

05.2016 - ANNO 13 - N. 22

EXACONE *News*



IL BOLLETTINO DEL
SISTEMA IMPLANTARE LEONE

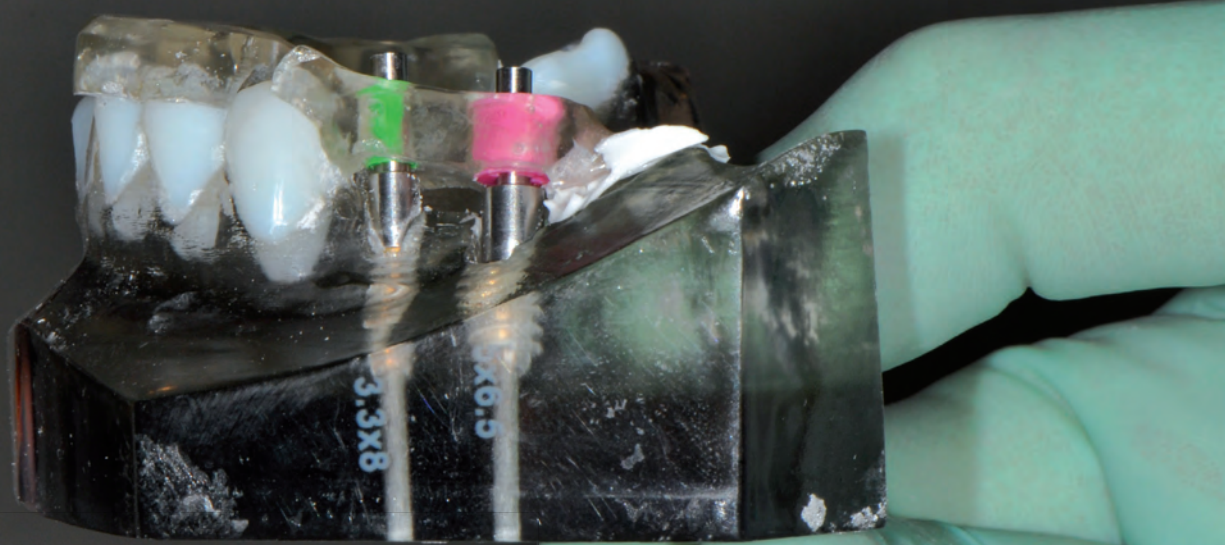
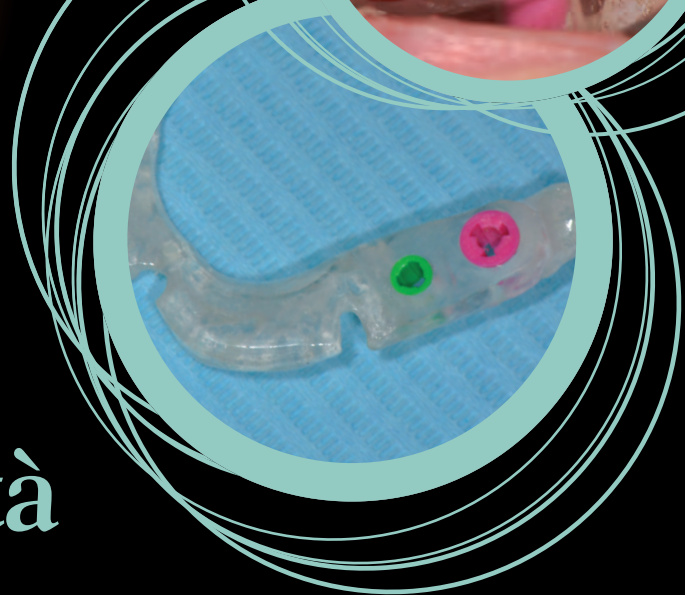
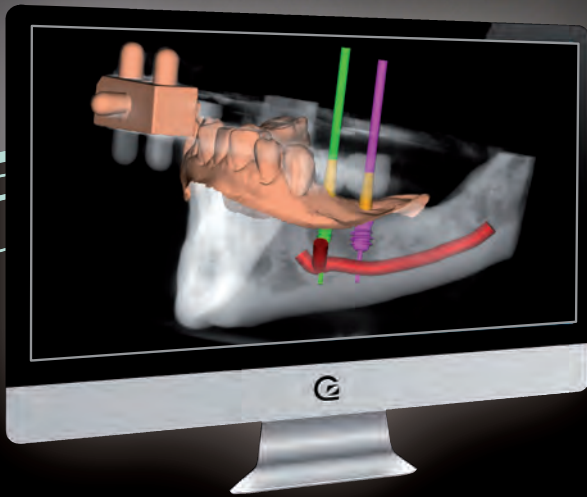


Foto cliniche per gentile concessione del Dr. L. Lucchiani



L'efficienza
della **semplicità**

In queste mie righe oggi vorrei sottolineare quelli che sono i valori su cui la Leone è nata, l'hanno guidata e fatta crescere per oltre 80 anni e che tutt'oggi ci contraddistinguono. Questi valori sono: la serietà e la passione di una tradizione familiare come garanzia di competenza, qualità e innovazione. Sento molto profondamente la responsabilità di tutto questo: mi sento responsabile del mantenere la tradizione familiare lunga ormai più di ottant'anni. Portare cioè avanti quella che è stata la passione prima di mio nonno, poi di mio padre e riuscire a tramandarla ai miei figli.

Malgrado poi questa Italia e i suoi politici facciano di tutto per rendere difficile la vita di una azienda, voglio continuare a essere imprenditore in Italia e spero con questo di contribuire a far sì che ci siano speranze per un Paese con futuro e prospettive migliori.

Mi sento poi responsabile verso tutte le persone che lavorano con me, a oggi siamo in 134. Ci sono tante famiglie che dipendono da me. E questo carico io me lo sento tutto. Fra queste persone ce ne sono alcune, la maggior parte, che è da tutta la vita che lavorano qui. Sono entrati a vent'anni e lavorano da sempre alla Leone. Ci sono coppie che sono nate all'interno dell'azienda, figli che lavorano qui, fidanzate, nipoti. Per tutti loro ci impegnamo al massimo e cerchiamo di ottenere risultati sempre migliori, coinvolgendo anche i dipendenti nel loro raggiungimento con premi di produzione legati alle performance aziendali.

Mi sento poi impegnata a far sì che i nostri prodotti siano sempre di ottima qualità e al passo con i tempi.

Mi è stato insegnato da mio padre ad investire sempre tanto sia nella ricerca che nella tecnologia. A volte questo è stato anche a scapito di investimenti nel marketing e nella promozione, ma fondamentalmente qui alla Leone ci sentiamo più fabbricanti che commercianti. Produrre bene, con macchine all'avanguardia e tecnologie innovative prodotti sempre migliori e nuove idee per noi è prioritario.

Certo dobbiamo porre attenzione anche agli aspetti commerciali ma, ne siamo coscienti, su questo abbiamo ancora tanto da fare! Però noi ce ne facciamo anche un vanto, abbiamo la presunzione di pensare che i nostri clienti siano capaci di riconoscerci tante qualità e vedere nei nostri prodotti quel qualcosa in più che spesso le grandi multinazionali con cui siamo in concorrenza non hanno.

I nostri competitors, che magari fanno produrre i loro articoli in tutto il mondo, commercializzano da sedi in cui ci sono particolari agevolazioni fiscali, si avvalgono di manager che guardano solo ai margini, con turn over di dipendenti e agenti continui, invece devono per forza spendere tanto in attività commerciali e in marketing.

Non è questa la strada che noi vogliamo percorrere. Preferiamo continuare a crescere passo dopo passo con solidità e sicurezza poggiandoci su fatti concreti, primo fra tutti l'apprezzamento da parte di clienti consapevoli e affezionati.

Elena Pozzi

Dott. Luigi Lucchiari, Dott. Nicola Lucchiari

Chirurgia computer guidata: alternativa a procedure di rigenerazione ossea

PAROLE CHIAVE

atrofia ossea, sella edentula, chirurgia guidata, pianificazione 3D

pag. 5

Dott. Massimo Alteri

Realizzazione di un ponte misto denti naturali-impianto Leone con la metodica Cerec

PAROLE CHIAVE

impianti Max Stability, membrana riassorbibile, impronta ottica, CAD-CAM

pag. 15

Corsi di Implantologia 2016 Giornate dimostrative di pratica implantologica su paziente

pag. 20

11° Congresso Exacone

pag. 22

Dott. Francesco Cortesi

Gli impianti sono inseriti nell'osso o in un Sistema? Riabilitazione implantoprotesica di una paziente disfunzionale

PAROLE CHIAVE

trattamento di pazienti disfunzionali, edentulia multipla, riabilitazione protesica, protesi fissa

pag. 23

Prodotti per la rigenerazione tissutale

pag. 33

Aggiornamento pubblicazioni scientifiche 2016 sul Sistema Implantare Leone

pag. 35

Dott. Gratiiano Gai

All-on-Four a carico immediato con uso di saldatrice endorale

PAROLE CHIAVE

All-on-Four, carico immediato, sincristallizzatrice endorale, protesi avvitata

pag. 37

Dott. Claudio Gallo, Dott.ssa Irene Pastore, Dott.ssa Marta Beghetto

Riabilitazione implanto-protetica post-estrattiva in paziente con esiti di ustione al volto

PAROLE CHIAVE

connessione con Morse, post-estrattivo immediato, tecnica diretta, paziente con limitazioni anatomico-funzionali, frattura da trauma di elementi dentari

pag. 41

Tutti gli articoli pubblicati sul Bollettino Exacone News sono redatti sotto la responsabilità degli Autori.
La pubblicazione o la ristampa degli articoli deve essere autorizzata per iscritto dall'editore.

Gli articoli esprimono le opinioni degli autori e non impegnano la responsabilità legale della società Leone. Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione in tutto o in parte con qualunque mezzo. La società Leone non si assume alcuna responsabilità circa l'impiego dei prodotti descritti in questa pubblicazione, i quali essendo destinati ad esclusivo uso implantologico, devono essere utilizzati unicamente da personale specializzato e legalmente abilitato che rimarrà unico responsabile della costruzione e della applicazione delle protesi realizzate in tutto o in parte con i suddetti prodotti. Tutti i prodotti Leone sono progettati e costruiti per essere utilizzati una sola volta; dopo essere stati tolti dalla bocca del paziente, devono essere smaltiti nella maniera più idonea e secondo le leggi vigenti. La società Leone non si assume alcuna responsabilità circa possibili danni, lesioni o altro causati dalla riutilizzazione dei suoi prodotti. Questa pubblicazione è inviata a seguito di vostra richiesta: l'indirizzo in nostro possesso sarà utilizzato anche per l'invio di altre proposte commerciali. Ai sensi del D. Lgs 196/2003 è vostro diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o dell'aggiornamento dei dati in nostro possesso.

Spedizione gratuita

Progetto e realizzazione: Reparto Grafica Leone S.p.a - Stampa: ABC TIPOGRAFIA s.r.l. Sesto Fiorentino

IT-35-15/22



Ortodonzia e Implantologia

LEONE S.p.A.

Via P. a Quaracchi, 50 - 50019 Sesto Fiorentino (FI)

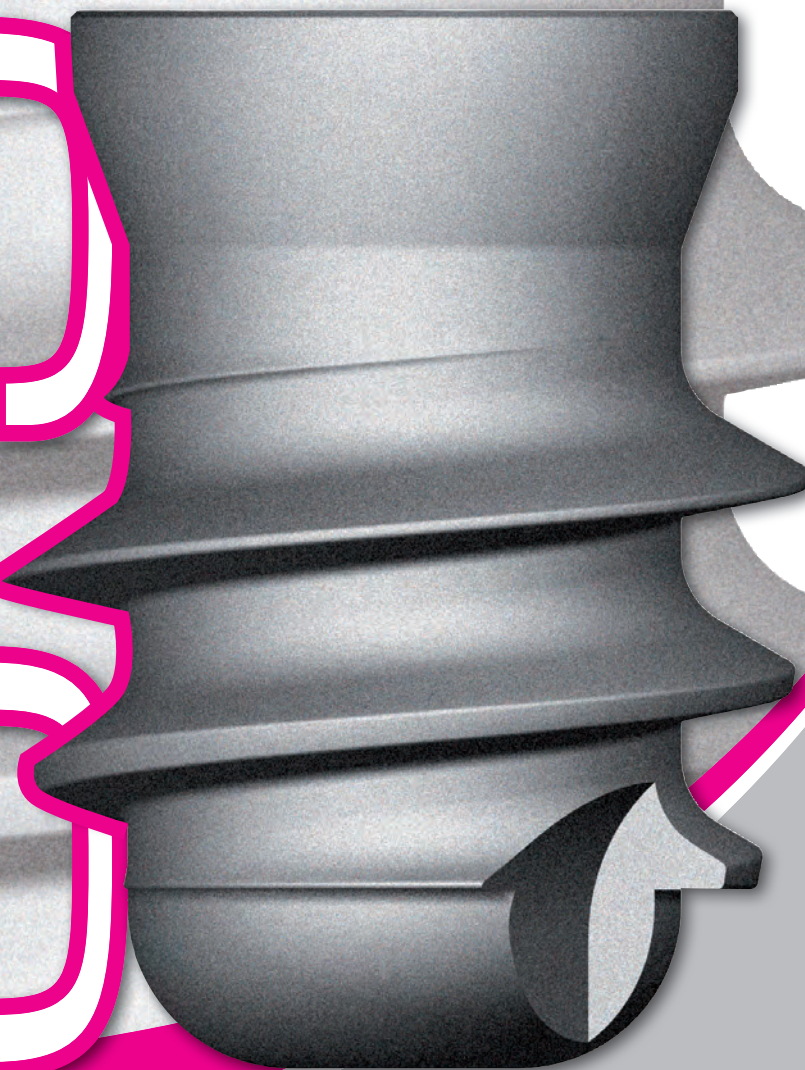
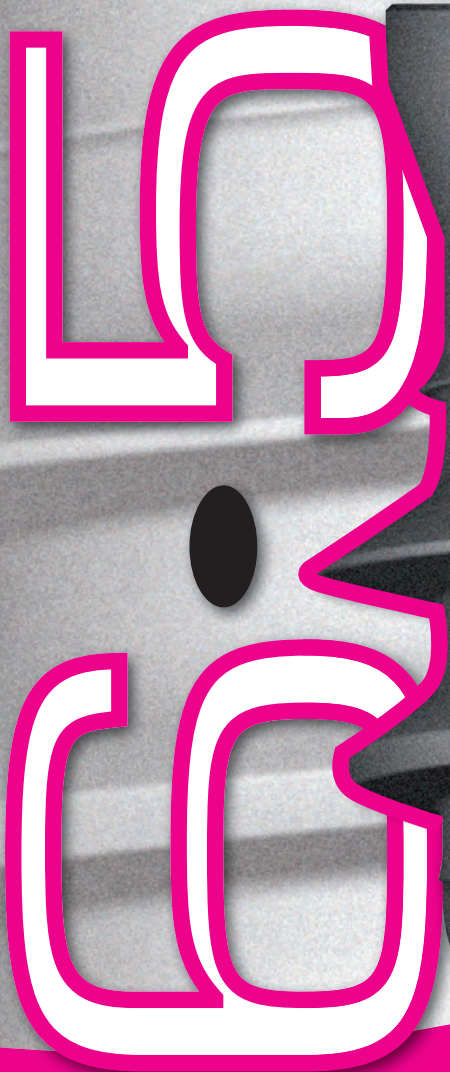
Tel. 055.30.441 - Fax 055.37.48.08

e-mail: info@leone.it - www.leone.it

~~EX~~ACONE®
Leone



**IMPIANTO
CORTO
LEONE**



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

lunghezza ridotta a 6.5 mm

- ▶ per casi con ridotta disponibilità ossea verticale
- ▶ per evitare complesse procedure di aumento volumetrico
- ▶ per ridurre gli interventi di chirurgia avanzata
- ▶ per evitare le strutture anatomiche sensibili in massima sicurezza
- ▶ per aumentare l'accettabilità del paziente, grazie alla riduzione dei tempi e dei costi della terapia

Chirurgia computer guidata: alternativa a procedure di rigenerazione ossea

Dott. Luigi Lucchiari, Dott. Nicola Lucchiari
Liberi professionisti a Due Carrare (PD)

PAROLE CHIAVE

atrofia ossea, sella edentula, chirurgia guidata, pianificazione 3D

La tecnologia computer guidata è di grande aiuto nelle gravi atrofie ossee, dove alternativa alla chirurgia rigenerativa è l'utilizzo di impianti corti, con lo sfruttamento ottimale (ma in tutta sicurezza) delle dimensioni ossee disponibili.

