

05.2018-ANNO 15-N.26

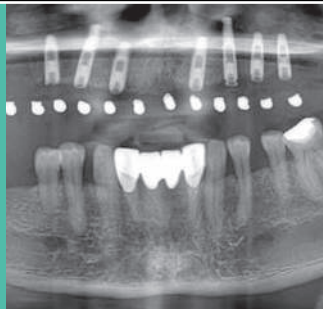
EXACONE

News



IL BOLLETTINO DEL
SISTEMA IMPLANTARE LEONE

Impianto $2_{\phi}9$:
testimonial d'eccezione

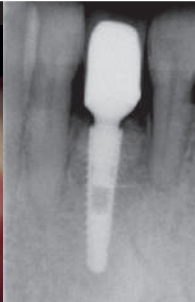
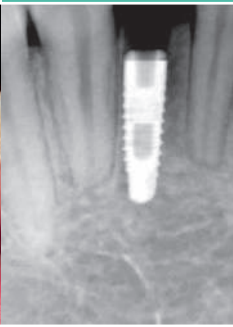


Dott. M. Guerra



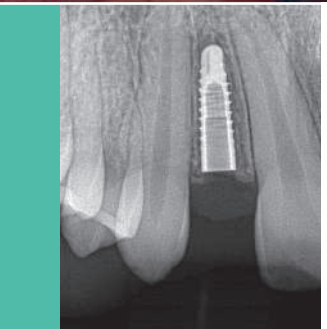
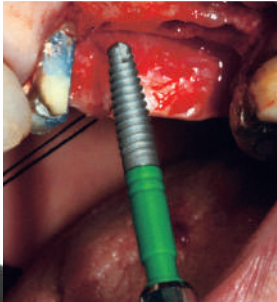
Dott. F. Dell'Innocenti

Dott. J. Matuszak

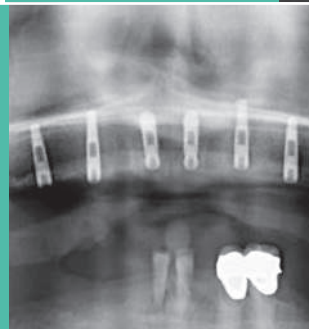


Dott. L. Targetti

Dott.ssa I. Frezzato



Dott. L. Malin



Dott. S. Belcastro

L'efficienza della semplicità



ISTITUTO STUDI
ODONTOIATRICI



Cultura Formazione Aggiornamento

Dal 1982 punto di riferimento per l'attività odontoiatrica
nazionale e internazionale

un evento di successo

Non c'è stata occasione, fino alla stampa di questo numero del nostro Exacone News, per dare risalto e ringraziare quelli di voi che nel corso dello scorso anno si sono messi in gioco partecipando all'Exacone Factor, a tutti gli altri che hanno seguito sui social media le selezioni e la finale e a quelli che di persona lo scorso 6 ottobre sono stati presenti al 12° congresso Exacone e hanno votato per il vincitore.

Nel corso del 2017 avevamo portato avanti questa iniziativa con l'obiettivo di selezionare "nuovi talenti" tra gli utilizzatori della sistemica Exacone per coinvolgerli in attività di ricerca, divulgazione e tutoraggio.

Al contest si erano iscritte tre squadre capitanate da storici membri del nostro team. La squadra rossa del Dott Luigi Lucchiarri composta dai Dott.ri. Alberto Fioretti, Luca dalla Libera e Riccardo Pavan. La squadra azzurra capitanata dal Dott. Roberto Meli con i Dott.ri Guglielmo Zanotti, Antonio Natale e Andrea Belluomini e infine la squadra giallo/verde dei Dott.ri Giacomo Coppola e Nazario Russo formata dai Dott.ri Roberto Pedalino, Giuseppe Musiello e Davide Montisci.

Nel corso dell'anno poi ogni squadra aveva scelto un candidato durante delle selezioni locali in cui la sfida consisteva nel confrontarsi con delle presentazioni su aspetti diversi del sistema Exacone e ognuno di loro ha evidenziato le proprie capacità comunicative, le doti espositive e la conoscenza del nostro impianto.

Infine i tre finalisti si sono "scontrati" durante il congresso Exacone di ottobre, presentando davanti ad una sala gremita da oltre 200 partecipanti, i loro lavori coadiuvati dai capitani e dai compagni di squadra. Le relazioni presentate sono state: per il Dott. Pavan della squadra rossa, "La ricerca della semplicità nella mia quotidianità" per il Dott Natale della squadra azzurra "Impianti Exacone: nessuna vite, molti vantaggi" e "Trattamenti non convenzionali di un canino incluso in paziente adulto" per il Dott. Montisci della squadra giallo-verde.

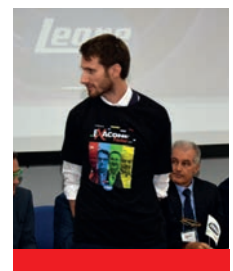
Le relazioni sono state accolte con attenzione ed hanno riscosso interesse e apprezzamento da tutta la platea. L'impegno e il coinvolgimento dei partecipanti hanno regalato tanta emozione e soprattutto per me che, malgrado da anni ormai mi trovi a parlare di frequente davanti al pubblico dei nostri congressi o alle riunioni con i dipendenti, vivo sempre con un po' di trepidazione il pormi davanti a centinaia di occhi che mi guardano e persone che ascoltano le mie parole, davvero intenso è stato il coinvolgimento e la partecipazione alla loro emozione.

Fra i tre concorrenti è stato poi votato il vincitore sommando il voto della giuria, composta dai membri dell'Exacone Team, dai Dott.ri Prem Nanda, Alessandro Leonida, Bernard Micheli, Arturo Fortini e dall'Odt. Massimiliano Pisa, ai voti del pubblico in sala espressi attraverso i loro smartphones.

Il verdetto ha nominato il Dott. Davide Montisci, della squadra dei Dott.ri Coppola e Russo, vincitore di questa prima edizione riconoscendone le ottime doti scientifiche ed espositive.

Realizzare questo concorso è stata una bella esperienza che sicuramente ha stimolato la competizione e ha evidenziato le capacità di tutti i concorrenti. Per noi poi è stata un'ottima opportunità per conoscere meglio professionisti che hanno apprezzato le caratteristiche del nostro impianto e lo utilizzano nel loro lavoro quotidiano con maestria e competenza.

Grazie di nuovo quindi a tutti con l'augurio di riuscire a realizzare la seconda edizione del contest Exacone Factor il prossimo anno con finale durante il congresso Exacone del 2019.



Dott. R. Pavan



Dott. A. Natale



Dott. D. Montisci

Elena Pozzi



Dott. M. Guerra, Dott. L. Targetti, Dott. F. Dell'Innocenti,
Dott. S. Belcastro, Dott.ssa I. Frezzato, Dott. L. Malin, Dott. J. Matuszak

Impianto 2.9: testimonial d'eccezione

pag. 4

Dott. R. Turrini

Rigenerazione ossea di un mascellare superiore edentulo e successiva riabilitazione con protesi avvitata

PAROLE CHIAVE

edentulia totale superiore, atrofia ossea, G.B.R., placche e viti da osteosintesi, membrana riassorbibile, impianto Max Stability, moncone per protesi avvitata, protesi avvitata, Toronto Bridge

pag. 13

Dott. N. Russo, Dott. D. Montisci, Dott. G. Coppola, Dott. M. Ciaravolo

Impianto post-estrattivo in zona estetica e contestuale rigenerazione della parete ossea vestibolare

PAROLE CHIAVE

post-estrattivo immediato, zona estetica, G.B.R., sostituto osseo sintetico, membrana riassorbibile, dente singolo, cementazione extra-orale, conservazione delle papille

pag. 26

Corsi di Implantologia 2018

pag. 38

Giornate dimostrative di pratica implantologica su paziente

pag. 39

Dott. R. Meli

Lunga vita senza vite per gli impianti Morse Taper

PAROLE CHIAVE

edentulia singola, zona molare, connessione con Morse, follow up, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali

pag. 40

Dott.ssa E. Vitale

Riabilitazione immediata con la tecnica All-on-Four

PAROLE CHIAVE

edentulia totale inferiore, All-on-Four, carico immediato, moncone per protesi avvitata, protesi avvitata, Toronto Bridge

pag. 49

Dott. G. Musiello, Dott. A. Palladino

Canino incluso: quando l'ortodonzia è impossibile, l'implantologia risolve

PAROLE CHIAVE

dente incluso, edentulia multipla, due impianti, sostituto osseo sintetico, follow up, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali, conservazione delle papille

pag. 59

Pubblicazioni scientifiche sul Sistema Implantare Leone

pag. 64

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 riutilizzo 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. Calenzano (FI)

IT-35-15/26



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

Impianto 2.9: testimonial d'eccezione



Non sempre l'area edentula presenta gli spazi e gli spessori idonei per l'inserimento di un impianto dentale. Nella zona degli incisivi inferiori la cresta ossea ha sovente uno spessore così esiguo da dover prendere in considerazione complesse tecniche di aumento osseo orizzontale e non di rado anche l'ipotesi di rinunciare alla terapia implantare. Nel caso delle agenesie degli incisivi superiori laterali lo spazio interdentale è talvolta molto ridotto anche dopo un lungo trattamento ortodontico.

Da oggi il professionista ha uno strumento in più: il nuovo impianto Leone Exacone® 2.9, con un diametro massimo di soli 2,9 mm, che consente di inserire un impianto in tutta sicurezza in situazioni in cui le creste e gli spazi sono estremamente limitati.

Nonostante le sue ridotte dimensioni i test meccanici a fatica effettuati in accordo alla norma ISO 14801 attestano una eccezionale resistenza al carico masticatorio (Test statico: 360 N - Test a fatica: 220 N) e dimostrano come l'impianto Exacone® 2.9 sia il più resistente e stabile della sua categoria.

L'impianto Exacone® 2.9 presenta tutte le principali caratteristiche della linea implantare Leone, in particolare la connessione autobloccante a cono Morse e il Platform Switching design, con tutti i noti vantaggi in termini di annullamento dei micro-gap e dei micromovimenti all'interfaccia impianto-moncone, mantenimento dell'osso crestale negli anni e di semplificazione e sicurezza protesica.

