cementazione Adesiva Bisco**