CASO CLINICO

Paziente di sesso femminile, 51 anni, non fumatrice, nulla da segnalare in anamnesi.

Per riabilitare la masticazione del terzo quadrante, con osso gravemente atrofico, si procede allo studio del caso con esame radiologico 3D e posizionamento virtuale di impianti Exacone Leone. La prima valutazione è stata eseguita con il software dell'apparecchio radiografico Cone Beam presente in studio. Dopo aver verificato che la quantità di osso residuo fosse sufficiente all'inserimento di due impianti, seppur di dimensioni ridotte, in sede 3.5 e 3.6 senza l'ausilio di tecniche di rigenerazione ossea (Figg. 1-3), si richiede al laboratorio di confezionare una mascherina radiologica con ceratura diagnostica radiopaca e repere standardizzato a livello incisale come da protocollo Leone (Figg. 4, 5). Si verifica quindi clinicamente l'assenza di mobilità della mascherina dopo il posizionamento nel cavo orale del paziente (Figg. 6, 7). Si effettua una CBCT con la mascherina in posizione e l'esame viene inviato in formato DICOM all'azienda Leone assieme al modello master della paziente. L'azienda provvede quindi ad inviare agli Autori il software 3Diagnosys (software di progettazione) in licenza monopaziente con caricati i file DICOM ricevuti; il software viene quindi utilizzato per la progettazione definitiva del caso (Figg. 8-12).

Una volta definito il progetto, gli Autori lo hanno inviato all'azienda Leone che ha confezionato mediante stereolitografia il modello Master 3D, copia esatta del master in gesso sul quale è stata costruita la mascherina radiologica, con gli analoghi degli impianti posizionati secondo il progetto virtuale (Figg. 13 a-d).

Viene quindi richiesto al tecnico di modificare in laboratorio la mascherina radiologica mediante il posizionamento delle boccole di guida adatte agli impianti da posizionare (Exacone 6.5 e Exacone 3,3x8) in asse con gli analoghi del modello Master 3D ed eliminando il repere radiologico standardizzato, trasformandola così nella dima chirurgica (Figg. 14, 15). Si procede quindi alla prova della mascherina sulla paziente per verificarne la stabilità e la corrispondenza esatta con il modello Master 3D (Fig. 16). La seduta chirurgica con tecnica flapless, guida chirurgica e Frese Zero1 dedicate non presenta alcuna difficoltà; al termine dell'inserimento si posizionano sugli impianti tappi di guarigione bassi per permettere loro di guarire con tecnica sommersa (Figg. 17-27). Si effettua nella stessa seduta una CBCT che dimostra che la posizione clinica degli impianti risulta sovrapponibile a quella progettata dagli Autori (Figg. 28-30).

Dopo 3 mesi si esegue il rientro chirurgico con tecnica flapless per il posizionamento dei tappi di guarigione transmucosi, utilizzando la stessa mascherina chirurgica senza le boccole per guidare il percorso dei mucotomi (Figg. 31-36).

Dopo due settimane, a guarigione dei tessuti molli avvenuta, si iniziano le fasi protesiche per finalizzare il caso con posizionamento di due corone in metalloceramica (Figg. 37-40).

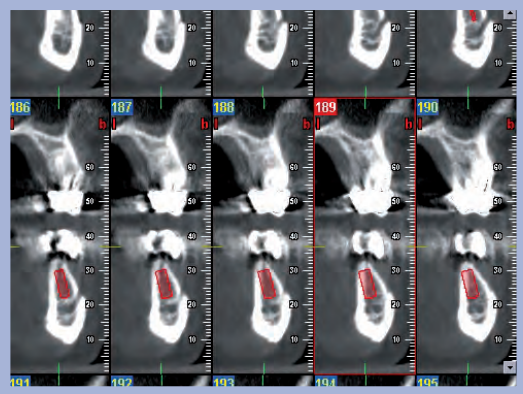


Fig. 1-3 - Esame Cone Beam iniziale, si verifica la fattibilità di inserimento impianti

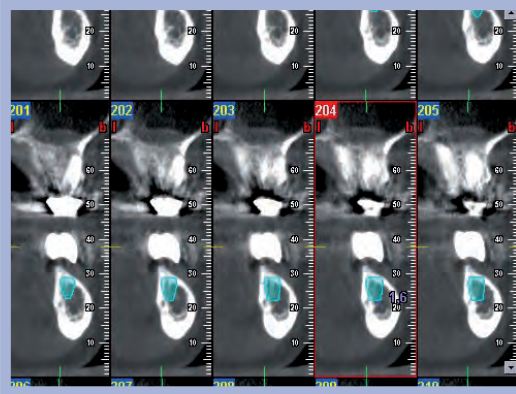


Fig. 2

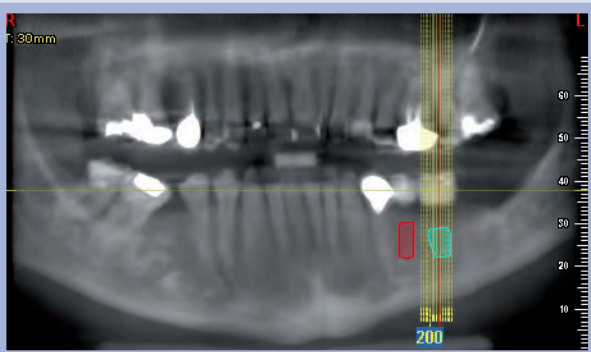


Fig. 3



Fig. 4, 5 - Realizzazione della mascherina radiologica

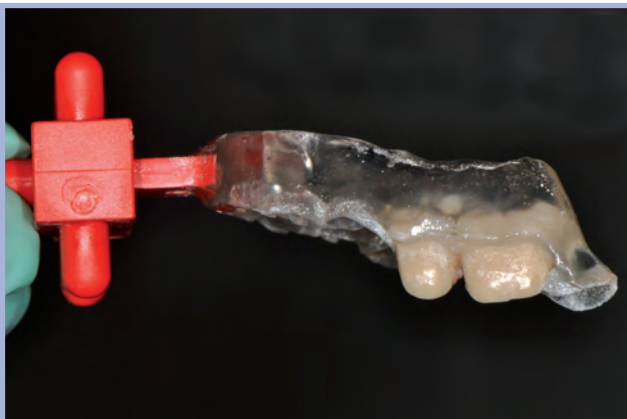


Fig. 5

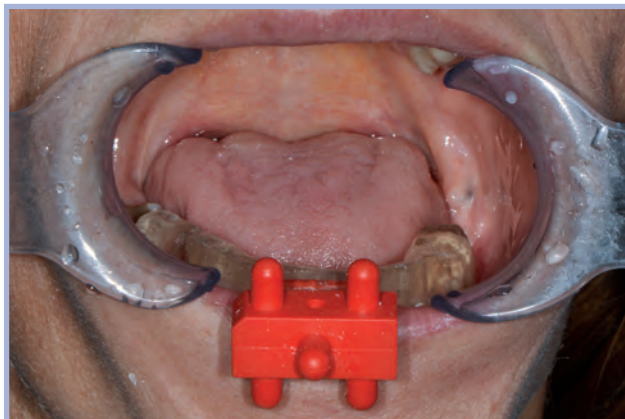


Fig. 6, 7 - Verifica clinica della stabilità della mascherina radiologica sulla paziente



Fig. 7

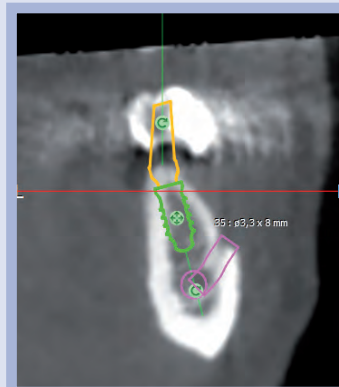


Fig. 8-12 - Pianificazione implantare con software 3Diagnosis Leone



Fig. 9

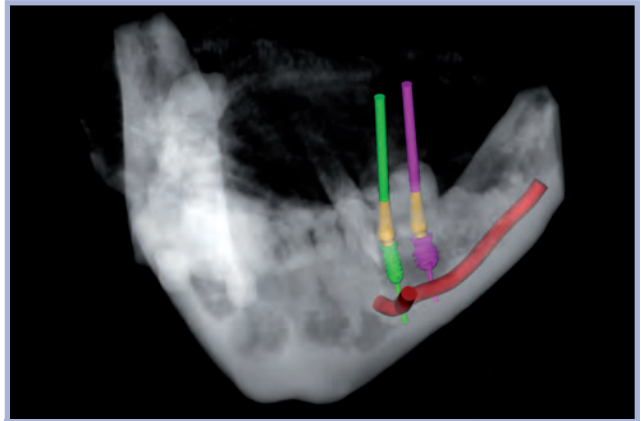


Fig. 10

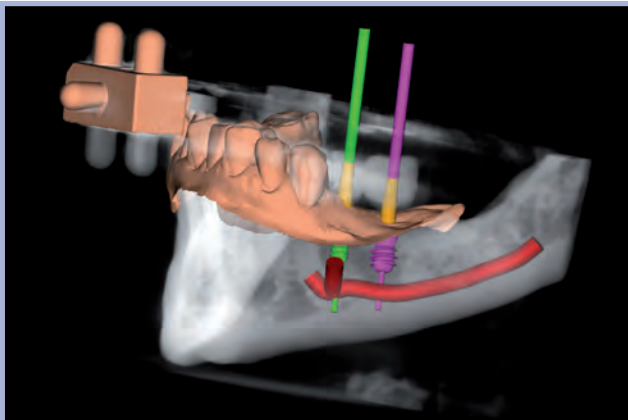


Fig. 11

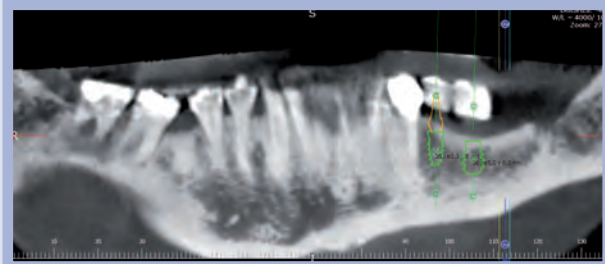


Fig. 12



Fig. 13a-d - Modello Master 3D realizzato dal Digital Service sulla base della pianificazione con software analogo al modello Master in gesso



Fig. 13b

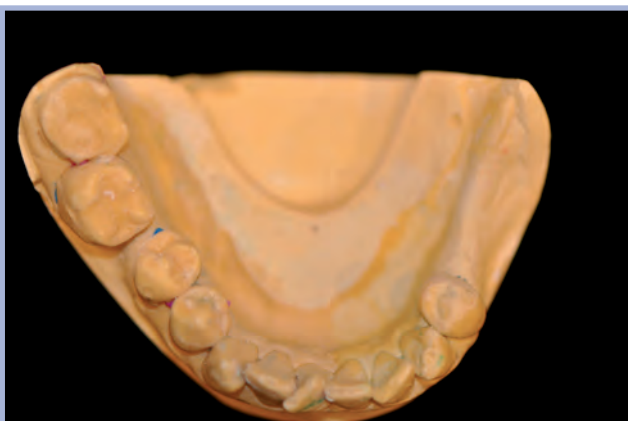


Fig. 13c



Fig. 13d

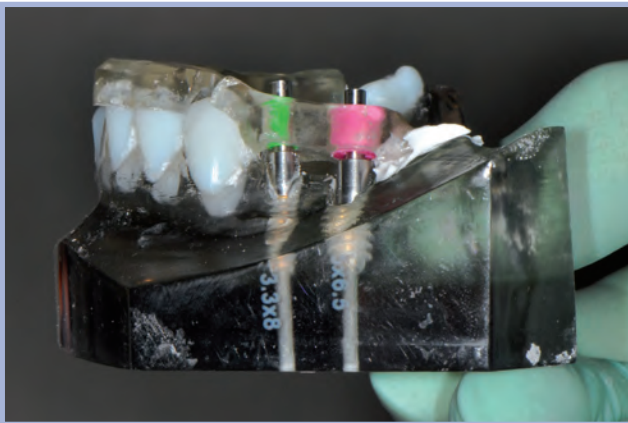


Fig. 14, 15 - Trasformazione della dima radiologica in dima chirurgica sul modello Master 3D

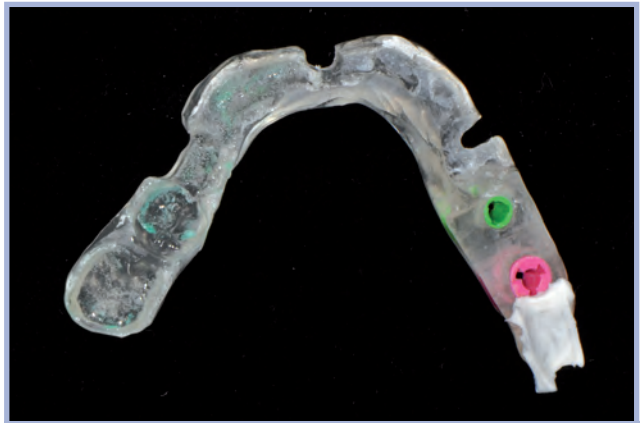


Fig. 15



Fig. 16 - Verifica clinica della dima chirurgica



Fig. 17, 18 - Passaggio dei mucotomi guidati dalla mascherina chirurgica



Fig. 18



Fig. 19, 20 - Passaggio fresa Zero1 attraverso la boccola per impianto Exacone Ø 3,3