Per garantire una elevata stabilità primaria l'impianto Exacone® 2.9 dispone di un passo di filettatura ravvicinato e di un apice conico che permette la sottopreparazione per aumentare la stabilità primaria in osso morbido.

L'impianto Exacone® 2.9 non richiede alcuna componentistica chirurgica o protesica speciale: si utilizzano le solite frese del kit chirurgico Leone e l'intera gamma di tappi di guarigione, transfer e monconi codificati in codice colore verde.

Di seguito presentiamo alcune testimonianze delle prime significative esperienze con il nuovo impianto Leone 2.9.



“ I cambiamenti sono desiderati, ricercati, ma al tempo stesso, sono paradossalmente temuti e allontanati. Il 2.9 lo stavo aspettando. ”

Dott. MARIO GUERRA

Coordinatore di branca per l'Odontoiatria
USL Umbria 1 Perugia

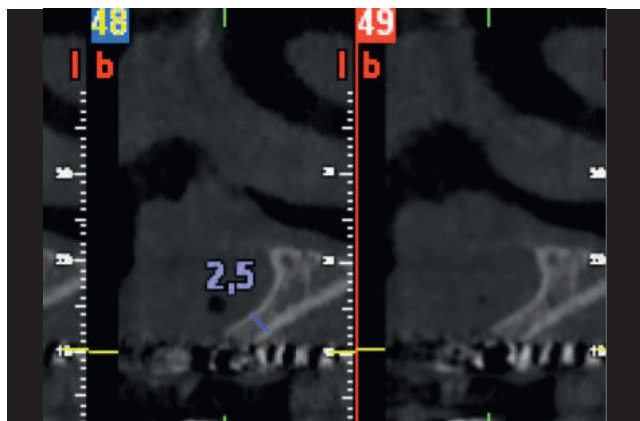


Fig. 1 - Deficit orizzontale importante

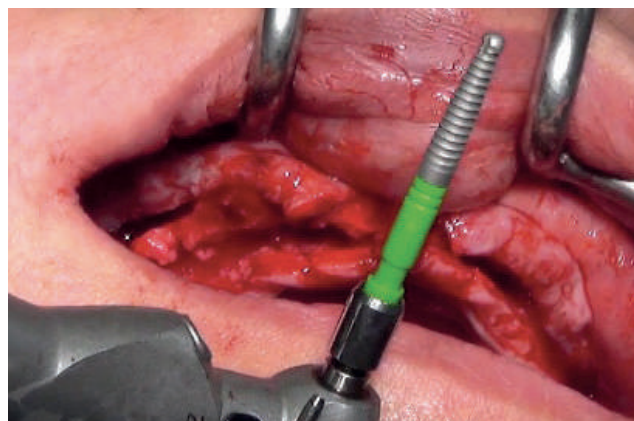


Fig. 2 - Con il 2.9 si evita l'espansione di cresta

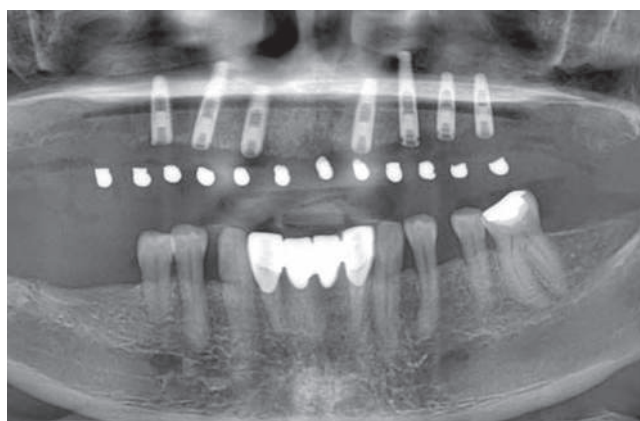


Fig. 3 - N°7 impianti 2.9 per una riabilitazione full arch



Fig. 4 - Il sorriso della paziente è la soddisfazione del professionista



“ Come lavorare semplicemente in un caso, altrimenti piuttosto complesso. (Split crest obbligatorio) ”

Dott. LEONARDO TARGETTI

Libero professionista a Firenze

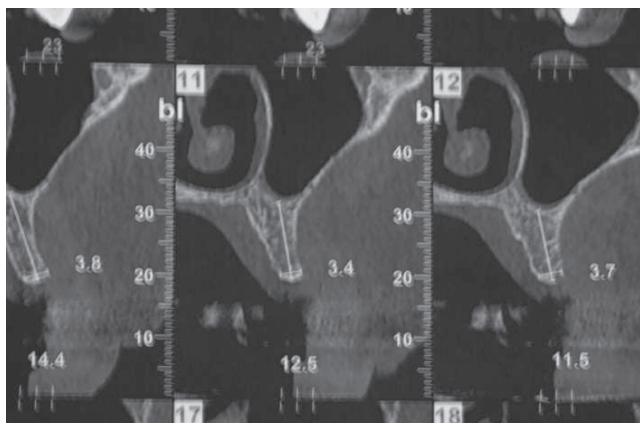


Fig. 1 - CBCT sezione tridimensionale; si evidenzia la scarsa quantità ossea in senso trasversale

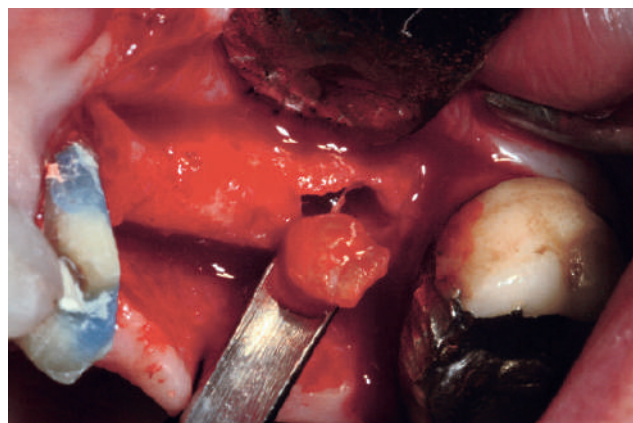


Fig. 2 - Visione della cresta ossea; viene rimosso un piccolo frammento radicolare

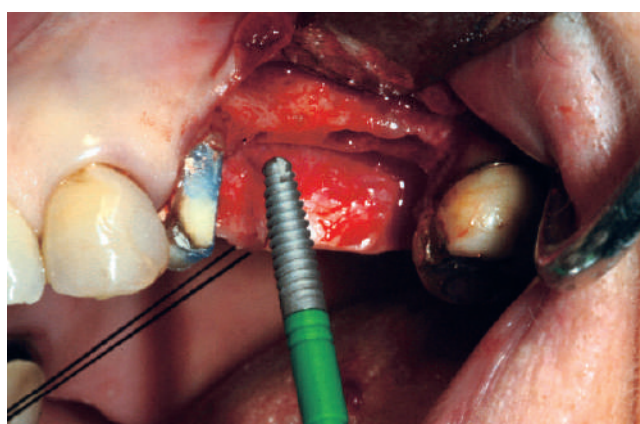


Fig. 3 - Inserimento di due impianti 2.9x12 mm

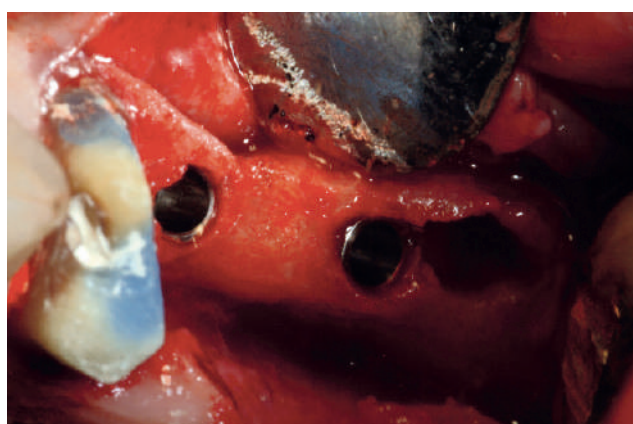


Fig. 4 - Impianti in sede; grazie al diametro estremamente piccolo dell'impianto 2.9 lo spessore della corticale ossea vestibolare e palatale risulta idoneo



“ Osteointegrazione e stabilità di connessione anche nel piccolo diametro ... aumentano le opportunità cliniche. ”

Dott. FABRIZIO DELL'INNOCENTI

Libero professionista a Ponsacco (PI)

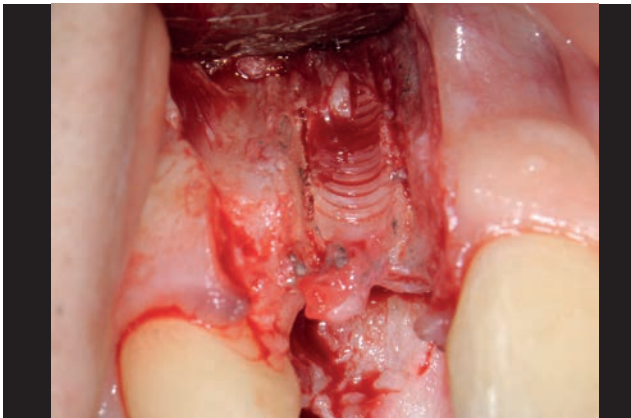


Fig. 1 - Deiscenza ossea dopo la perdita di un impianto

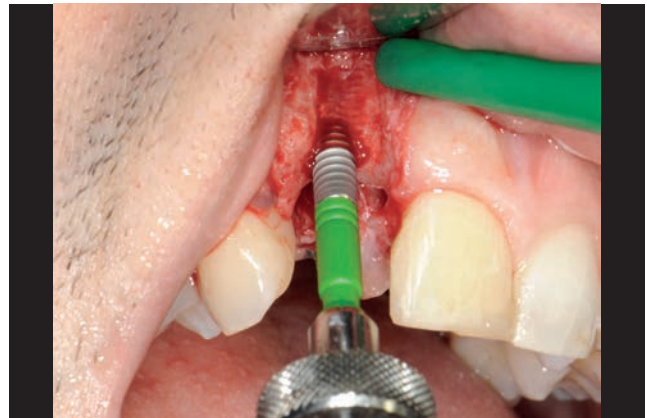


Fig. 2 - Perforazione ed inserimento di impianto 2.9x14 mm nell'esiguo spessore osseo residuo



Fig. 3 - Allettamento completo dell'impianto 2.9x14 mm con tappo di guarigione standard 1,5 mm

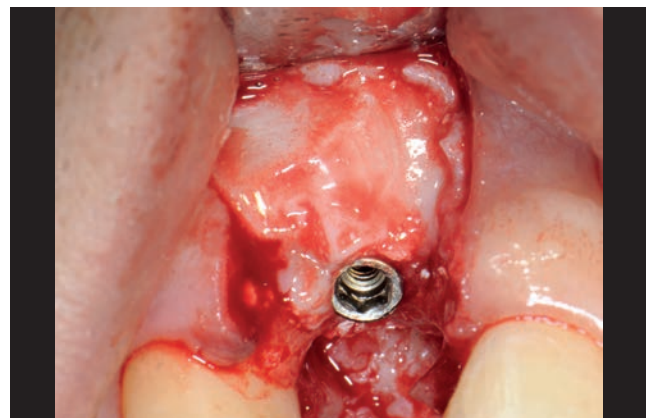


Fig. 4 - Rigenerazione ossea con biomateriale



“ Un’arma in più
per affrontare le atrofie ossee
nell’ottica della chirurgia mini-invasiva ”

Dott. SALVATORE BELCASTRO

Libero professionista a Perugia

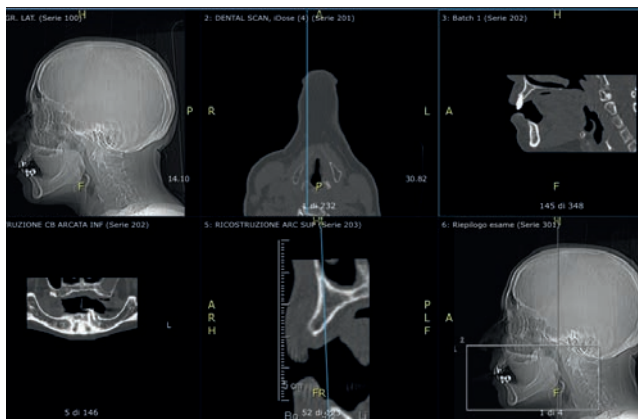


Fig. 1 - CBCT: importante carenza negli spessori ossei dell'arcata superiore

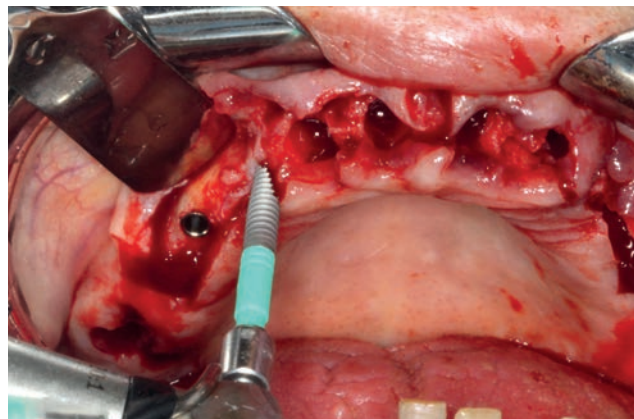


Fig. 2 - Inserimento di un impianto 2.9x14

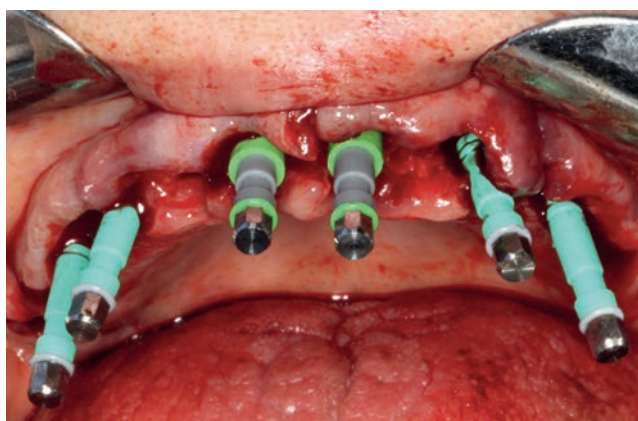


Fig. 3 - Impianti inseriti:
2.9x12, 2.9x14, 3.3x12, 3.3x12, 2.9x14, 2.9x12

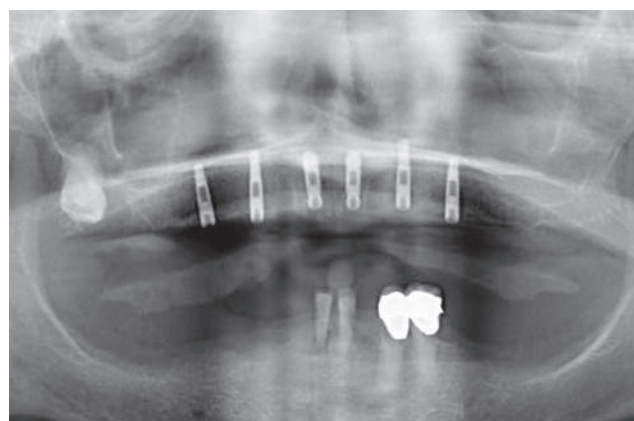


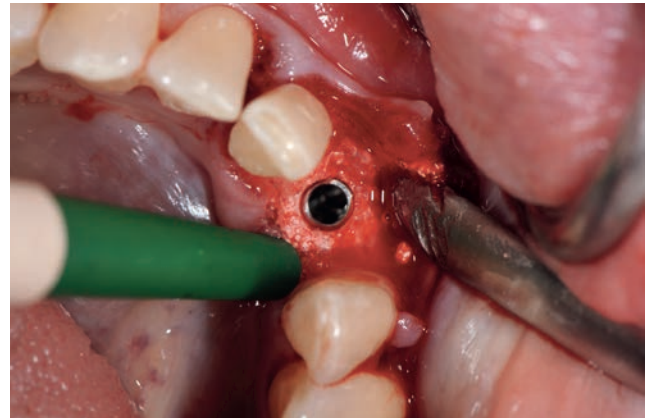
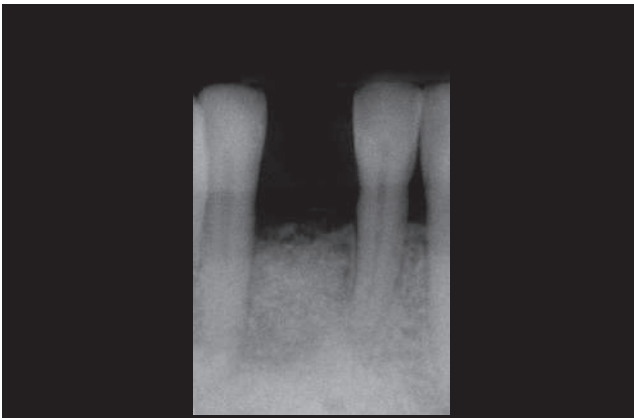
Fig. 4 - OPT di controllo con impianti inseriti: tecnica sommersa



“ Il rispetto delle distanze è fondamentale per la costituzione di una corretta ampiezza biologica implantare. In un sito monoedentulo rigenerato (ridge preservation) otteniamo un ripristino volumetrico idoneo alla formazione dell'ampiezza biologica nella dimensione bucco-linguale, ma la distanza interdentale rimane costante. Solo un diametro implantare ridotto permette il rispetto di idonea distanza trasversale dente-impianto-dente, necessaria alla formazione dell'ampiezza biologica nella componente trasversale. ”

Dott.ssa IRENE FREZZATO

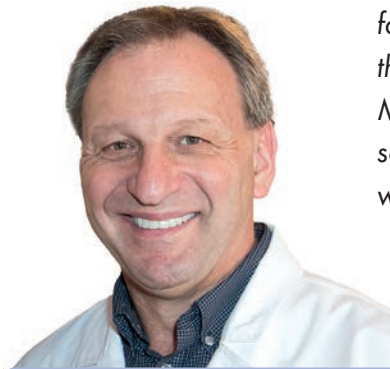
Libero professionista a Rovigo



Figg. 1, 2 - Monoedentulia del 41 a 5 mesi dalla ridge preservation. Il sito rigenerato mostra una distanza bucco-linguale idonea all'inserimento di un impianto anche di diametro standard. La distanza interdentale è però fissa. Un diametro implantare ridotto aumenta la distanza dente-impianto favorendo la formazione della componente trasversale della ampiezza biologica



Figg. 3, 4 - Finalizzazione della riabilitazione implanto-protetica della monoedentulia 41. Integrazione estetica e funzionale della protesi. Il biomateriale è in via di organizzazione



“Leone 2.9 implant is the ideal implant and implant system for these clinical situations because of the small diameter implant body, the strength of the connection with no abutments screw. Moreover, the platform switched implant allows for more soft tissue space and reduces the risk of tissue strangulation when the implants are restored.”

“Grazie al ridotto diametro del corpo implantare, alla resistenza della connessione e all'assenza di una vite di connessione, l'impianto Leone 2.9 è l'impianto e il sistema implantare ideale per queste situazioni cliniche. La geometria con Platform Switching offre inoltre più spazio al tessuto molle e riduce il rischio di schiacciamento dei tessuti nel momento dell'applicazione della protesi.”