Fig. 20



Fig. 21 - Cambio carrier impianto per posizionamento guidato



Fig. 22 - Posizionamento impianto Exacone Ø 3,3 con tappo basso

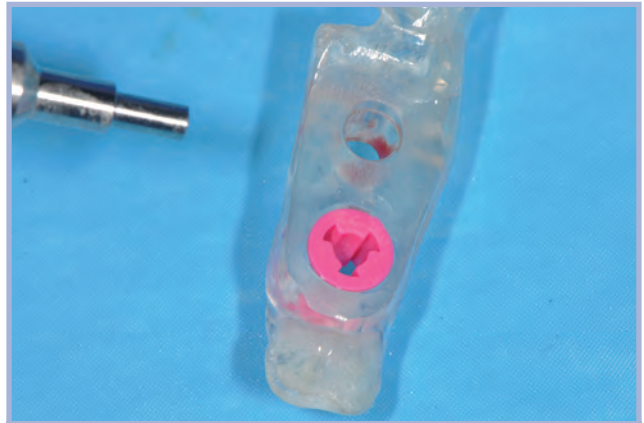


Fig. 23-27 - Procedura guidata per inserimento impianto corto Exacone 6.5

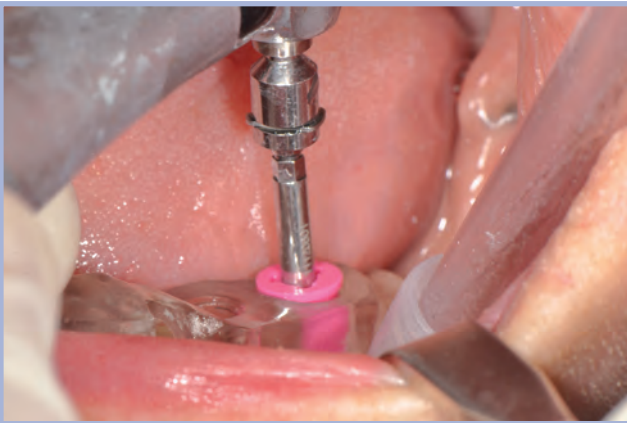


Fig. 24



Fig. 25



Fig. 26



Fig. 27

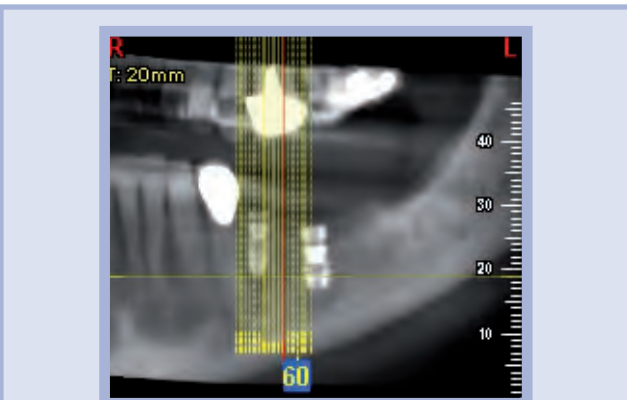


Fig. 28, 29 - Verifica radiografica 3D subito dopo l'inserimento degli impianti

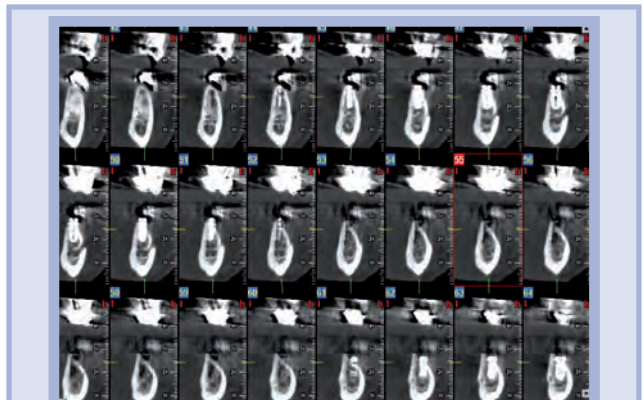
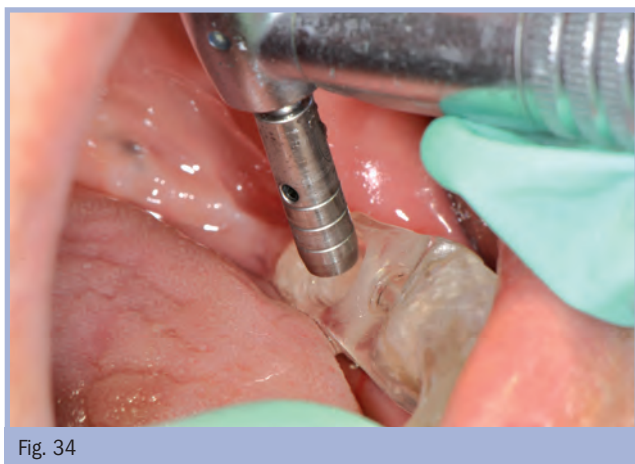
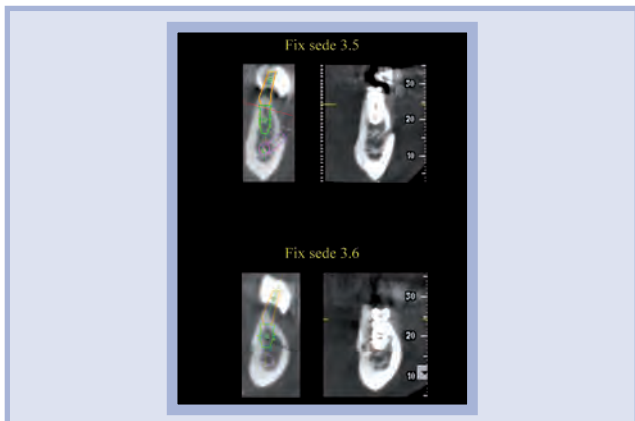


Fig. 29



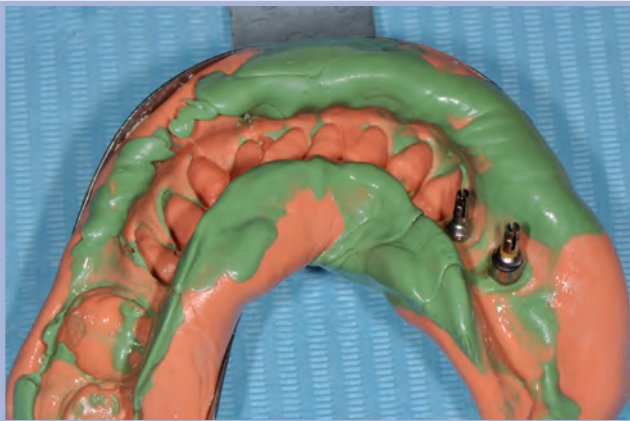


Fig. 38

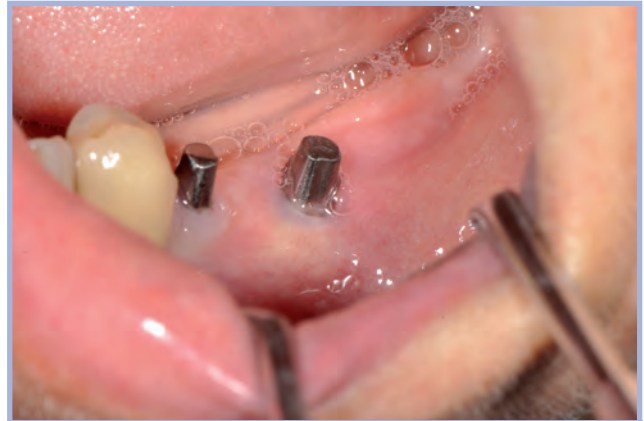


Fig. 39



Fig. 40

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio LORI di Padova - Odt. Sig. Savio Franco

Digital Service



Digital Service Leone (DSL) è un servizio che consente di sfruttare al meglio le nuove tecnologie radiologiche digitali 3D (Cone Beam, Dental Scan, TC) con l'utilizzo del software dedicato Leone 3Diagnosys (dispositivo medico di Classe IIA marcato CE) che permette sia la visualizzazione che la segmentazione delle strutture oltre che un'eventuale precisa pianificazione dell'intervento implantare.

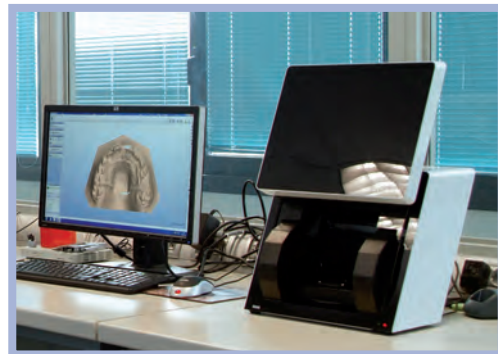
I principali servizi offerti sono di seguito riassunti.

REPLICHE ANATOMICHE: DAL VIRTUALE AL REALE

Il servizio consente di ottenere repliche fedeli all'anatomia del paziente, in rapporto 1:1, con evidenziazione delle strutture sensibili o indicate dal clinico (nervo mandibolare, seni paranasali, cisti, denti inclusi), realizzate con una stampante 3D per la prototipazione rapida che crea modelli di resina bicolore trasparente/bianca di eccellente qualità e micrometrica precisione. Per richiedere la replica, il clinico dovrà inviare i file Dicom (.dcm), provenienti dalla scansione radiologica del paziente, su supporto fisico (CD, DVD) al nostro reparto **Digital Service Leone**, o via internet all'indirizzo digital@leone.it oppure caricando il file sul nostro sito www.leonedigitalservice.it.

I file saranno analizzati ed elaborati in accordo alle necessità richieste fino all'approvazione del progetto finale che consentirà la realizzazione fisica della replica e la sua spedizione entro sette giorni dalla data di ricevimento dei file.

Le repliche anatomiche consentono di visualizzare e "toccare con mano" le strutture anatomiche: denti inclusi, cisti e quant'altro aiutando il clinico nella diagnosi, nella comunicazione del piano terapeutico al paziente, nel consulto tra specialisti (p.e. ortodontista/chirurgo), nel verificare la migliore strategia chirurgica e/o per preformare bio innesti o dispositivi di disinclusione dentale.



METODICA DSL: L'EFFICIENZA DELLA SEMPLICITÀ IN CHIRURGIA GUIDATA!

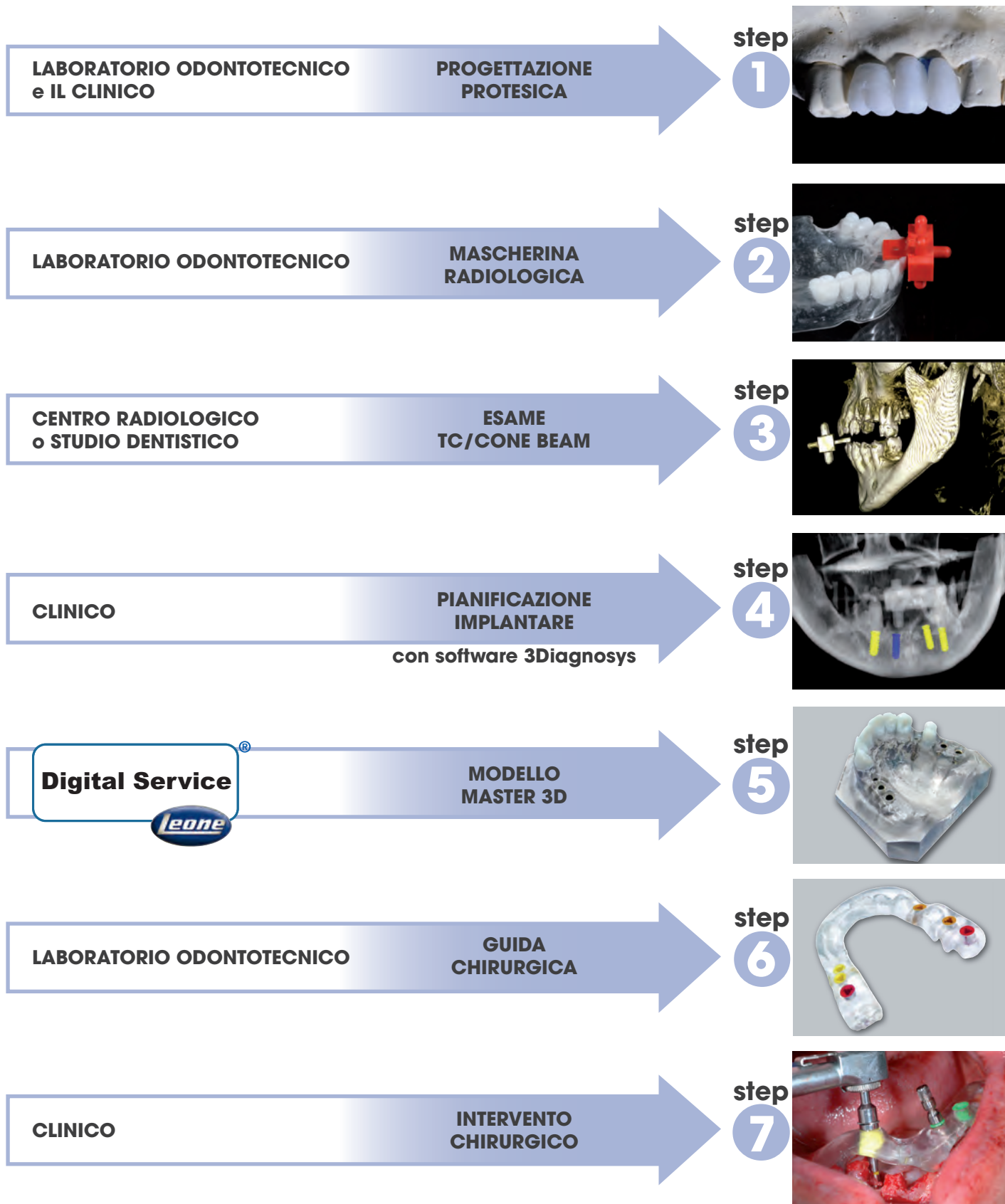
La metodica di **Chirurgia Guidata Leone** è frutto di un percorso sinergico basato sulle conoscenze professionali del clinico e del tecnico, si realizza per mezzo di strumenti digitali, di dispositivi dedicati da laboratorio e chirurgici avvalendosi della didattica, del supporto tecnico e del tutoraggio online del nostro **Digital Service Leone**.

La metodica permette di posizionare gli impianti sul paziente così come sono stati pianificati con il software Leone 3Diagnosys sulla base della conformazione anatomica e delle corrette indicazioni protesiche. Il progetto si concretizza nel modello Master 3D, realizzato in resina bicolore trasparente/bianca con la stessa tecnologia usata per le repliche anatomiche, dove sono presenti degli impianti/analoghi nella posizione pianificata dal clinico tramite l'utilizzo del software sul volume radiologico del paziente.

Sul modello Master 3D il tecnico realizza, generalmente modificando la mascherina radiologica, la guida chirurgica che, con l'impiego dell'innovativa fresa "ZER01"^(brevettata), permette la realizzazione dell'osteotomia con semplicità operativa, sicurezza e grande precisione.

Il modello Master 3D oltre ad includere gli impianti/analoghi ben rappresenta anche i tessuti molli e l'anatomia dentale dettagliata in quanto frutto del processo di overlapping eseguito da **DSL**, cioè della "fusione" dei dati provenienti dalla radiologia 3D, dalla pianificazione eseguita con il software e dalla scansione ottica dei modelli. Con il modello Master 3D è possibile quindi scegliere e individualizzare gli abutment realizzando un provvisorio che consentirà al clinico, se sussistono i presupposti, il carico immediato degli impianti.