Dott. LEO MALIN

Libero professionista a La Crosse Wisconsin
Implant Director Las Vegas Institute for Advanced Dental Studies Las Vegas Nevada, USA



Fig. 1 - Agenesia degli incisivi laterali superiori. L'immagine bidimensionale dell'ortopanoramica dopo il trattamento ortodontico mostra che lo spazio disponibile per l'inserimento di impianti è molto piccolo

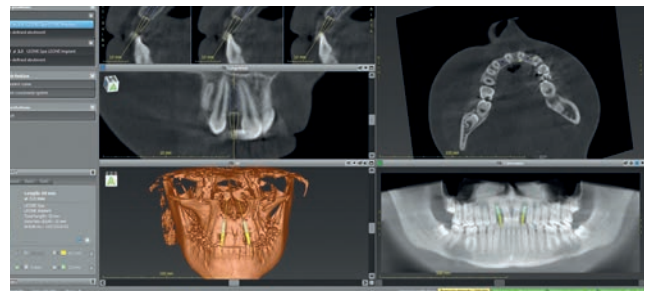


Fig. 2 - L'esame Cone Beam offre una visione tridimensionale della situazione; il software di pianificazione evidenzia che gli impianti Leone da 3,3 mm sono troppo grandi per lo spazio disponibile. La scelta ideale sono gli impianti Leone di 2,9 mm di diametro

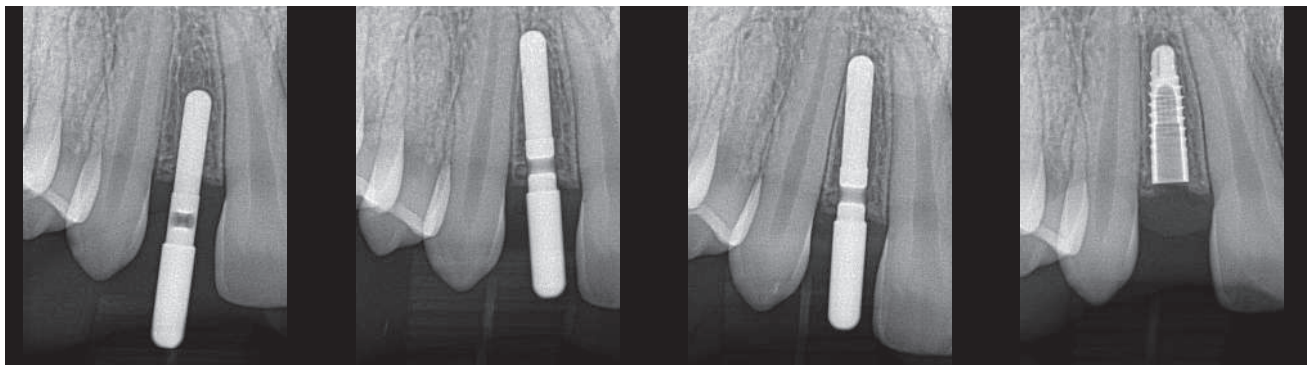


Fig. 3 - Incisivo laterale superiore di destra: il pin di parallelismo è utilizzato per valutare il sito chirurgico in modo da correggerlo e inserire l'impianto nella posizione ottimale



Fig. 4 - Preparazione del sito e inserimento impianto in zona incisivo laterale superiore di sinistra. L'impianto Leone 2.9 ci ha permesso l'inserimento di impianti in questi due siti dove non sarebbe stato possibile usare impianti di diametro maggiore



“ I have found Leone 2.9 implant as extremely useful in indications it has. Initial stability is fantastic. It is absolutely sample of power of simplicity with big mechanical strength connected with saving time because of real Morse Taper connection. For me it is absolutely must have in my practice now. ”

“Ritengo che l’impianto 2.9 Leone sia estremamente utile nelle sue indicazioni. La stabilità primaria è straordinaria. Grazie alla vera connessione a cono Morse offre un’elevata resistenza meccanica e un considerevole risparmio di tempo di lavoro: un esempio della forza della semplicità. Oggi per me è un *must* averlo nel mio studio.”

Doft. JAROSLAW MATUSZAK

Libero professionista a Mierzyn, Polonia

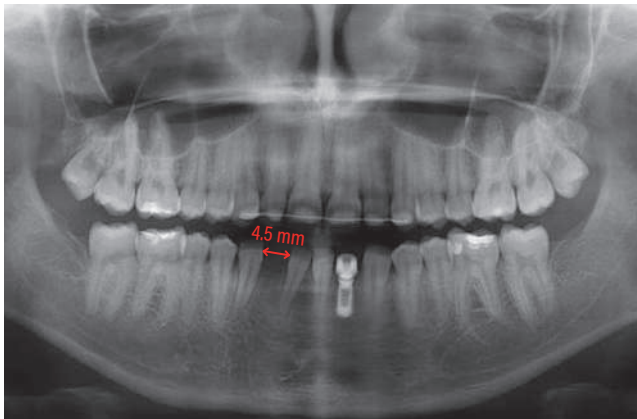


Fig. 1 - Agenesia dell’incisivo laterale inferiore. Dopo il trattamento ortodontico lo spazio interdentale era di soli 4,5 mm. Si è pianificato l’inserimento di un impianto Leone 2.9

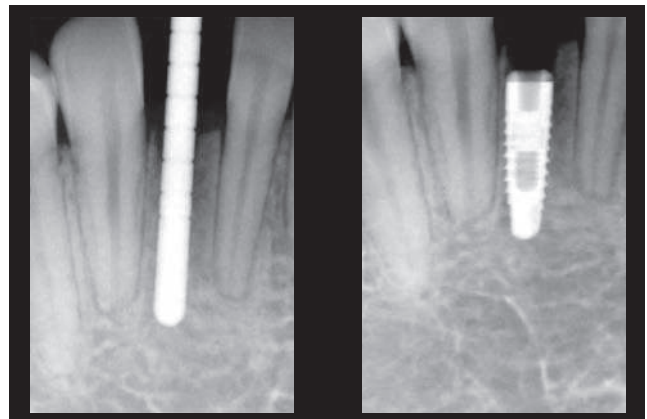


Fig. 2 - Per via dello spazio molto limitato si è optato per un posizionamento sottocrestale dell’impianto



Fig. 3 - 1 settimana dopo la consegna della corona definitiva, cementata extra-oralmente su un moncone MultiTech



Fig. 4 - Ortopantomografia dopo la consegna e applicazione di un retainer ortodontico

EXACONE® 2.9

Minima invasività
Massima affidabilità

IMPIANTO Ø 2,9 mm

Indicato per creste e spazi interdentali limitati:

- Incisivi laterali superiori
- Incisivi centrali e laterali inferiori

SUPERFICIE HRS MICROSABBIATA

Rugosità media $\approx 1,0 \mu\text{m}$

APICE CONICO

Migliora la capacità di penetrazione

ECCEZIONALE RESISTENZA MECCANICA A FATICA

Grazie alla connessione Exacone® ed al titanio grado medicale 5

INNOVATIVO DESIGN DELLA FILETTATURA

Stabilità primaria aumentata, ottimo per il carico immediato

Leone S.p.a.

Via P. a Quaracchi 50
50019 Sesto Fiorentino | Firenze | Italia

Ufficio Vendite Italia:

tel. 055.3044600 | fax 055.374808
italia@leone.it | www.leone.it



Ortodonzia e Implantologia

Rigenerazione ossea di un mascellare superiore edentulo e successiva riabilitazione con protesi avvitata

Dott. Renato Turrini
Libero professionista a Massarosa (LU)

PAROLE CHIAVE

edentulia totale superiore, atrofia ossea, G.B.R., placche e viti da osteosintesi, membrana riassorbibile, impianto Max Stability, moncone per protesi avvitata, protesi avvitata, Toronto Bridge

Paziente di 65 anni portatore da diversi anni di protesi totale superiore e inferiore. Si presenta in studio con la richiesta ben precisa di sostituire la dentiera superiore con una protesi non rimovibile.

All'anamnesi il paziente non presenta patologie di nessun tipo, non fumatore, dichiara soltanto di assumere farmaco anti-ipertensivo.

Eseguo come primo approccio un esame Cone Beam nel mio studio per valutare in modo dettagliato la struttura ossea a disposizione (Fig. 1, 2), e faccio le classiche impronte nelle arcate in alginato e le foto con e senza protesi in posizione. Si evidenzia radiograficamente una scarsa quantità e qualità ossea al fine di inserire con un solo intervento le fixture implantari. L'odontotecnico con le impronte e dopo ceratura diagnostica crea una mascherina in resina per completare la valutazione protesica (Fig. 3).

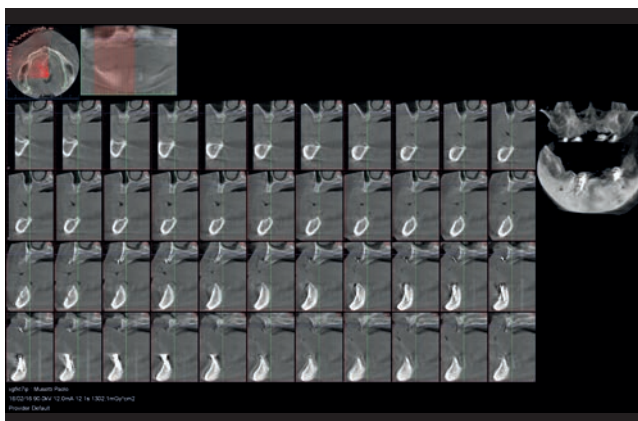


Fig. 1

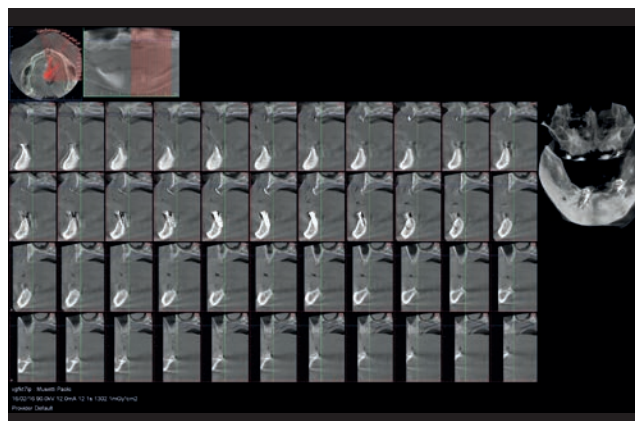


Fig. 2



Fig. 3

Emerge che questo caso necessita di una rigenerazione importante, così decido di utilizzare una tecnica con placche bloccate con viti di osteosintesi e membrane riassorbibili fermate da chiodini. Tramite i file DICOM dell'esame Cone Beam faccio stampare un modello stereolitografico del mascellare superiore (Figg. 4,5) su cui posso lavorare manualmente adattando le placche alla struttura presente, precurvandole e modellandole al fine di simulare in modo preciso e dettagliato l'intervento. Progettazione software e studio protesico sono gli elementi basilari per ottimizzare tutti i casi implanto-protetici.

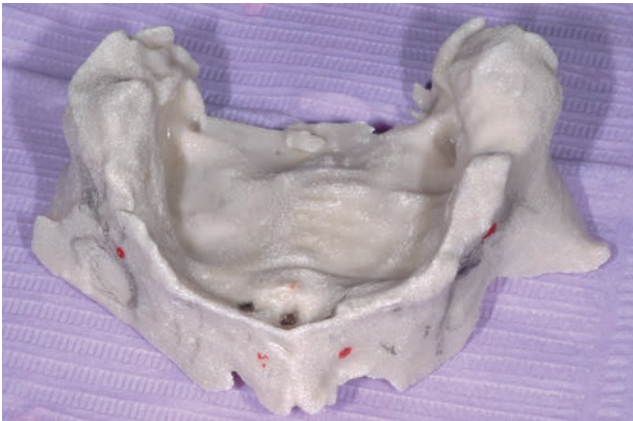


Fig. 4



Fig. 5

Decido quindi di eseguire un piano chirurgico in due tempi: prima rigenero e dopo 6-9 mesi impianti e protesi tipo Toronto Bridge perché non riuscirò a ripristinare la grave atrofia ossea verticale e a correggere senza resina rosa il rapporto intermascellare.

Il primo intervento viene eseguito nel seguente modo:

- incisione a tutto spessore del tessuto mucoso dalla zona tuber dx a tuber sx (Fig. 6);

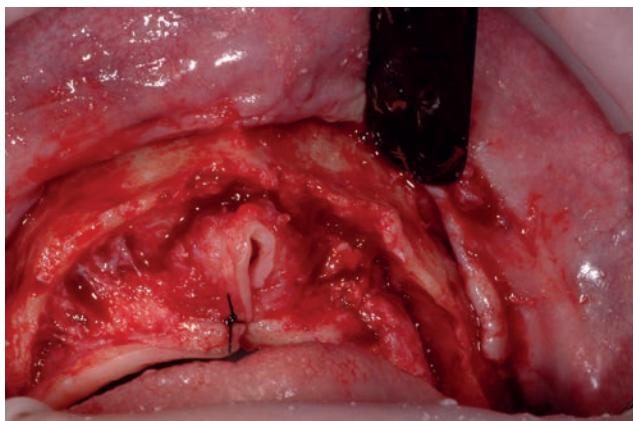


Fig. 6

- prelievo del tessuto osseo con pinza ossivora e Safescraper dalla spina nasale e dai tuber (Figg. 7-10) al fine di ottenere un rapporto tra osso del paziente e osso sintetico del 50%. Nei casi in cui l'osso prelevato dalla spina nasale e dai tuber non fosse sufficiente, eseguo un'incisione in zona retromandibolare inferiore, che nella mia routine rimane la più usata, ma che ovviamente comporta una doppia apertura con conseguente maggiore discomfort per il paziente;

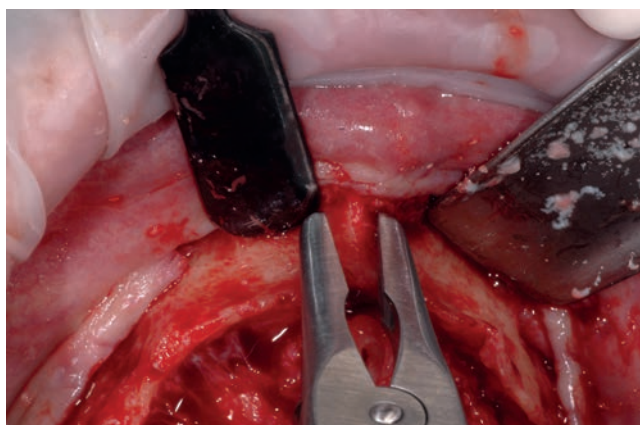


Fig. 7

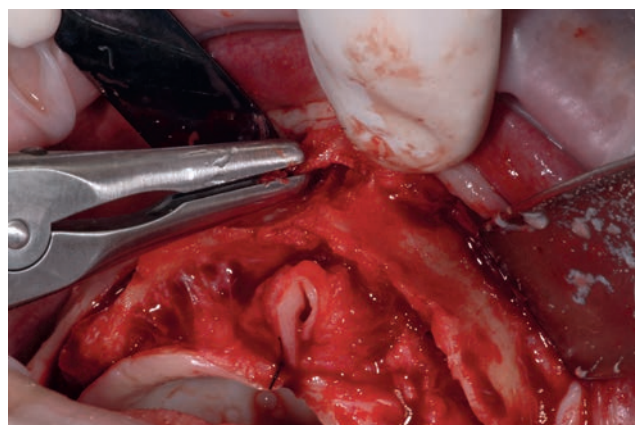


Fig. 8

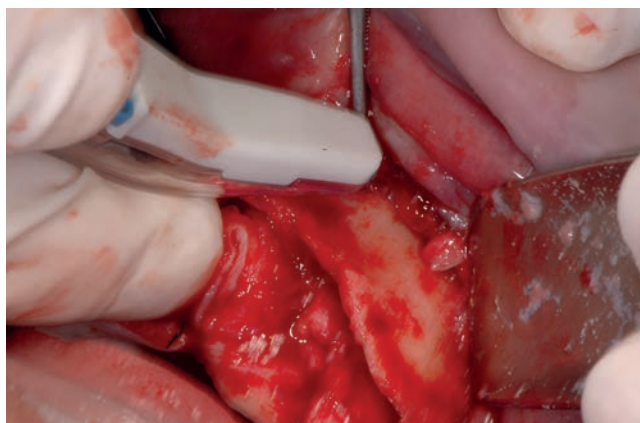


Fig. 9

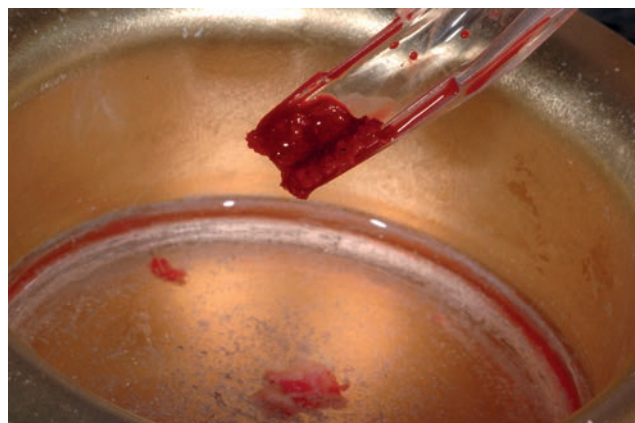


Fig. 10

- preparazione del sito ricevente, eliminando ogni frustolo osseo utilizzando una fresa a palla (Fig. 11) e lavaggio con fisiologica e Rifocin antibiotico;
- fissaggio delle placche (precedentemente preparate sul modello 3D e sterilizzate) con 2 viti di osteosintesi alle estremità distale e mesiale (Figg. 12-14). La foto 14 evidenzia lo spessore orizzontale che si viene a creare per l'innesto osseo;

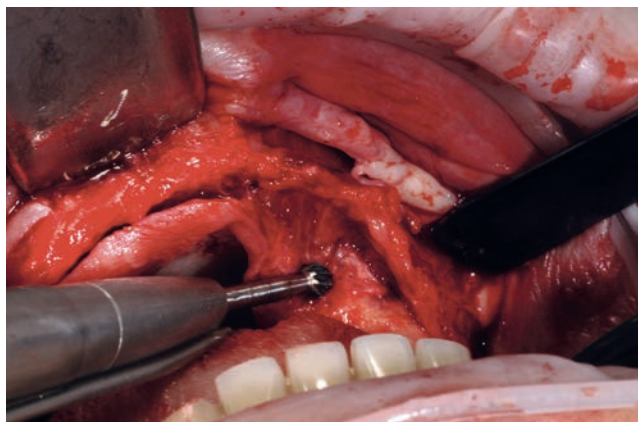


Fig. 11

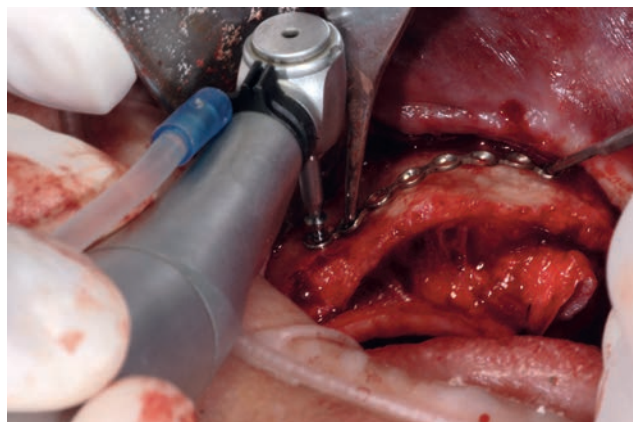


Fig. 12

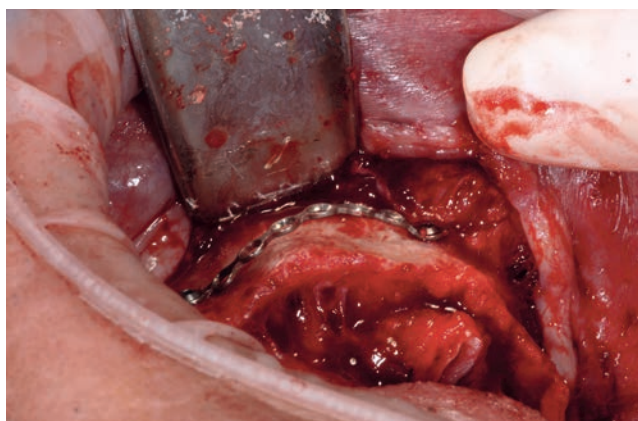


Fig. 13

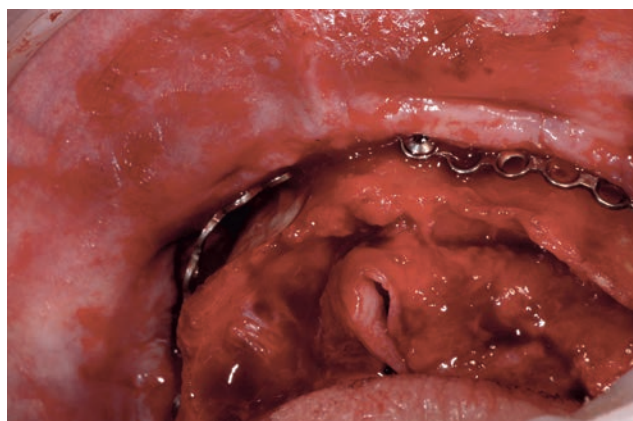


Fig. 14

- ritaglio della membrana riassorbibile con l'ausilio di un cartoncino disegnato sempre sul modello 3D e fissaggio della membrana con i chiodini usando l'apposito inseritore e il martelletto (Figg. 15-17);