Il flusso di lavoro è così delineato nei suoi passaggi e nelle figure professionali coinvolte:



Per informazioni sui corsi, per clinici e tecnici, relativi alla chirurgia guidata Leone, al software di pianificazione e su quanto offerto dal nostro **Digital Service Leone**:

- visitate il sito www.leonedigitalservice.it
- contattateci all'indirizzo digital@leone.it
- oppure telefonate al numero **055.304439**

EXACONE[®] MAX STABILITY

l'impianto studiato per raggiungere
**UNA ELEVATA STABILITÀ PRIMARIA
NEI CASI DI SCARSA DENSITÀ OSSEA**



- **root form**
con apice conico che ne aumenta la capacità penetrante
- **spire apicali incrementali**
con altezza crescente
- **filettatura**
altezza della spira incrementata di oltre il 50% rispetto agli impianti cilindrici, che determina:
 - un incremento della stabilità primaria
 - un aumento della superficie di contatto con il tessuto osseo

quando serve un impianto

EXACONE[®] MAX
STABILITY

- In caso di scarsa densità ossea del sito ricevente
NON inserire in osso D1
- In caso di posizionamento post-estrattivo immediato
- In alcune tipologie di intervento di chirurgia avanzata



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

Realizzazione di un ponte misto denti naturali-impianto Leone con la metodica Cerec

Dott. Massimo Alteri

Libero professionista a Civita Castellana (VT)

PAROLE CHIAVE

impianti Max Stability, membrana riassorbibile, impronta ottica, CAD-CAM

In questo lavoro presentiamo la sostituzione di un ponte fisso in metallo-ceramica dove sia l'estetica che la funzione parodontale sono in parte compromesse. La giusta combinazione tra tecniche tradizionali e nuove delinea l'appropriatezza del piano di trattamento e delle procedure operative, che producono un risultato estetico-funzionale ottimo.

CASO CLINICO

La paziente di anni 55, fumatrice, si presenta con un ponte anteriore in metallo-ceramica (Fig. 1). All'esame clinico il ponte presenta una lieve mobilità ed è evidente la retrazione gengivale con conseguente riassorbimento osseo. Radiologicamente si evidenziano lesioni parodontali, è comunque presente una buona quota ossea sulla quale è possibile inserire un impianto (Fig. 2).

Viene rimosso il ponte con un taglio verticale (Fig. 3) e si preparano i monconi con una preparazione a chamfer (Figg. 4, 5). Nella stessa seduta si procede con l'intervento implantologico: si effettua un lembo (Fig. 6), viene preparato il sito implantologico (Figg. 7, 8) e inserito un impianto Leone Max Stability da 3,75 per 10 mm (Figg. 9-12). Dopo l'inserimento si evidenzia una carenza ossea anteriore (Fig. 13) che colmiamo con un innesto di osso autologo prelevato durante la preparazione del sito (Figg. 14, 15), si copre il tutto con una membrana Biomatlante EZ Cure (Fig. 16) e si effettua la sutura. Dopo sei mesi scopriamo l'impianto e inconiamo subito il moncone che grazie al provvisorio condiziona i tessuti. Una volta maturati i tessuti (Figg. 17, 18) viene presa un'impronta digitale con il sistema Cerec Sirona (Fig. 19) che, grazie al suo software 3D, consente una elaborazione immediata della protesi da realizzare (Fig. 20). Costruito virtualmente il ponte si può passare alla fase di fresatura (Fig. 21). Conclusasi quest'ultima (Fig. 22), prima di passare alla caratterizzazione con colori speciali e alla cottura, si prova il ponte, verificando se l'altezza, la forma e l'inserimento sono corretti. A cottura ultimata il ponte viene cementato (Figg. 23-26).

CONCLUSIONI

La sostituzione di una protesi fissa su elementi naturali, i quali non hanno più le caratteristiche originali, è notevolmente agevolata da una serie di possibilità terapeutiche che portano ad un miglioramento funzionale ed estetico della zona interessata.

In questo caso abbiamo inserito un impianto nella zona edentula, con esso abbiamo ottenuto una serie di vantaggi che sono: presenza di tutti gli elementi del settore frontale, profilo emergente uniforme su tutti gli incisivi e stabilizzazione della lieve mobilità degli elementi naturali.

Il controllo a 2 anni (Fig. 27) conferma il mantenimento del risultato ottenuto con grande soddisfazione della paziente.



Fig. 1 - Situazione clinica iniziale

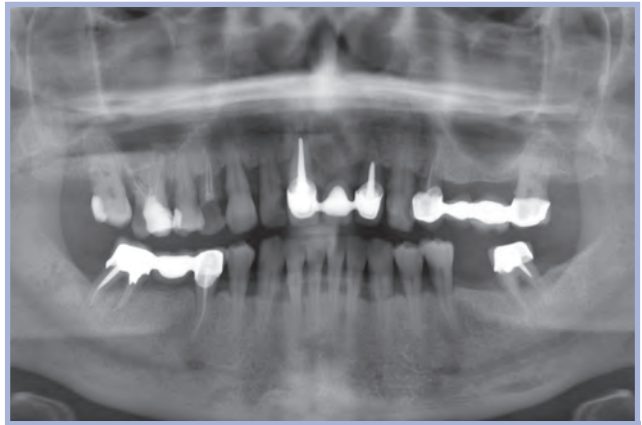


Fig. 2 - OPT iniziale



Fig. 3 - Taglio del ponte



Figg. 4, 5 - Preparazione a chamfer dei monconi



Fig. 5

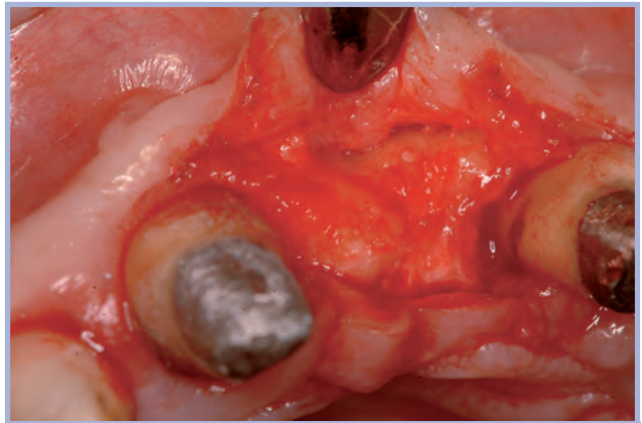
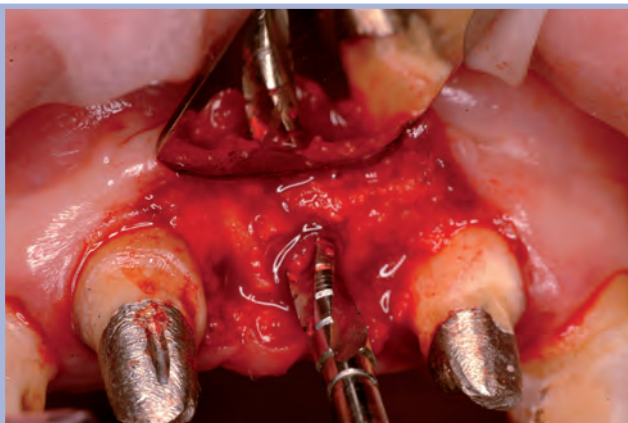


Fig. 6 - Apertura di un lembo



Figg. 7, 8 - Preparazione del sito implantare

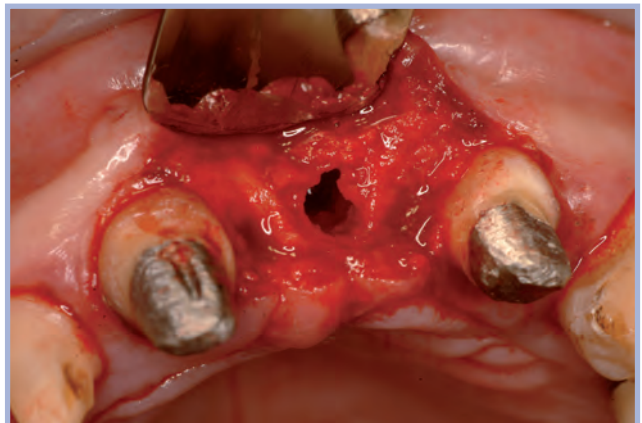


Fig. 8



Figg. 9-12 - Inserimento di un impianto Leone Max Stability 3,75 x 10 mm

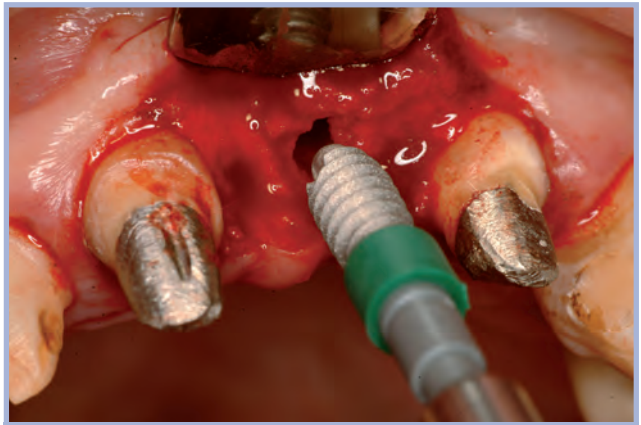


Fig. 10

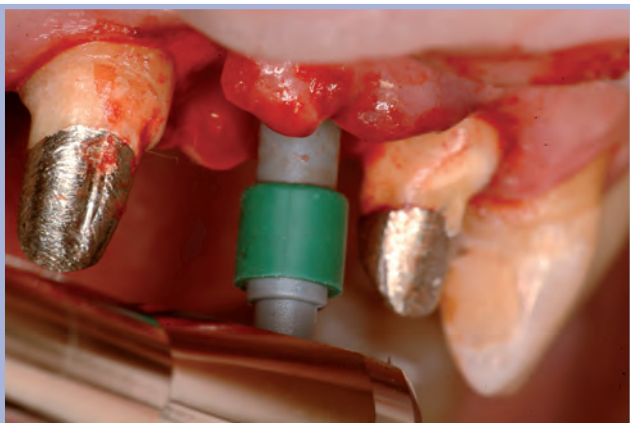


Fig. 11

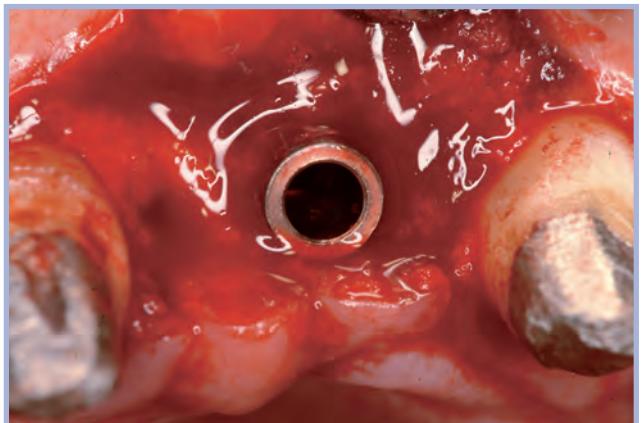


Fig. 12

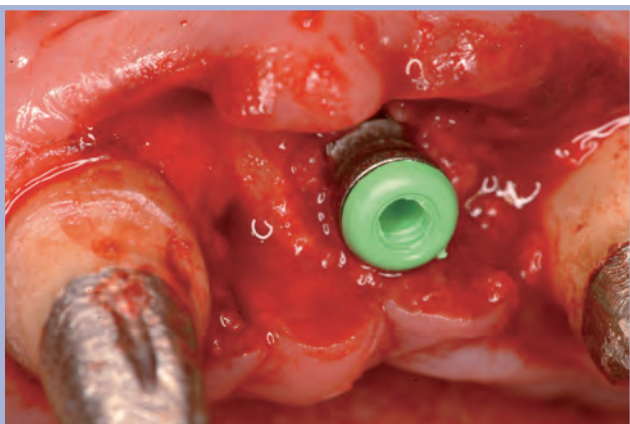


Fig. 13 - Carezza ossea anteriore



Figg. 14, 15 - Innesto di osso autologo prelevato durante la preparazione del sito

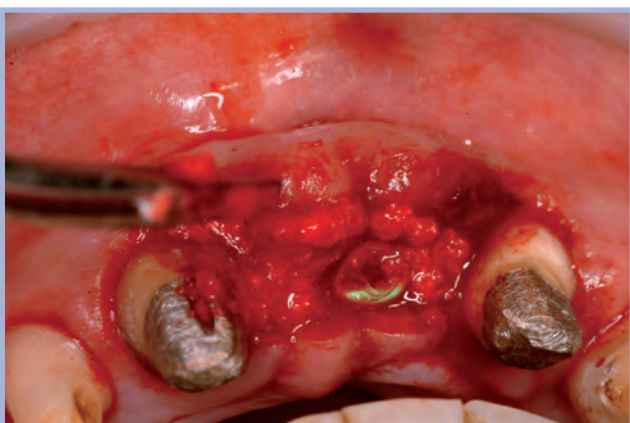


Fig. 15



Fig. 16 - Copertura con una membrana EZ Cure



Fig. 17, 18 - Situazione dei tessuti dopo il condizionamento con un provvisorio



Fig. 18



Fig. 19 - Modello virtuale ottenuto dall'impronta ottica intraorale

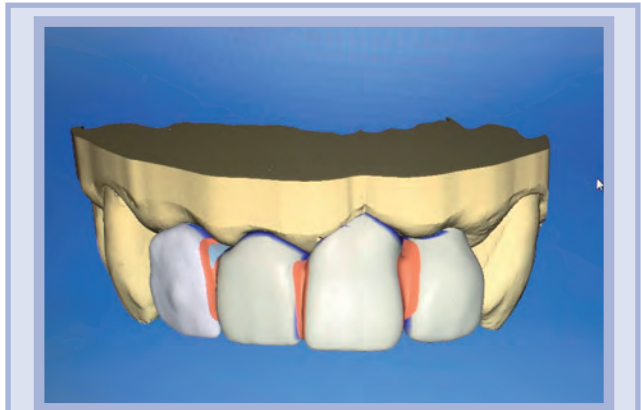


Fig. 20 - Ceratura virtuale

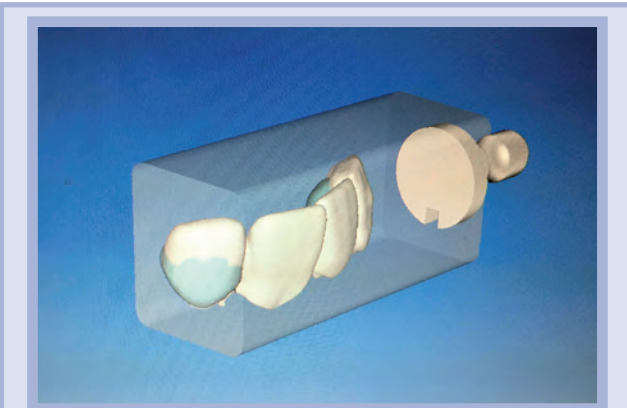


Fig. 21 - Ponte virtuale posizionato nel blocco di disilicato di litio



Fig. 22 - Ponte in disilicato di litio prima della caratterizzazione e della cottura