Fig. 15



Fig. 16

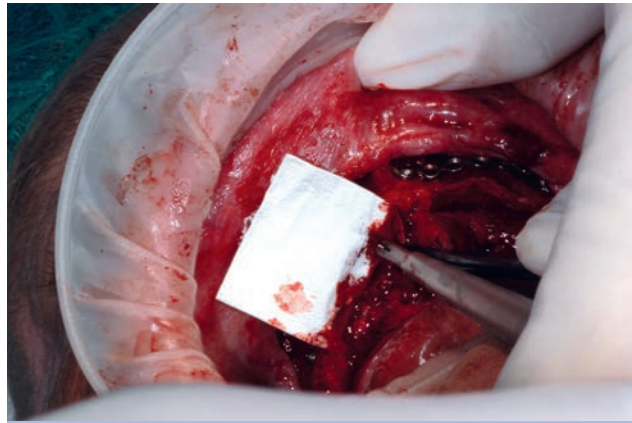


Fig. 17

- decorticalizzazione nella zona ricevente con fresa a fessura al tungsteno per favorire l'apporto ematico (Fig. 18);
- posizionamento dell'innesto preparato (Figg. 19-21);

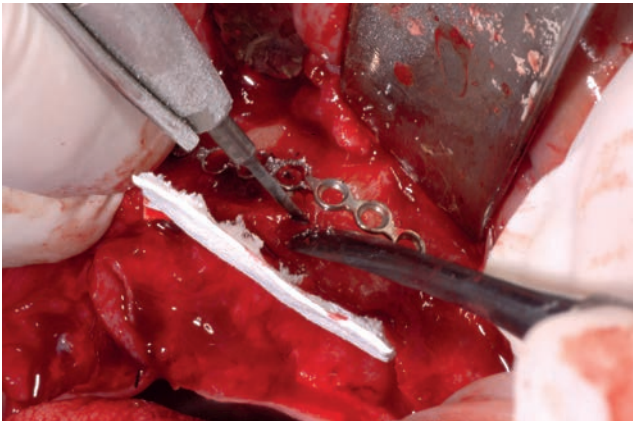


Fig. 18



Fig. 19

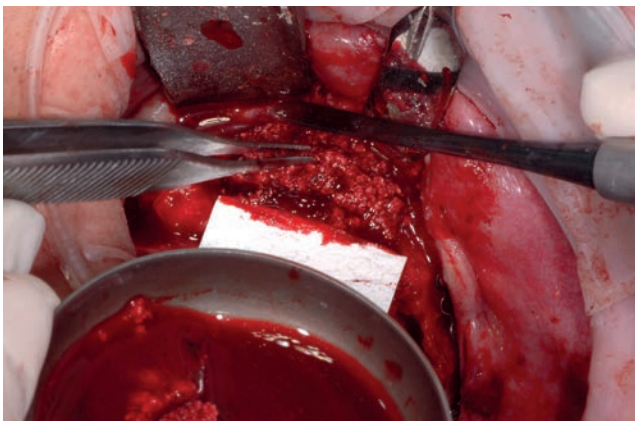


Fig. 20

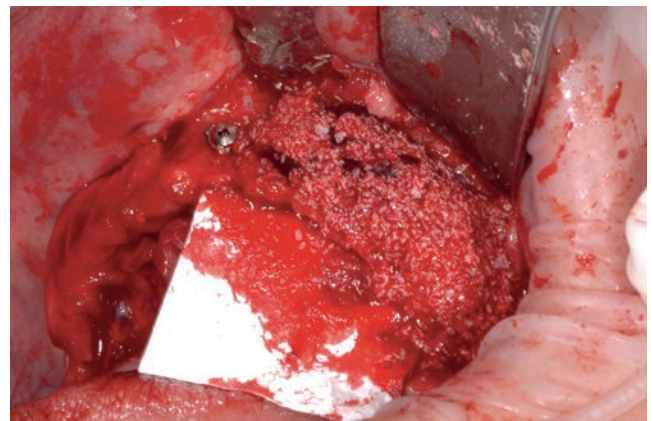


Fig. 21

- ribaltamento della membrana vestibolarmente e ancoraggio al fine di ottenere un sigillo completo e soprattutto immobile. Condizione questa "sine qua non" per la stabilizzazione del coagulo e di conseguenza la formazione di nuova sostanza ossea (Figg. 22, 23);

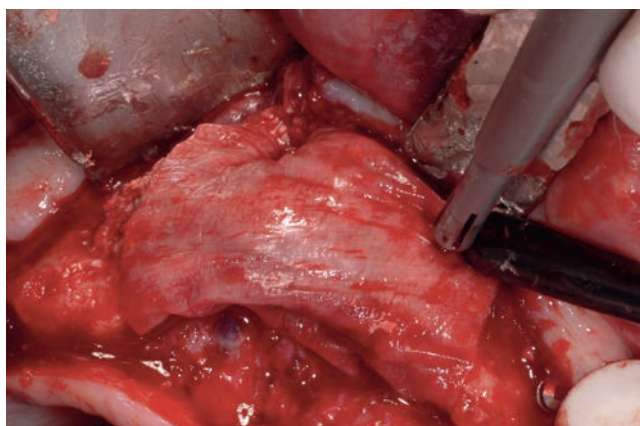


Fig. 22

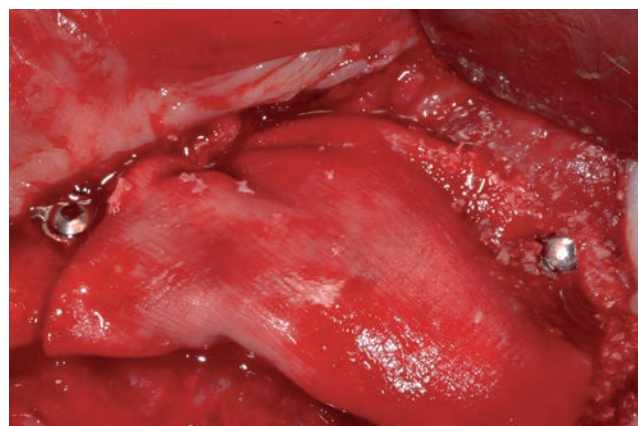


Fig. 23

- incisione a spessore parziale della mucosa con bisturi al fine di ottenere tessuto mucoso per chiudere per prima intenzione. Il lembo deve essere completamente passivo, non ci devono essere tensioni di nessun tipo, perché una deiscenza può creare infezione e una perdita dell'innesto;
- inserimento da entrambi i lati di Mucoderm per aumentare la quantità di gengiva aderente (Figg. 24, 25);
- sutura a due linee, dapprima una doppia sutura a materassino incrociato e successivamente una a punti staccati (Fig. 26).

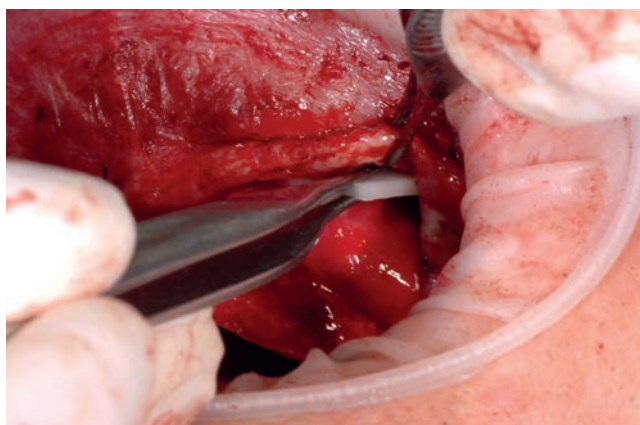


Fig. 24

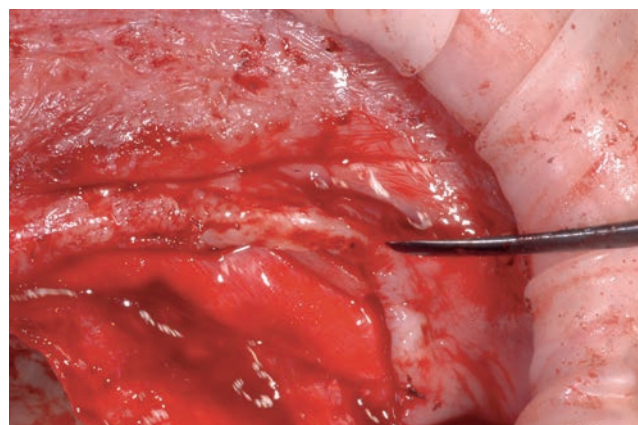


Fig. 25



Fig. 26

Al paziente è stata prescritta una terapia antibiotica con amoxicillina e acido clavulanico dal giorno precedente l'intervento e per 5 giorni dopo l'intervento oltre ad una terapia cortisonica con Medrol 16mg 1 al dì per 3 giorni: 1/2 al dì per 3 giorni successivi, antidolorifico e ghiaccio. Per due settimane successive all'intervento il paziente non porta nessun tipo di provvisorio. Dopo la rimozione dei punti consegno una protesi totale ricavata dalla ceratura diagnostica che simula già l'estetica finale; la protesi è stata fatta senza flangia vestibolare in modo da non aver forze di compressione sull'innesto e ribasata con materiale morbido che viene sostituito periodicamente ai controlli. Il mio fine è quello di ottenere una rigenerazione ossea orizzontale; non mi aspetto certo di ricreare una nuova verticalità ossea non essendoci i requisiti anatomici e biologici indispensabili.

Dopo 9 mesi (Fig. 27) eseguo un esame 3D di controllo (Figg. 28-30) e passo al secondo intervento.



Fig. 27

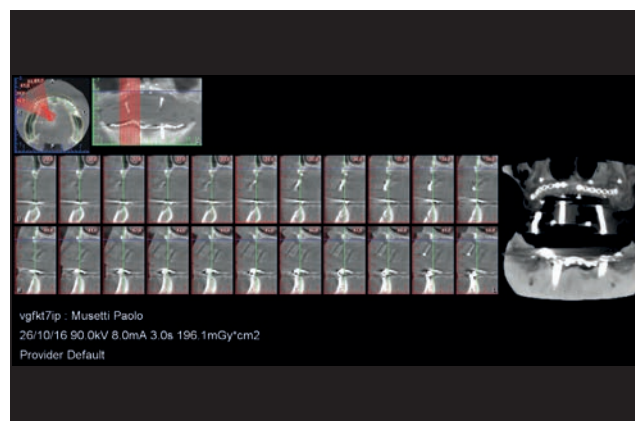


Fig. 28

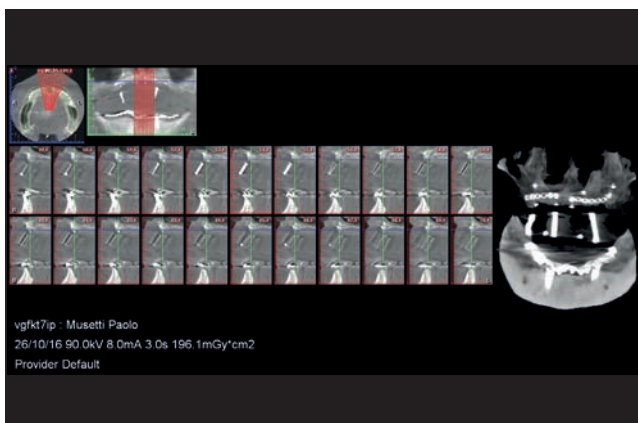


Fig. 29

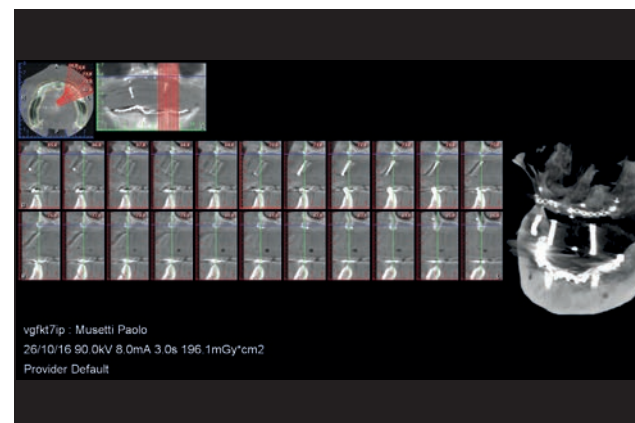


Fig. 30

Riapro il lembo, tolgo le viti e le placche di osteosintesi e inserisco 6 impianti Max Stability come da progetto. La mascherina in resina viene utilizzata per ritrovare le posizioni implantari pianificate; i fori implantari sono stati eseguiti con inserti piezoelettrici e osteotomi (Figg. 31-53).

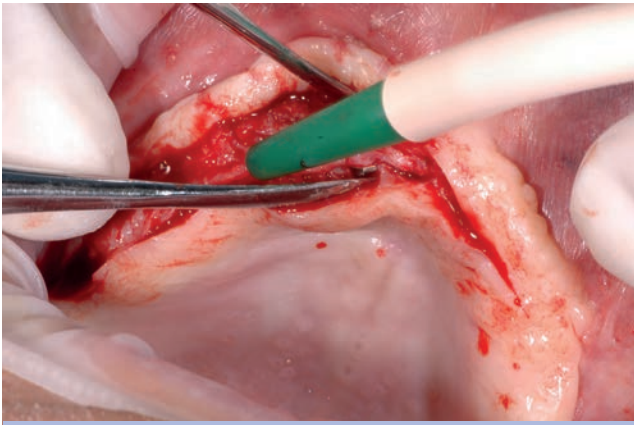


Fig. 31-34 - Riapertura e rimozione delle viti di osteosintesi e delle placche sul lato destro

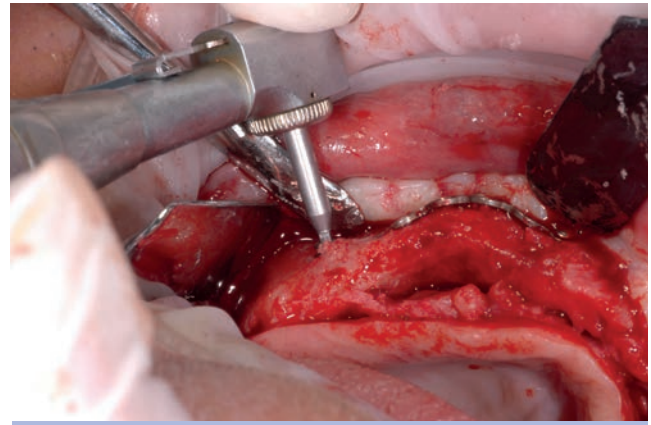


Fig. 32

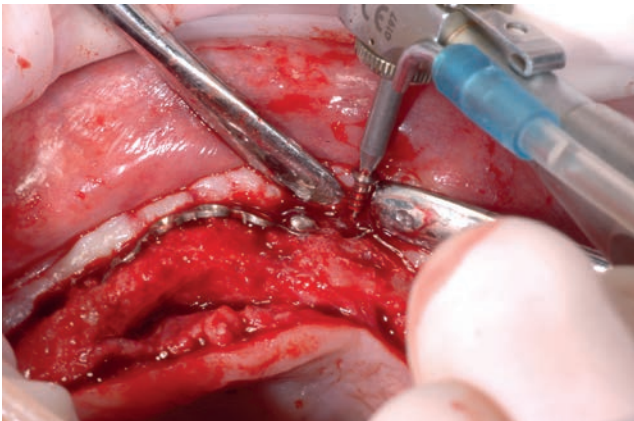


Fig. 33

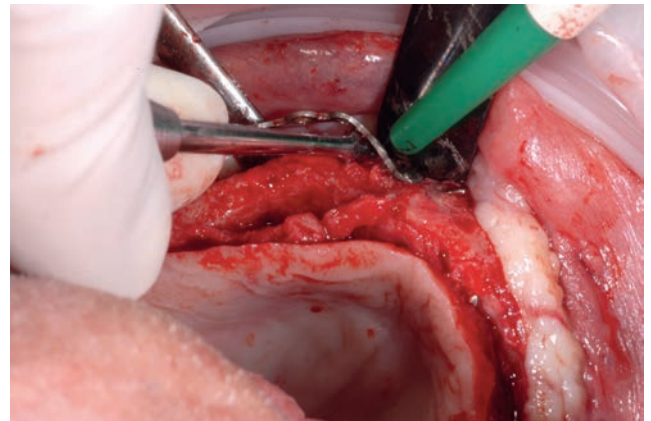


Fig. 34

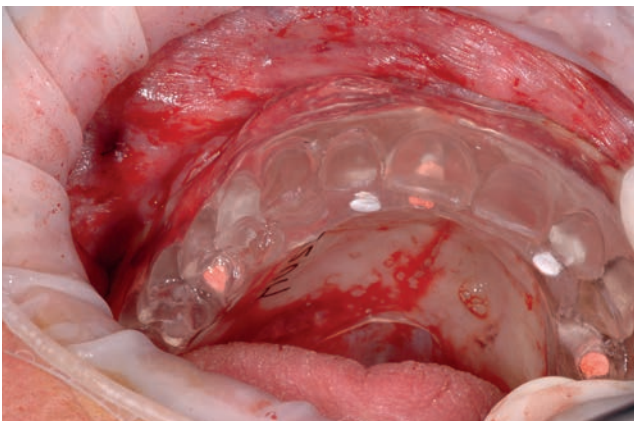


Fig. 35 - Uso della mascherina in resina per ritrovare le posizioni implantari pianificate

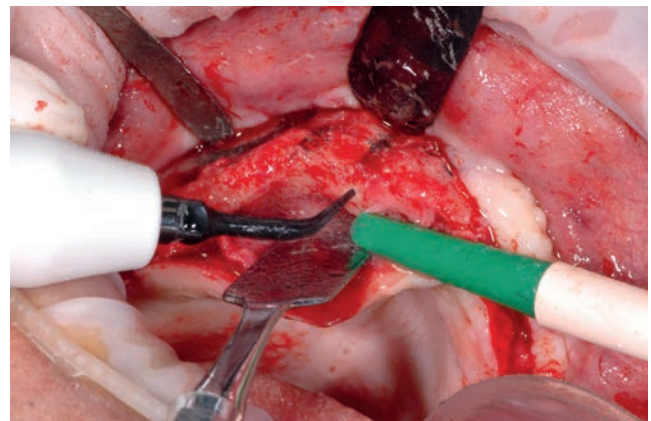


Fig. 36-39 - Preparazione del sito in posizione 12 e inserimento del primo impianto Max Stability Ø 3,75