Fig. 23-25 - Consegna del ponte



Fig. 24



Fig. 25



Fig. 26 - OPT alla consegna

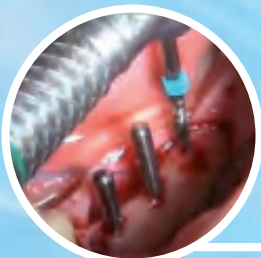


Fig. 27 - OPT a 2 anni

Visitate la rinnovata sezione

VIDEO APPLICAZIONI CLINICHE

sul nostro sito www.leone.it



<http://www.leone.it/implantologia/video/index.php>



<http://www.leone.it/implantologia/video/procedure.php>





• **CORSO DI IMPLANTOLOGIA 3D DIAGNOSI,
PIANIFICAZIONE E CHIRURGIA GUIDATA CON LA METODICA DSL**

Relatori: Dr. R. Turrini, Odt. M. Pisa
5-6 Maggio 2016

ISO
Istituto Studi Odontoiatrici

ODONTOIATRI - ODONTOTECNICI

• **CORSO CLINICO-PRATICO DI IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA
E DI IMPLANTOPROTESI**

Relatori: Dr. M. Guerra, Dr. S. Belcastro, Dr. L. Palazzo
13-14 Maggio - 10-11 Giugno 2016

ROMA

ODONTOIATRI

• **CORSO CLINICO-PRATICO DI IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA
E DI IMPLANTOPROTESI**

Relatore: Dr. L. Targetti
23-24 Maggio - 20-21 Giugno 2016

ISO
Istituto Studi Odontoiatrici

ODONTOIATRI

• **INCONTRI DEDICATI ALLA CONOSCENZA
DEL SISTEMA IMPLANTARE LEONE**

Relatore: Dr. L. Lucchiari
28 Maggio - 24 Settembre - 29 Ottobre 2016

*Per maggiori informazioni:
Sig. Paolo Lucchiari - cell. 348/7013377 - p.lucchiari@leone.it
Sig. Paolo Biagi - cell. 335/5871092 - p.biagi@leone.it*

Studio dentistico
Dott.ri Luigi e Nicola Lucchiari
DUE CARRARE (PD)

ODONTOIATRI

• **CORSO BASE DI PROTESI SU IMPIANTI**

Relatore: Odt. M. Pisa
30 Maggio 2016

ISO
Istituto Studi Odontoiatrici

ODONTOTECNICI

• **RIABILITAZIONE PROTESICA IMMEDIATA CON METODICA ALL-ON-FOUR**

Relatore: Dr. R. Turrini
11 Giugno 2016

*Per maggiori informazioni:
C.O.J. Sig. Carlo Stassi - tel. 091/8577352 - cell. 337/961249 - stassi@odontoinnovation.it*

Centro Odontotecnico Jafino
SAN GIUSEPPE JATO (PA)

ODONTOIATRI

• **CORSO CLINICO-PRATICO DI IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA
E DI IMPLANTOPROTESI**

Relatori: Dr. M. Guerra, Dr. S. Belcastro, Dr. L. Palazzo
21-22 Ottobre - 18-19 Novembre 2016

ROMA

ODONTOIATRI



- **CORSO CLINICO-PRATICO DI IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA E DI IMPLANTOPROTESI**

Relatore: Dr. L. Targetti

24-25 Ottobre - 21-22 Novembre 2016

ISO
Istituto Studi Odontoiatrici

ODONTOIATRI

- **CORSO BASE DI PROTESI SU IMPIANTI**

Relatore: Odt. M. Pisa

31 Ottobre 2016

ISO
Istituto Studi Odontoiatrici

ODONTOTECNICI

- **CORSO DI IMPLANTOLOGIA CLINICO PRATICO SU PAZIENTE BASE E AVANZATO**

Relatori: Dr. N. Russo, Dr. G. Coppola, Dr. D. Montisci

Per maggiori informazioni:

Dr. Nazario Russo - cell. 334/3417994

CAGLIARI

ODONTOIATRI

Assisti **GRATUITAMENTE**
ad un intervento di
chirurgia su paziente



Giornate dimostrative di pratica implantare

Dimostrazioni di pratica implantologica su paziente
con metodica implantare con connessione
Morse Taper

40 posti per assistere gratuitamente
ad interventi implantologici dal vivo

- **14 Giugno 2016**
- **19 Settembre 2016**

Relatore:
Dott. LEONARDO TARGETTI

Per informazioni ed iscrizioni: Segreteria ISO - Tel. 055.304458 Fax 055.304455 e-mail: iso@leone.it www.leone.it

PRIMO
ANNUNCIO



11° Congresso

EXACONE

FIRENZE • 7 Ottobre 2016

**Microbiologia, tessuti peri-implantari,
protesi avvitata: caratteristiche e peculiarità
del Sistema Implantare Leone**

ISO[®]
ISTITUTO
STUDI
ODONTOIATRICI

SEDE DEI LAVORI: ISO
Istituto Studi Odontoiatrici
"Aula Magna Marco Pozzi"
Via Ponte a Quaracchi, 48
50019 Sesto Fiorentino (FI)

**PER INFORMAZIONI
ED ISCRIZIONI:**

Segreteria ISO
Tel. 055.30.44.58
Fax 055.30.44.55
iso@leone.it
www.leone.it

*La partecipazione
è gratuita e riservata
ai soli medici odontoiatri*

RELATORI

• **Prof. VINCENZO BUCCI SABATTINI**

Professore a.c. Implantologia avanzata – Università di Pavia

• **Dott.ssa ELENA FANTI**

Direttore sanitario del Laboratorio microbiologico Biomolecular Diagnostics di Firenze

• **Dott. RENATO TURRINI**

Libero professionista a Massarosa – Lucca

• **Odt. MASSIMILIANO PISA**

Titolare del Laboratorio Dental Giglio di Firenze



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

11° Congresso EXACONE

SCHEDA DI ISCRIZIONE

7 Ottobre 2016

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Città _____ Tel. _____ Tel. Cell. _____

P.IVA _____ C.F. _____ (obbligatorio)

E-mail _____ Luogo e data di nascita _____ (obbligatorio)

Nota informativa ai sensi del D. Lgs. 196/2003 I dati, acquisiti nell'ambito della nostra attività, sono trattati in relazione alle esigenze contrattuali e per l'adempimento degli obblighi legali e amministrativi. Tali dati sono trattati con l'osservanza di ogni misura cautelativa della sicurezza e riservatezza.

Data _____ Firma _____

Nel rispetto del D. Lgs. 196/2003, indicandoci i suoi dati avrà l'opportunità di essere aggiornato su tutte le iniziative commerciali e culturali da noi promosse. Solo se non desiderasse ricevere ulteriori comunicazioni, barri la casella

Gli impianti sono inseriti nell'osso o in un Sistema?

Riabilitazione implantoprotesica di una paziente disfunzionale

Dott. Francesco Cortesi
Libero professionista a Reggio Emilia

PAROLE CHIAVE

trattamento di pazienti disfunzionali, edentulia multipla, riabilitazione protesica, protesi fissa

Il professore argentino A. A. Alonso afferma che “se c'è una parola che riassume il desiderio di un protesista rispetto agli impianti è che questi siano i sostituti dei denti naturali persi. Importante ai fini del successo riabilitativo è comprendere a pieno il ruolo che i denti hanno all'interno del sistema stomatognatico. Perché i denti sono fatti così? Qual è la loro funzione? Come si relazionano con il resto del sistema? Come si ammalano? Se queste e tante altre domande possono avere una risposta, con sicurezza allora saremo nelle condizioni di parlare degli impianti come loro sostituti.”

La sistematica D.AT.O dall'acronimo **D**isclusione - **A**llineamento **T**ridimensionale - **O**clusione proposta dallo stesso professor Alonso ci ricorda che i denti non sono fatti solo per masticare! La bocca è infatti anche il luogo dove si esprime il sovraccarico psico-fisico-emozionale (lo stress) sotto forma di forza fisica che chiamiamo forza parafunzionale. Seguendo questa linea di pensiero, possiamo individuare nella fisiologia stomatognatica due momenti: un momento funzionale diurno (masticazione, deglutizione e fonazione), in cui i denti agiscono per presenza e quindi senza contatto fra loro se non nella fase finale dell'atto funzionale, e un momento parafunzionale fisiologicamente notturno dove i denti agiscono per contatto stretto (serramento e digrignamento) (Fig.1).



Questi due momenti li osserviamo agire su due piani differenti: il primo è un piano funzionale che si realizza attraverso una relazione denti-articolazione temporomandibolare (ATM) e l'altro si esprime in modo efficace su un piano che abbiamo chiamato parafunzionale, piano in cui si realizzano spazi uniformi con una relazione denti-cranio-cervicale (Fig. 2).

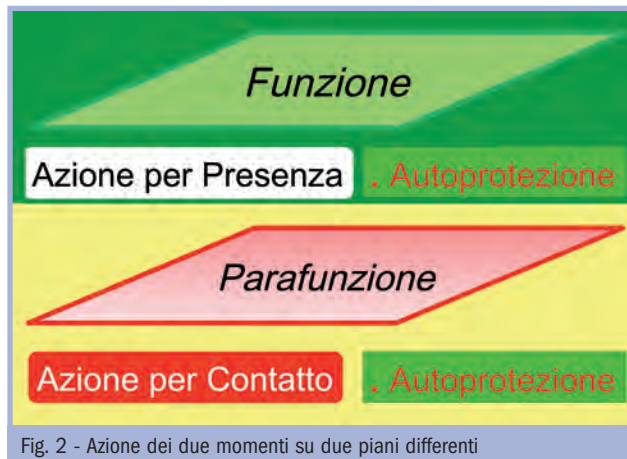


Fig. 2 - Azione dei due momenti su due piani differenti

L'occlusione, intesa come la relazione di un insieme di denti, osservata focalizzandone le dinamiche parafunzionali, svolge una importante funzione di autoprotezione del Sistema e costituisce il terreno biomeccanico nel quale e attraverso il quale si determinano gli eventi patologici orali che possono manifestarsi in modo differente a seconda della specifica reattività e debolezza di ogni singolo paziente.

CASO CLINICO

Il seguente caso clinico riassume i concetti finora espressi, evidenziando come in questa paziente di sesso femminile di anni 64 è stato necessario agire sul terreno biomeccanico occlusale attraverso un approccio che potremmo chiamare sistemico per pacificare il sistema neuromuscolare, in questo caso altamente reattivo-disreattivo (Figg. 3-5).



Figg. 3-5 - Paziente di sesso femminile disfunzionale trattata con protesi fisse e impianti



Fig. 4



Fig. 5

L'obiettivo del nostro intervento, come vedremo, è stato quello di riuscire a concludere il trattamento riabilitativo orale iniziato e non terminato da diversi altri operatori che all'interno del loro trattamento avevano inserito numerosi impianti tutti perfettamente osteointegrati (Fig. 6).

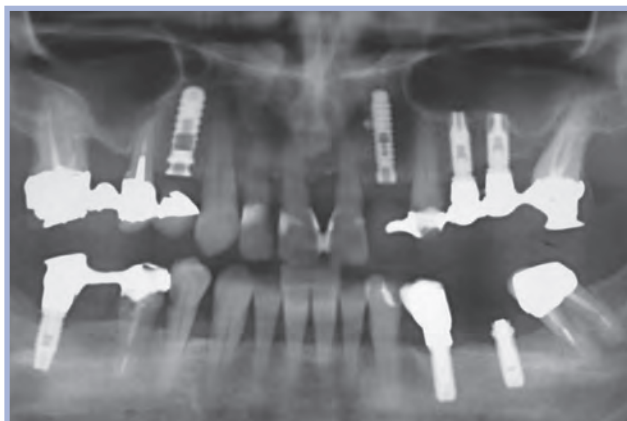


Fig. 6 - Ortopantomografia con vari sistemi implantari tutti perfettamente osteointegrati

Tra i vari sistemi implantari che la paziente aveva "ricevuto" ve ne era uno che non avevamo mai avuto l'occasione di conoscere. In posizione 14 e 22 (Figg. 7, 8) infatti abbiamo scoperto nel lontano 2007 il sistema Exacone Leone che ci è sembrato immediatamente quello più corrispondente alle caratteristiche del dente naturale integro e lo strumento più consono al tipo di riabilitazione che da circa 15 anni perseguivamo come gruppo di Studio e di Lavoro D.AT.O Italia.



Fig. 7 - Impianto Leone in posizione 14

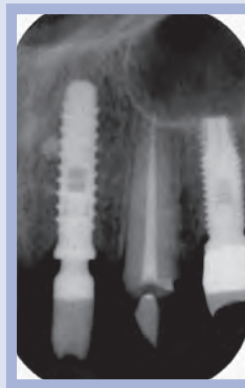


Fig. 8 - Impianto Leone in posizione 22

Nonostante la grande motivazione, diligenza e cura che la paziente dimostrava, i molteplici operatori che si sono succeduti non sono riusciti a concretizzare in termini protesici ciò che avevano preparato come supporto radicolare dentale ed implantare.

La paziente manifestava sintomi nevralgici e disfunzionali muscolo-articolari ed il "sistema" continuava con una modalità quasi autodistruttiva a decementare, rompere e frantumare le protesi provvisorie soprastanti generando sconforto e frustrazione. Da un punto di vista parodontale invece la risposta era eccellente nonostante l'imprecisione delle protesi. Il primo obiettivo nel caso di una paziente disfunzionale e disreattiva è la pacificazione del suo sistema neuromuscolare che si ottiene solitamente con strumenti ad azione reversibile che vengono chiamati bite.

In questo caso, visto l'evidente disordine dentale presente, lo si è ottenuto riordinando l'occlusione con "informazioni dentali" di forma e dimensione corrispondenti alle sue necessità biomeccaniche parafunzionali. **La sistematica D.AT.O** nasce dall'osservazione di come la natura organizza e conforma le due riabilitazioni naturali nel bambino (occlusione decidua) e nell'adulto (occlusione permanente). Codifica un protocollo di diagnosi e di trattamento che segue lo stesso percorso arrivando ad ottenere come obiettivo l'occlusione terapeutica.

Il primo passo che riorganizza il Sistema Gnatico ripristinandone una relazione denti-ATM stabile e riprogrammandolo da un punto di vista neuromuscolare è la disclusione, intesa come relazione statica e dinamica dei denti anteriori (gruppo 1 inferiore e gruppo 2 superiore) ottenuta attraverso più fasi successive (Figg. 9-15).



Figg. 9-15 - Riorganizzazione con materiale composito della forma e dimensione dei denti anteriori secondo la sistematica D.AT.O e ripristino di una guida anteriore efficace



Fig. 10



Fig. 11

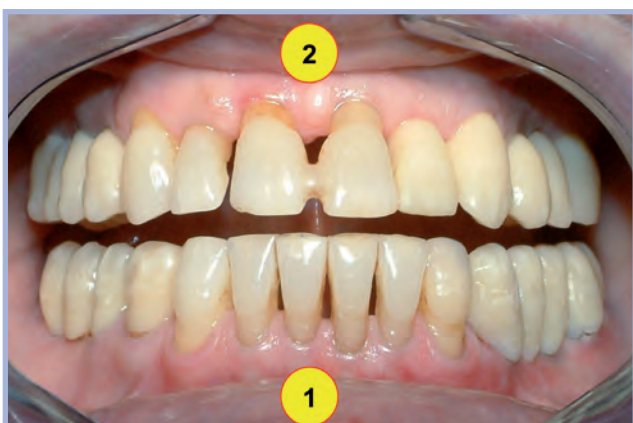


Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15

Una volta ritrovata la corrispondenza e la funzione dei denti anteriori si procede ricercando l'allineamento tridimensionale dei denti posteriori trovando la curva che si sviluppa fra di essi. Questo lo si ottiene attraverso la determinazione di spazi uniformi fra i denti posteriori inferiori e superiori verificabile durante il movimento eccentrico guidato dai due canini (Figg. 16-18).



Figg. 16a-18 - Ripristino delle forme e delle dimensioni dei denti posteriori



Fig. 16b



Fig. 17a



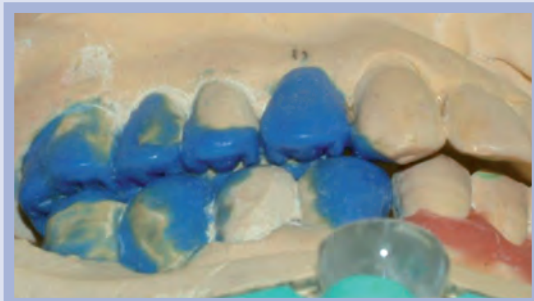
Fig. 17b



Fig. 18

L'allineamento tridimensionale è il ponte biologico fra l'occlusione e la disclusione.

L'occlusione, cioè l'intima relazione fra le superfici occlusali dei denti posteriori è l'ultimo passaggio che permette di ottenere stabilità occlusale garantendo la funzione masticatoria (che avviene per presenza) ma anche e soprattutto la funzione di autoprotezione che corrisponde alla capacità di assorbire e neutralizzare, coi denti strettamente in contatto fra loro, le forze parafunzionali (Figg. 19 a-b, Fig. 20).



Figg. 19a, b - Consolidamento della relazione denti-ATM attraverso l'intercuspidazione dei denti posteriori



Fig. 19b



Fig. 20 - Pacificazione del Sistema della paziente con la fase provvisoria attraverso la sistematica D.AT.O

La pacificazione del sistema e il risultato clinico percepito ha dato fiducia alla paziente, l'ha resa cosciente della sua particolare reattività e sensibilità occlusale. Questo ha reso possibile, in un contesto di reciproca intesa e collaborazione, di procedere ulteriormente nel processo riabilitativo migliorando il sostegno di alcune zone critiche dell'arcata inferiore attraverso l'inserimento di 4 ulteriori impianti (nelle posizioni 35, 36, 45, 46) rimuovendo l'impianto fratturato (di tipo a connessione avvitata) in posizione 36. I nuovi impianti inseriti sono impianti Leone posizionati dall'eccellente intervento del Dr. Targetti. Dopo circa 4 mesi i nuovi impianti sono stati caricati integrandoli ai provvisori (Figg. 21-25).



Fig. 21 - Ortopantomografia pre-operatoria: pianificazione della fase definitiva implantologica e protesica

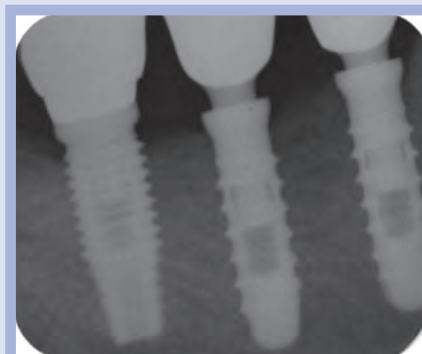


Fig. 22 - Impianti Leone in posizione 45 e 46



Fig. 23a-25b - Integrazione dei 4 impianti Leone in posizione 35, 36, 45 e 46 ai provvisori



Fig. 23b



Fig. 24a



Fig. 24b



Fig. 25a



Fig. 25b

Si è quindi finalizzato il caso con corone in ceramica seguendo e migliorando le forme iniziali (Figg. 26-28).



Figg. 26a-28b - Sviluppo e progettazione della fase definitiva



Fig. 26b



Fig. 27



Fig. 28a



Fig. 28b

I compromessi di forma e dimensione legati in particolare alla premolarizzazione di tutti i denti posteriori inferiori e di quelli dell'emiarcata superiore di destra, costituiscono una limitazione strutturale importante in questa paziente particolarmente reattiva e biologicamente sensibile. Il risultato ottenuto protesicamente agisce, infatti, in modo efficace (per presenza) sul piano funzionale, ma risulta essere insufficiente durante la parafunzione (Figg. 29, 30 a-b).



Figg. 29-30a, b - Finalizzazione della riabilitazione con corone in ceramica definitive



Fig. 30a



Fig. 30b

La soluzione riabilitativa che risponde alle necessità neuromuscolari e parafunzionali della paziente, è un tipo di sostegno ortopedico chiamato **CAOLC** (Compensatore Anatomico Occlusale Lotti Cortesi). Il **CAOLC** è una placca bimascellare che sostiene in modo reversibile la struttura stomatognatica dentaria esprimendo, al di sopra di essa, in tutta la sua efficacia la funzione di autoprotezione sul piano parafunzionale (Figg. 31 a-b).



Figg. 31a, b - Placca bimascellare CAOLC



Fig. 31b

Lo fa in modo ciclico, per contatto stretto sulla relazione denti-cranio-cervicale supportando in modo coerente l'elevata reattività della paziente (Figg. 32-33).



Figg. 32, 33 - Pacificazione del sistema neuro-muscolo-articolare e parodontale con il supporto CAOLC



Fig. 33

CONCLUSIONI

Il paziente disfunzionale è sicuramente il banco di prova più complesso e difficile da affrontare in riabilitazione orale: infatti la sua capacità di adattamento è molto limitata e richiede una risposta terapeutica il più conforme possibile alle richieste del sistema e a quelle dell'organismo.

Questo aspetto lo ritroviamo anche in implantologia nel paziente con elevata reattività parodontale, dove il punto critico risiede nella stabilità dell'osteointegrazione.

Il ruolo del terreno occlusale nel favorire lo stato di salute del sistema stomatognatico è clinicamente associato, anche se la sua estrema complessità e variabilità tipologica rendono difficile e complessa la sua interpretazione diagnostica ed il successivo cambiamento terapeutico.

La nostra esperienza clinica e tecnica, supportata da 20 anni di lavoro e studio applicando la sistematica riabilitativa **D.A.T.O.**, ci dimostra come il successo terapeutico si fondi sulla adeguata interpretazione delle modalità reattive e delle dinamiche parafunzionali dei pazienti. La possibilità di instaurare una strategia terapeutica di insieme, che si realizzi sia sul piano funzionale che su quello parafunzionale, permette di raggiungere consapevolmente lo stato di salute desiderato dai pazienti.

Il **CAOLC** si è dimostrato particolarmente efficace come strumento di pacificazione neuro-muscolo-articolare e parodontale in tutti quei casi in cui la struttura stomatognatica occlusale necessitava di un supporto ortopedico che fosse in grado di compensarne le carenze biomeccaniche. L'obiettivo prioritario del **CAOLC** è mettere ordine sul disordine occlusale.

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio D.A.T.O Luciano Lotti (Reggio Emilia)

BIBLIOGRAFIA

- Alonso A.A, Albertini J.S, Bechelli A.H: *Oclusión y Diagnóstico en Riabilitación Oral*. Buenos Aires: ed. Panamericana, 1999; p 637.
- Pasqualini U: *Le patologie occlusali. Eziopatogenesi e Terapia. Principi e tecniche del riequilibrio dell'occlusione*. Milano: ed. Masson, 1993; p 433.
- Echeverri Guzman E, Secherman Kovalski G: *Neurofisiología de la oclusion. Fisiología mandibular*. 9a ed., Bogotá: ed. Moserrat, LTDA, 1993; p 239.
- Cortesi F: *Il modello Omotossicologico in Riabilitazione Orale. La sistematica D.A.T.O dalla Diagnosi alla Terapia. Inquadramento dello stato dell'Occlusione dentaria nella Tavola delle Omotossicosi: Prima Parte* La Med. Biol., 2011/4; 35-42.
- Cortesi F: *Il modello Omotossicologico in Riabilitazione Orale. La sistematica D.A.T.O dalla Diagnosi alla Terapia. Inquadramento dello stato dell'Occlusione dentaria nella Tavola delle Omotossicosi: Seconda Parte*, La Med. Biol., 2012/1; 19-27.
- Ricciardi P. M: *Biocibernetica dell'informazione - approccio scientifico alle tecniche di biorisonanza*. Milano: ed. GUNA, 1995; 5-12.



prodotti per la rigenerazione tissutale



Prodotto da



Distribuito in esclusiva da




ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA



MICROPOROUS
BIPHASIC
CALCIUM
PHOSPHATE



SOSTITUTO OSSEO SINTETICO MBCP™ Putty

CONFEZIONE	QUANTITÀ PER CONFEZIONE	CODICE ARTICOLO	INDICAZIONI
	2 siringhe da 0,5 ml	310-0000-10 euro 155,00*	<ul style="list-style-type: none"> Siti post-estrattivi Difetti intraossei Difetti perimplantari Mini rialzo del seno mascellare



MICRO-MACROPOROUS
BIPHASIC
CALCIUM
PHOSPHATE



SOSTITUTO OSSEO SINTETICO MBCP+™



GRANULOMETRIA	CONFEZIONE	QUANTITÀ PER CONFEZIONE	CODICE ARTICOLO	INDICAZIONI
 0,5 - 1 mm	 Siringa	1 siringa da 0,5 cc	310-0510-05 54,00*	<ul style="list-style-type: none"> Siti post-estrattivi Difetti intraossei Difetti perimplantari Mini rialzo del seno mascellare
		2 siringhe da 0,5 cc	310-0510-10 99,00*	
 1 - 2 mm	 Provetta	2 cc	310-1020-20 129,00*	<ul style="list-style-type: none"> Grande rialzo del seno mascellare monolaterale Aumento della cresta ossea Ricostruzione della cresta ossea
		5 cc	310-1020-50 198,00*	<ul style="list-style-type: none"> Grande rialzo del seno mascellare bilaterale Aumento della cresta ossea Ricostruzione della cresta ossea



TECNOLOGIA CROSS-LINKING
RIASSORBIMENTO CONTROLLATO
BI-SIDE
MICROPOROSA



MEMBRANA RIASSORBIBILE NATURALE EZ CURE™

DIMENSIONE	QUANTITÀ PER CONFEZIONE	CODICE ARTICOLO	INDICAZIONI
 15 x 25 mm	1 pz	320-1525-00 100,00*	<ul style="list-style-type: none"> Trattamento dei difetti parodontali, perimplantari e ossei
	2 pz	320-1525-01 184,00*	
 20 x 30 mm	1 pz	320-2030-00 120,00*	<ul style="list-style-type: none"> Trattamento dei difetti parodontali, perimplantari e ossei Grande rialzo del seno mascellare

Le indicazioni e le immagini qui riportate sono state redatte e fornite da Biomatlante ZA Les Quatre Nations 5, rue Edouard Belin 44360 Vigneux de Bretagne Francia, fabbricante di questo prodotto ed unico responsabile. Leone S.p.A. agisce unicamente in qualità di distributore esclusivo per l'Italia.

*Tutti i prezzi indicati sono da intendersi IVA esclusa

AGGIORNAMENTO PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE 2016 sul Sistema Implantare **EXACONE**[®]

THE EFFECT OF CROWN-TO-IMPLANT RATIO ON THE CLINICAL PERFORMANCE OF EXTRA-SHORT LOCKING-TAPER IMPLANTS

Mangano F, Frezzato I, Frezzato A, Veronesi G, Mortellaro C, Mangano C
J Craniofac Surg 2016 Apr 15;(Epub ahead of print)

**impianto
corto 6.5**

IN VITRO ASSESSMENT WITH THE INFRARED THERMOMETER OF TEMPERATURE DIFFERENCES GENERATED DURING IMPLANT SITE PREPARATION: THE TRADITIONAL TECHNIQUE VERSUS THE SINGLE-DRILL TECHNIQUE

Lucchiari N, Frigo AC, Stellini E, Coppe M, Berengo M, Bacci C
Clin Implant Dent Relat Res 2016;18(1):182-191

FIVE-YEAR ESTHETIC EVALUATION OF IMPLANTS USED TO RESTORE CONGENITALLY MISSING MAXILLARY LATERAL INCISORS AFTER ORTHODONTIC SPACE OPENING TREATMENT

Mangano A, Caprioglio A, Mangano F, Macchi A, Levrini L, Mangano C
J Oral Science Rehabilitation 2016;2(1):68-77

CLINICAL EVALUATION OF 762 SINGLE-TOOTH, LOCKING-TAPER IMPLANTS: A PROSPECTIVE STUDY WITH 1- TO 12-YEARS OF FOLLOW-UP

Mangano FG, Colombo M, Mangano C
Journal of Dentistry and Oral Care Medicine 2016;2(2):1-11

**follow-up
a 12 anni**

INCLUSIONE CANINA E IMPLANTOLOGIA POST-ESTRATTIVA IMMEDIATA

Dell'Innocenti F
Implant Tribune Italian Edition 2015;IV(4):7-11

ESTETICA E CAD/CAM: UN BINOMIO VINCENTE

Alteri M
Cosmetic Dentistry 2015;3:16-20

INFLUENCE OF THE IMPLANT DRILL DESIGN AND SEQUENCE ON TEMPERATURE CHANGES DURING SITE PREPARATION

Sannino G, Capparè P, Gherlone F E, Barlattani A
Int J Oral Maxillofac Implants 2015; 30(2):351-358

MANTENIMENTO A 10 ANNI DELLA STABILITÀ TISSUTALE E DELL'ESTETICA IN IMPLANTOPROTESI

Frezzato A, Frezzato I
Italian Dental Journal 2015;X(1):20

TECNICA POST-ESTRATTIVA: I SUOI VANTAGGI

Alteri M
Implant Tribune 2014;4:1,6-8

IMPIANTI CORTI A SOSTEGNO DI CORONE SINGOLE NELLE AREE POSTERIORI: STUDIO PROSPETTICO A LUNGO TERMINE

Mangano F
Doctor OS 2014;XXV(8):704-718

SINGLE-TOOTH MORSE TAPER CONNECTION IMPLANT PLACED IN GRAFTED SITE OF THE ANTERIOR MAXILLA: CLINICAL AND RADIOGRAPHIC EVALUATION

Mangano FG, Zecca P, Luongo F, Iezzi G, Mangano C
Case Rep Dent 2014;2014:183872

L'elenco completo è consultabile nel nostro sito
www.leone.it/servizi/pubblicazioni-scientifiche-implantologia.php

sistema implantare EXACONE®

L'IMPIANTO SENZA VITE



platform switching

La geometria "platform switching" del tratto transmucoso incrementa il tessuto molle connettivo in altezza e in volume, sigillando e proteggendo l'osso marginale. L'esclusiva connessione EXACONE® assicura l'assenza di micromovimenti e di infiltrazioni, migliorando la salute dei tessuti molli.

connessione EXACONE®

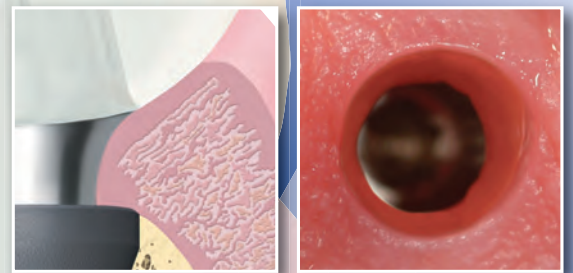
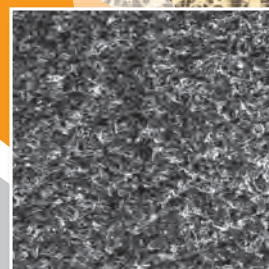
Il sistema di connessione EXACONE®, grazie alla proprietà autobloccante del cono Morse e alla presenza dell'esagono interno, garantisce:

- assoluta stabilità, annullamento dei gap e dei micromovimenti
- alta resistenza ai carichi dislocanti
- precisione nel trasferimento della posizione tra studio e laboratorio
- sicurezza e facilità di collegamento fra impianto e moncone.



superficie HRS

La superficie HRS (High Rutile Surface) si ottiene con un esclusivo processo di sabbiatura che, oltre a determinare una rugosità superficiale dell'impianto, $R_a = 2,5 \mu m$, aumenta la presenza di rutilo (ossido di titanio) disponibile. Il risultato è una superficie estremamente favorevole al coagulo ed alla successiva osteointegrazione con una notevole riduzione dei tempi di guarigione.



All-on-Four a carico immediato con uso di saldatrice endorale

Dott. Gratiliano Gai

Libero professionista a Bassano Romano (VT)

PAROLE CHIAVE

All-on-Four, carico immediato, sincristallizzatrice endorale, protesi avvitata

Si è presentata presso il nostro studio una paziente di 73 anni portatrice di una protesi mista (fissa e mobile) nel mascellare superiore (Fig. 1). Si è pianificata una riabilitazione immediata dell'intera arcata mediante tecnica tipo All-on-Four. Dopo l'estrazione dei 3 elementi residui (Fig. 2), sono stati posizionati 4 impianti Max Stability Ø3,75 mm (2 di lunghezza 10 mm e 2 di lunghezza 12 mm).

Dopo il posizionamento implantare si sono utilizzati 4 monconi per protesi avvitata angolati a 25°. Dato che non si è utilizzato alcun modello in gesso ma si è lavorato direttamente in bocca, la procedura ottimale in questi casi è quella di rimuovere dai monconi gli esagoni Exacone 360°.

Per la scelta dei monconi, in termini di altezza del tratto transmucoso e angolazione, si è utilizzato il kit di monconi di prova Standard-Large. Quindi si sono prelevati i monconi definitivi dal kit Leone All-on-Four/All-on-Six fornitoci in conto visione: questo servizio offerto dall'azienda ci consente di fare a meno di un magazzino dei componenti protesici, permettendone l'acquisto dopo aver già selezionato le misure di interesse.

Sui monconi, dopo aver attivato la connessione a cono Morse (Fig. 3), sono state fissate le apposite cappette in titanio con le viti a testa alta (Fig. 4) ed è stata realizzata un'armatura di rinforzo per mezzo di una sincristallizzatrice intra-orale. In particolare la barra è stata ottenuta mediante saldatura sulle cappette di un filo pre-modellato di titanio grado 2 (Figg. 5, 6).

Quindi, con l'ausilio di una mascherina in resina trasparente, si è effettuata la registrazione oclusale; la mascherina è stata sfruttata anche per la demarcazione dei punti della nuova protesi da scartare in corrispondenza della posizione delle cappette (Figg. 7, 8).

La nuova protesi, realizzata in materiale composito sul modello di quella pre-esistente (Fig. 9), è stata poi ribasata in bocca sull'armatura di rinforzo fissata ai monconi (Fig. 10). Ad indurimento avvenuto della resina per ribasature, si sono rimosse le viti e si è rifinita la protesi. L'operazione di rifinitura da parte del tecnico è di grande importanza, perché si deve il più possibile ridurre l'estensione della flangia vestibolare al fine di favorire una buona detersione da parte del paziente. La semplicità della componentistica Leone ha permesso di completare l'intero trattamento in circa 6 ore e mezzo, consegnando alla paziente la protesi ultimata nella stessa giornata della chirurgia (Figg. 11-13).



Fig. 1 - Situazione iniziale



Fig. 2 - Elementi residui prima dell'estrazione



Fig. 3 - Posizionamento dei monconi per protesi avvitata



Fig. 4 - Fissaggio delle cappette in titanio



Fig. 5, 6 - Struttura di rinforzo ottenuta saldando intra-oralmente un filo di titanio alle cappette



Fig. 6



Fig. 7 - Mascherina in resina per la registrazione occlusale



Fig. 8 - Demarcazione della posizione delle cappette sia sulla mascherina che sulla nuova protesi



Fig. 9 - Protesi nuova in composito



Fig. 10 - Fissaggio della protesi sulla struttura metallica



Fig. 11 - Consegna della protesi rifinita



Fig. 12 - Sorriso della paziente al termine dell'intervento

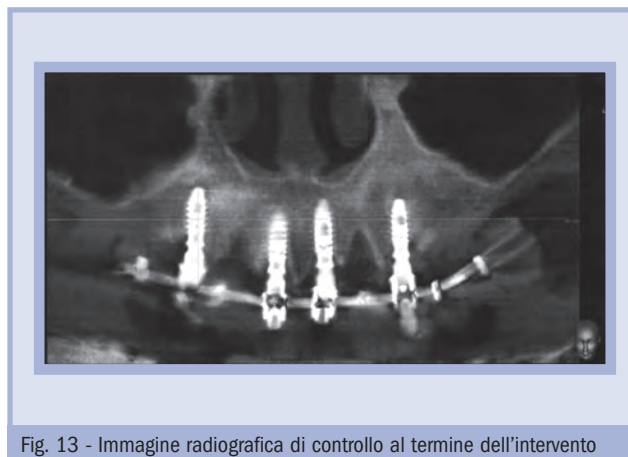
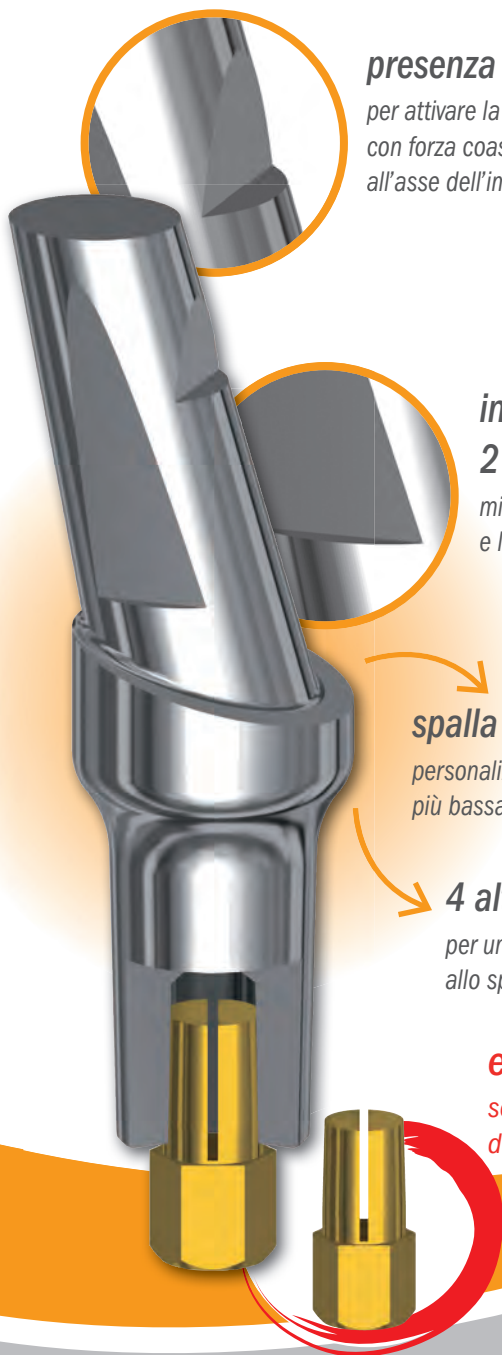


Fig. 13 - Immagine radiografica di controllo al termine dell'intervento

monconi anatomici EXACONE®

PER FACILITARE
LA FINALIZZAZIONE PROTESICA
IN LABORATORIO E IN STUDIO



presenza di tacca
per attivare la connessione
con forza coassiale
all'asse dell'impianto

**inclinazione ottimale e
2 facce piane contrapposte**
migliorano la collocazione
e la ritenzione delle cappette

spalla preformata
personalizzabile, con porzione vestibolare
più bassa per agevolare l'estetica

4 altezze di tratto transmucoso
per un preciso adattamento
allo spessore dei tessuti molli

esagono apicale
separato dal resto
del moncone

L'innovazione principale,
protetta da un brevetto interna-
zionale, risiede nella realizzazione
dell'**esagono apicale
staccato dal resto
del moncone:**

ciò consente un posizionamento
libero a 360° sul modello
e rende semplice il recupero
di disparallelismi, sfruttando
al meglio la forma anatomica
dei monconi. Successivamente,
attivando la connessione
conica autobloccante tra
l'esagono e il moncone, il pilastro
risulterà solidale con l'esagono
orientato nella posizione prescelta
e guiderà il clinico nel
posizionamento sul paziente
con la massima precisione.



Ortodonzia e Implantologia

www.leone.it

*L'efficienza
della semplicità!*

Riabilitazione implanto-protetica post-estrattiva in paziente con esiti di ustione al volto

Dott. Claudio Gallo

Medico, Responsabile U.O.S. di Odontoiatria di Comunità

Dott.ssa Irene Pastore, Dott.ssa Marta Beghetto

Odontoiatri, U.O.S. di Odontoiatria di Comunità

Ospedale di Piove di Sacco, ULSS 16 di Padova

PAROLE CHIAVE

connessione con Morse, post-estrattivo immediato, tecnica diretta, paziente con limitazioni anatomo-funzionali, frattura da trauma di elementi dentari

Il presente lavoro prende in considerazione il caso clinico di una paziente di anni 24 diversamente abile ma collaborante alle cure ambulatoriali che all'età di 16 mesi è stata accidentalmente ustionata al volto e ad altre zone del corpo. La paziente è seguita presso l'ambulatorio dell'U.O.S. di Odontoiatria di Comunità di Piove di Sacco (ULSS 16 di Padova) dal 2005 e giunge alla nostra attenzione con visita in urgenza per frattura corono-radicolare degli elementi 21 e 22 avvenuta circa 15 giorni prima a seguito di incidente stradale in motorino. In accordo con la paziente si decide di procedere con il posizionamento di due impianti post-estrattivi (Exacone - Leone) in sede di 21 e 22 e successiva riabilitazione protesica in metallo-ceramica.

La paziente, oggi ventiquattrenne, viene seguita periodicamente presso l'ambulatorio odontoiatrico dell'U.O. di Odontoiatria di Comunità (Ospedale di Piove di Sacco - ULSS 16 Padova) dall'età di 12 anni. La paziente è collaborante alle terapie ambulatoriali anche se la presenza di importanti esiti cicatriziali al volto ne compromettono la compliance per terapie odontoiatriche di lunga durata che richiedono una normale apertura del cavo orale. In anamnesi, infatti, si segnala, all'età di 16 mesi, un'ustione estesa a volto, collo, braccio sinistro, coscia destra e coscia sinistra; la paziente è stata sottoposta a circa sette interventi di chirurgia plastica e nel 2007 ad intervento di espansione cutanea con "palloncino". All'esame obiettivo si evidenzia un iposviluppo del mascellare conseguente a riduzione volumetrica facciale legata ai cheloidi post-ustione in età infantile (riduzione dell'elasticità cutanea ed effetto fionda della muscolatura) (Figg. 1-3).



Fig. 1 - Paziente, visione frontale



Fig. 2 - Paziente, visione del profilo sinistro



Fig. 3 - Paziente, visione del profilo destro

Il processo di guarigione delle ferite da ustione avviene attraverso una complessa interazione tra mediatori chimici, cellule e proteine strutturali, che cooperano per restituire ai tessuti lesi le loro proprietà. Quando a livello cutaneo vengono alterati i normali equilibri che regolano questo processo, si ha un rimodellamento anomalo della matrice extracellulare ed uno scompaginamento dell'architettura tessutale, che danno luogo alla cicatrice patologica, esito frequente nelle ustioni profonde. La classificazione attuale suddivide le cicatrici patologiche in: ipertrofica, retraente, ipertrofico-retraente ed atrofica.^[1]

La cicatrice ipertrofica è la più frequente e si presenta come una lesione cutanea rilevata che si mantiene dentro i limiti originari della lesione iniziale. Raramente questi limiti sono superati; in tal caso si parla allora di cheloide.^[1] I cheloidi sono caratterizzati da un'anormale crescita di tessuto fibrotico con aspetto cicatriziale che solitamente fa seguito ad un trauma o ad un'irritazione e che difficilmente si attenua nel tempo. Se si considera come evento traumatico un'ustione, i cheloidi sono il processo riparativo che si presenta nelle ustioni di terzo grado. Infatti gli annessi cutanei colpiti non saranno più rigenerati e la riparazione del tessuto avviene attraverso sostituzione con tessuto fibroso con *functio laesa* della zona colpita.^[2]

La cicatrice retraente è una coartazione cutanea determinata da forze centripete responsabili di una riduzione della superficie talora di notevole entità e possono provocare difetti cutanei importanti che necessitano di interventi urgenti di integrazione per prevenire l'instaurarsi di deformità anche gravi.^[1] La cicatrice ipertrofico-retraente è l'associazione delle due tipologie sopra menzionate.^[1]

La cicatrice atrofica è la più rara ed ha un aspetto sottile e rugoso con scarso tessuto sottocutaneo. L'atrofia di solito si verifica dopo innesti cutanei posizionati in diretto contatto con aponeurosi, periostio e fascia muscolare. È da sottolineare come grave complicanza della cicatrice atrofica che interessa in particolare le cicatrici da ustione di vecchia data (30 anni o più) la possibile insorgenza di neoplasia con istotipo a cellule squamose.^[1]

Le ustioni che avvengono in età pediatrica sono caratterizzate solitamente da lesioni a profondità variabile, dette "a carta geografica" in quanto, accanto ad una zona con ustione dermica superficiale, si passa senza soluzione di continuità ad una dermica profonda o sottodermica.^[3]

A settembre 2015 la paziente viene visitata con urgenza per frattura corono-radicolare degli elementi dentari 21 e 22 a seguito di incidente stradale. Nella stessa seduta si esegue uno splintaggio in materiale composito degli elementi 11 e 13 (data l'agenesia dell'elemento 12) che presentano mobilità (Figg. 4 e 5).



Fig. 4 - Trauma corono-radicolare degli elementi 21 e 22

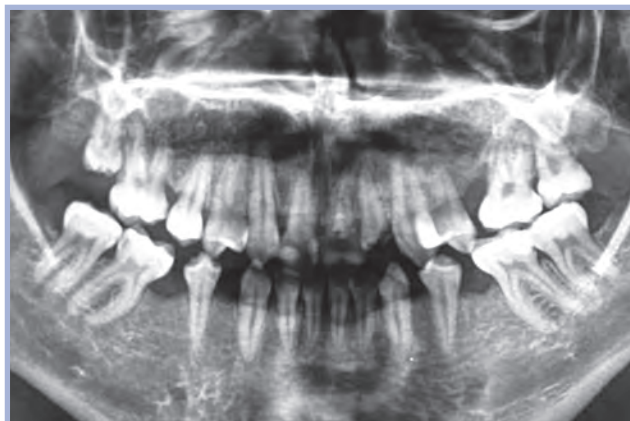


Fig. 5 - Ortopantomografia

La paziente viene rivalutata a distanza di 15 giorni: viene presa un'impronta di masticazione in materiale silicico Zetaplus (Zhermack SpA) al fine di studiare il caso per un'eventuale riabilitazione implanto-protetica in sede 21 e 22. È da sottolineare come in questo caso la difficoltà operativa sia dovuta alla ridotta apertura del cavo orale per una elevata tensione esercitata dai cheloidi presenti a livello del volto (Figg. 6 e 7).

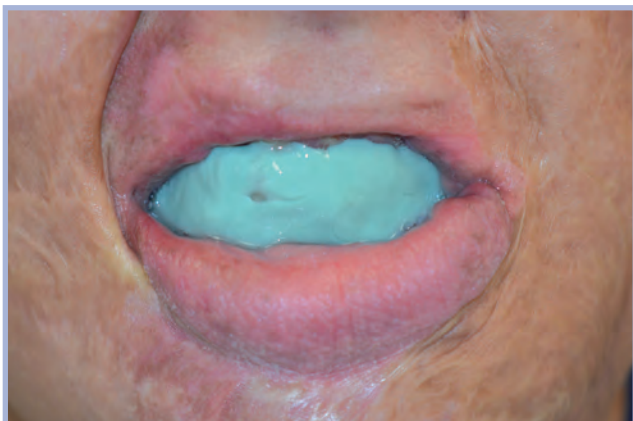


Fig. 6 - Rilevamento di un'impronta in materiale silicico per la valutazione protesica iniziale

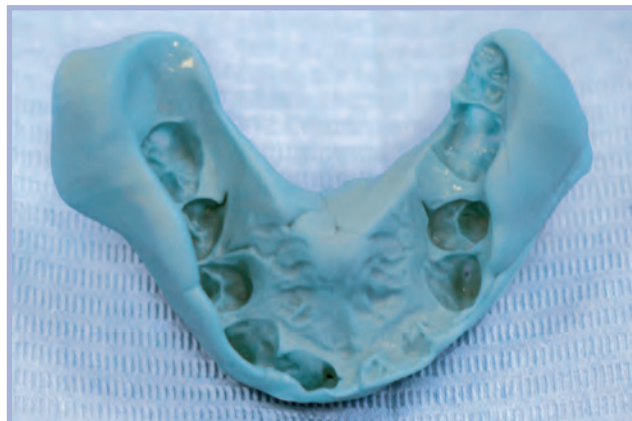


Fig. 7 - Impronta in silicone

Il mese successivo si procede con le estrazioni delle radici degli elementi 21 e 22 (Figg. 8 e 9) e il posizionamento nella stessa seduta di due impianti post-estrattivi immediati.



Fig. 8 - Anestesia plessica con vasocostrittore



Fig. 9 - Estrazione delle radici

In questo caso non si è optato per una riabilitazione implanto-protetica a carico immediato in quanto la paziente è collaborante alle cure ambulatoriali e la rima labiale ridotta in dimensioni a causa dei cheloidi non espone molto la zona edentula.

In sede di intervento si rileva un'inclinazione radicolare anomala dell'elemento 22 in quanto l'apice appare mesializzato. Dal punto di vista chirurgico si tenta di correggere tale inclinazione con un impianto Exacone post-estrattivo con diametro di 4,1 mm e lunghezza di 10 mm (Figg. 10-13).



Fig. 10 - Preparazione dei siti post-estrattivi per l'inserimento degli impianti



Fig. 11 - Impianto dentale utilizzato per il sito 22



Fig. 12, 13 - Inserimento dell'impianto Ø 4,1 mm e posizionamento del tappo di chiusura



Fig. 13

In zona 21 l'osso appare più morbido al passaggio delle frese e di conseguenza si opta per un impianto di diametro maggiore per assicurare una maggiore stabilità primaria della fixture stessa. In tale zona si posiziona pertanto, a livello della linea ossea alveolare post-estrattiva, un impianto Exacone con diametro di 4,8 mm e lunghezza di 10 mm. Il colletto dell'impianto si trova circa 2 mm al di sotto della corticale (Fig. 14-17).



Fig. 14 - Impianto dentale utilizzato per il sito 21



Fig. 15-17 - Inserimento dell'impianto Ø 4,8 mm e posizionamento del tappo di chiusura



Fig. 16



Fig. 17

La diversa qualità ossea del sito 21 rispetto al sito 22 può essere legata alla flogosi cronica radicolare ed alla storia clinica dell'elemento dentale trattato endodonticamente in giovane età (12 anni). Si esegue una sutura a punti staccati con filo non riassorbibile 3/0 (Fig. 18).

Ad una settimana di distanza si rivede la paziente per controllo e dopo 15 giorni si rimuove la sutura. Mensilmente la paziente si presenta alle visite di controllo stabilite che evidenziano una buona guarigione dei tessuti ed una adeguata igiene del cavo orale, e successivamente si inizia la riabilitazione protesica.

Inizialmente si procede alla scoperta degli impianti endossei, alla prova dei monconi preinclinati a 15° e al loro fissaggio (Fig. 19).



Fig. 18 - Sutura a punti staccati



Fig. 19 - Fissaggio dei monconi preinclinati a 15° agli impianti

Si effettua poi la preparazione intra-orale degli abutment, operando la limatura e la riduzione in altezza (Figg. 20 e 21), e si rilevano le impronte in materiale siliconico mediante l'ausilio di un cucchiaio individuale realizzato dal laboratorio odontotecnico (Fig. 22). Si esegue inoltre una cera di masticazione e successivamente tutto il materiale viene inviato al laboratorio per la realizzazione delle corone in metallo-ceramica. Si effettua, successivamente, la prova delle cappette in metallo e si rileva la cera di masticazione (Figg. 23 e 24); si registra inoltre il colore. Segue la prova finale del lavoro protesico e la successiva cementazione delle corone in metallo-ceramica (Figg. 25-30).



Fig. 20 - Preparazione intra-orale degli abutment



Fig. 21 - Abutment a limatura e lucidatura ultimate



Fig. 22 - Cucchiaino individuale realizzato dal laboratorio odontotecnico

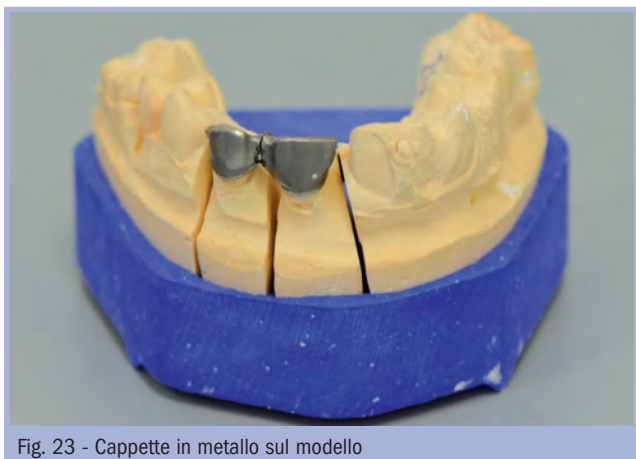


Fig. 23 - Cappette in metallo sul modello



Fig. 24 - Prova delle cappette in metallo



Fig. 25 - Corone in metallo-ceramica sul modello



Fig. 26 - Corone cementate sugli abutment



Fig. 27 - Visione palatale della protesi in bocca



Fig. 28 - Sorriso e soddisfazione della paziente dopo la consegna protesica

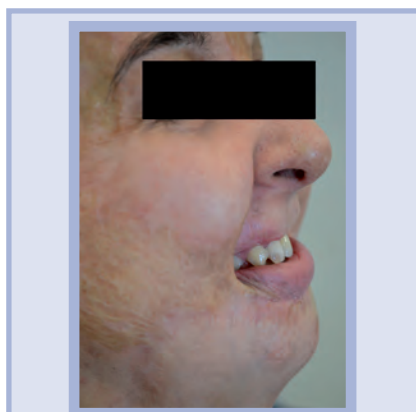


Fig. 29 - Profilo destro della paziente al termine del trattamento

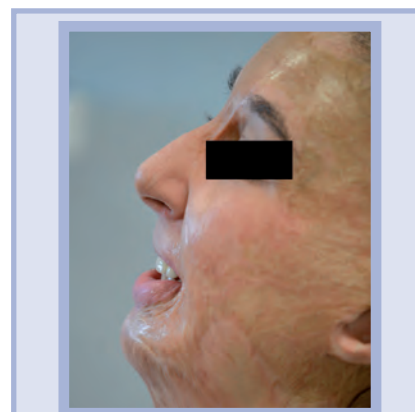


Fig. 30 - Profilo sinistro della paziente al termine del trattamento

L'impianto Exacone, grazie alle caratteristiche peculiari della connessione a cono Morse, trova un valido impiego in quei pazienti diversamente abili, soprattutto non collaboranti, che necessitano di riabilitazione implanto-protetica in sede estetica. Tale intervento solitamente viene effettuato in un'unica seduta in regime di anestesia generale mediante l'inserimento di impianto con carico immediato.^[4, 5]

La connessione del sistema Exacone, priva di vite passante, permette una più agevole operatività durante la fase di preparazione dei monconi, che può essere effettuata direttamente alla poltrona, e la presa dell'impronta, riducendo il numero dei passaggi che in questa tipologia di pazienti può risultare di difficile gestione. Preserva inoltre dalle possibili complicanze protesiche, riducendo al minimo la necessità di dover intervenire nuovamente a livello della protesi, e garantisce un perfetto sigillo microbiologico evitando quindi complicanze di tipo infettivo.^[6, 7, 8, 9, 10]

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Dental Free s.a.s. di Guariento M. - Padova

BIBLIOGRAFIA

1. *Fondazione per gli Studi e le Ricerche sulle Ustioni*, Struttura Ospedaliera CTO di Torino.
2. Nardo B. *Metodologia Clinica e Sistematica Medico-Chirurgica: Lezioni di Chirurgia Generale*. Società Editrice Esculapio, 2013.
3. Grisolia GA. *Le Ustioni in Età Pediatrica*. Ed. SEE Firenze, 1999.
4. Dall'Oppio L. *La seduta odontoiatrica nel disabile non collaborante*. Dental Cadmos 2000; 5:65-69.
5. Nunn JH, Davidson G, Gordon PH, Stors J. *A retrospective review of a service to provide comprehensive dental care under general anesthesia*. Spec Care Dentist 1995 May-Jun; 15(3):97-101.
6. Dibart S, Warbington W, Su MF, Skobe Z. *In vitro evaluation of the implant-abutment bacterial seal: the locking taper system*. Int J Oral Maxillofac Implants 2005; 20(5):732-737.
7. Giorgini G, Santangelo R, Bedini R, Pecci R, Manicone PF, Raffaelli L, Sanguinetti M, D'Addona A. *Dimensional and microbiological in vitro analysis of a dental implant locking taper connection*. J Biol Regul Homeost Agents 2013; 27(4):1077-88
8. Belcastro S, Palazzo L, Meli R, Guerra M. *Studio clinico prospettico sulla sopravvivenza a medio termine di impianti a connessione conometrica*. Quintessenza Internazionale 2009; 25(3):47-57
9. Mangano FG, Shibli JA, Sammons RL, Iaculli F, Piattelli A, Mangano C. *Short (8-mm) locking-taper implants supporting single crowns in posterior region: a prospective clinical study with 1-to 10-years of follow-up*. Clin Oral Impl Res 2014; 25(8):933-940
10. Mangano FG, Colombo M, Mangano C. *Clinical evaluation of 762 single-tooth, locking-taper implants: a prospective study with 1- to 12- years of follow-up*. J Dent Oral Care Med 2016; 2(2):1-11



PROFESSIONALITA' ESPERIENZA INFORMAZIONE CONSULENZA

Tutto questo è **Exacone Team**
un'équipe di professionisti a vostra disposizione

Exacone Team offre la propria esperienza professionale, affidabilità e assistenza a tutti i medici interessati ad una implantologia semplice, sicura ed efficace

Exacone Team in coordinamento con la Leone e i partner commerciali dell'azienda svolge una intensa attività di aggiornamento didattico e scientifico-culturale su tutto il territorio nazionale

Una sezione del sito www.leone.it è dedicata all'**Exacone Team** per informare in tempo reale delle varie attività

Preparatevi ad affrontare le nuove esigenze professionali con **Exacone Team!**



Dott. Leonardo Targetti



Dott. Salvatore Belcastro



Dott. Fulvio Floridi



Dott. Alberto Frezzato



Dott. Roberto Meli



Dott. Mario Guerra



Dott. Luigi Lucchiarri



Dott. Marino Miccini



Dott. Nazario Russo



Dott. Giacomo Coppola



Dott. Renato Turrini



Dott. Leonardo Palazzo



Dott. Dario Mercuri



Dott. Fabrizio dell'Innocenti



Dott. Giancarlo Romagnuolo



Dott. Bruno Portelli



Dott. Alfonso Sinisi



Dott. Salvatore Dettori

Digital Service

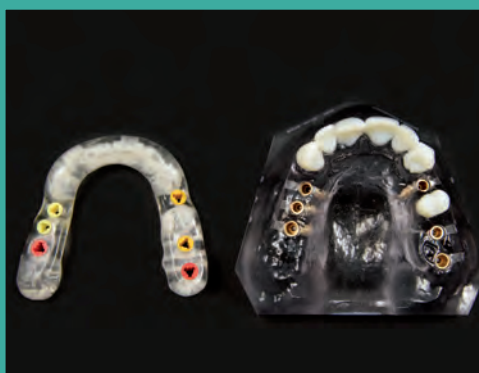
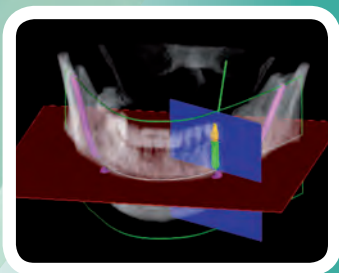


SOLUZIONI DIGITALI

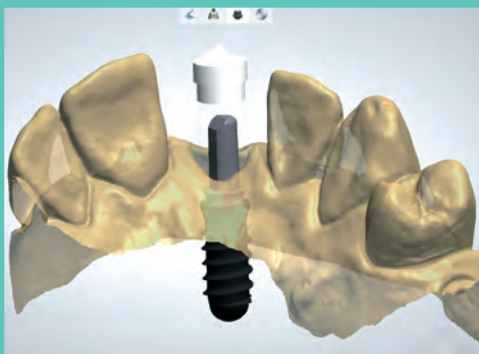
in implantologia

www.leonedigitalservice.it

DIGITAL SERVICE LEONE è un reparto altamente specializzato in tecnologie digitali volte alle applicazioni odontoiatriche. Dotato di scanner da laboratorio e stampanti 3D di ultima generazione, è in grado di effettuare riproduzioni volumetriche multicolore con micrometrica precisione.



**CHIRURGIA
GUIDATA**



**PRODOTTI PER
PROTESI DIGITALE**



**REPLICHE
ANATOMICHE IN
RESINA BICOLORE**



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

LEONE S.p.a Via P.a Quaracchi, 50 • 50019 Sesto Fiorentino FIRENZE
Tel. 055 30441 • Fax 055 374808 • info@leone.it • www.leone.it