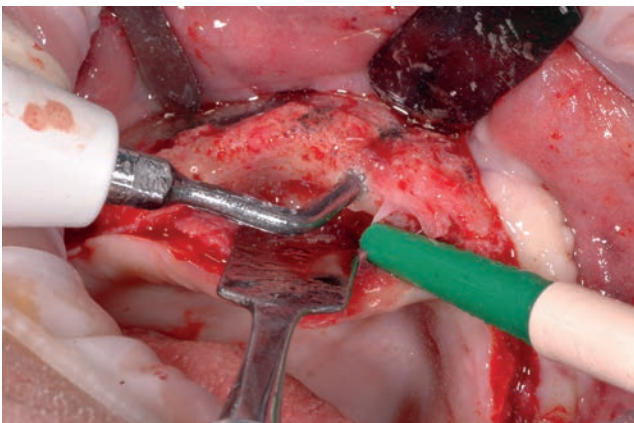


Fig. 37

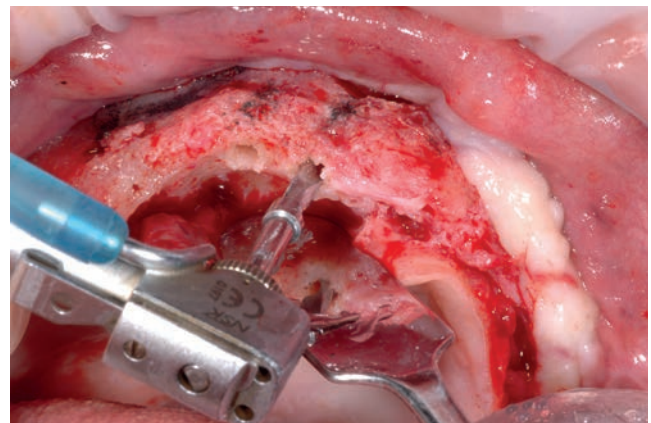


Fig. 38

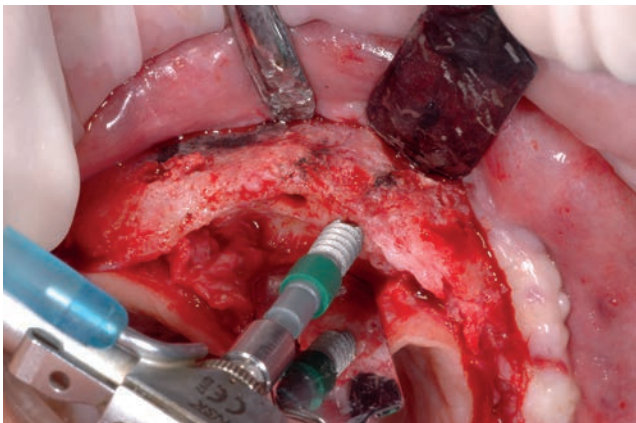


Fig. 39

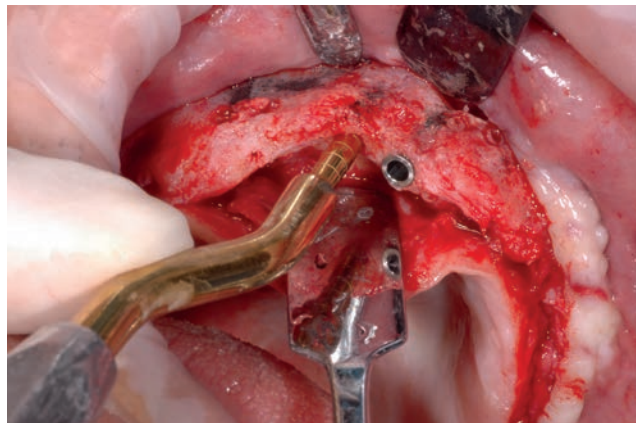


Fig. 40-44 - Preparazione di altri due siti implantari sul lato di destra e inserimento di impianti Max Stability Ø 3,75

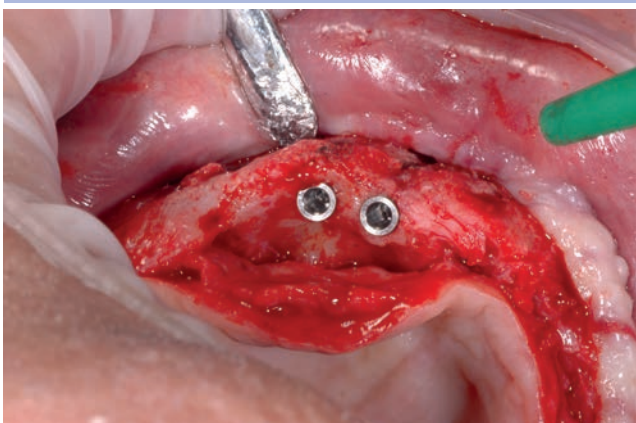


Fig. 41

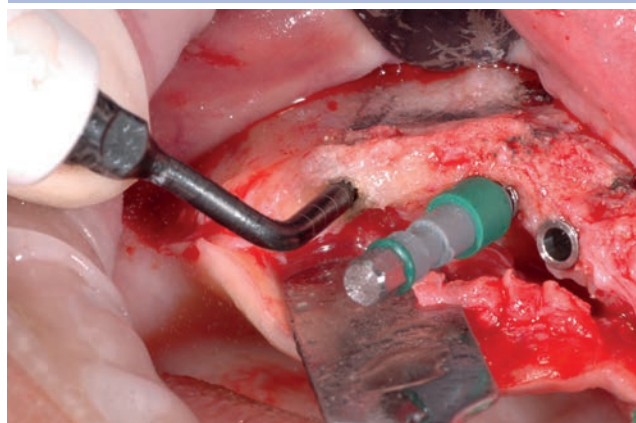


Fig. 42

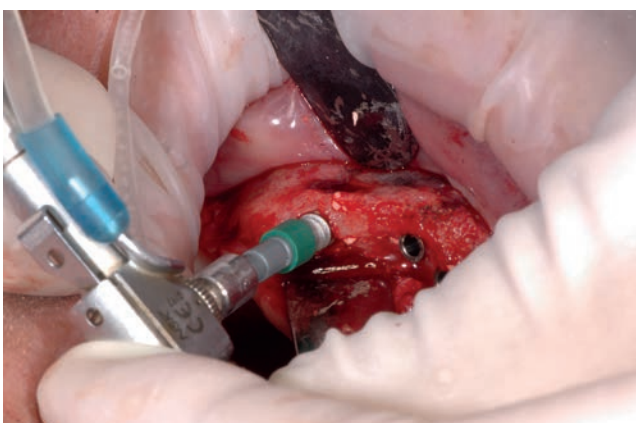


Fig. 43



Fig. 44

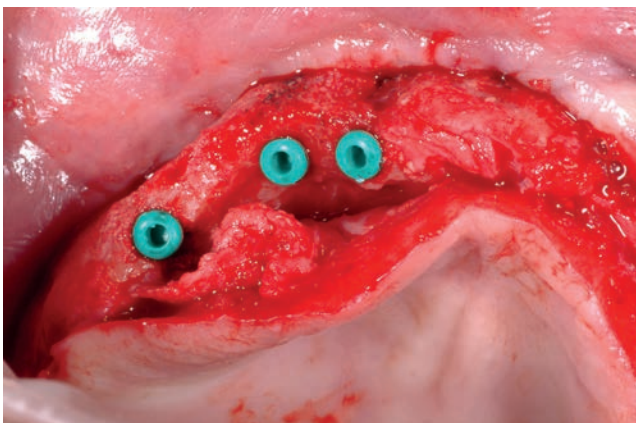


Fig. 45 - Applicazione dei tappi di chiusura in biopolimero

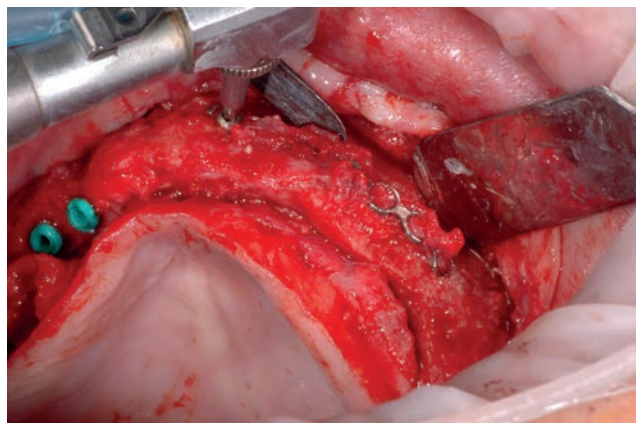


Fig. 46, 47 - Rimozione delle viti di osteosintesi e delle placche sul lato di sinistra

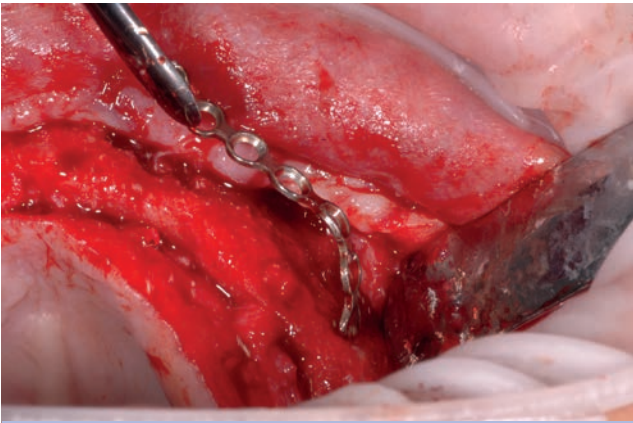


Fig. 47

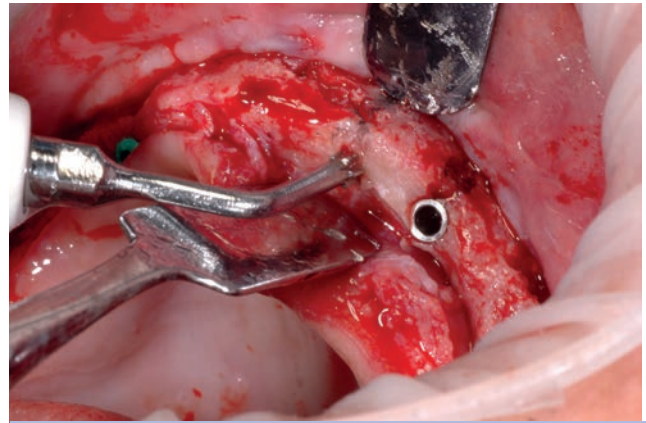


Fig. 48-51 - Preparazione di tre siti implantari sul lato di sinistra e inserimento di impianti Max Stability Ø 3,75

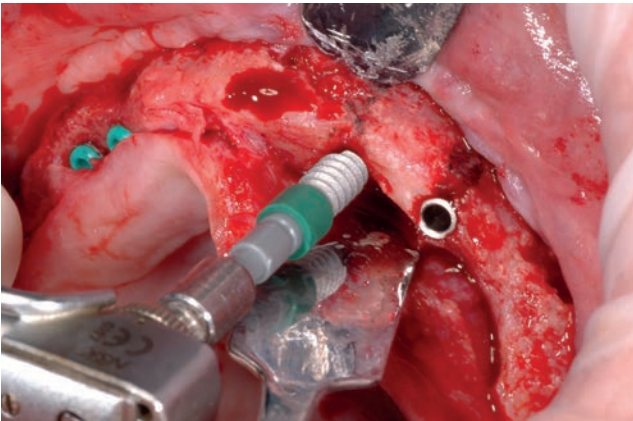


Fig. 49

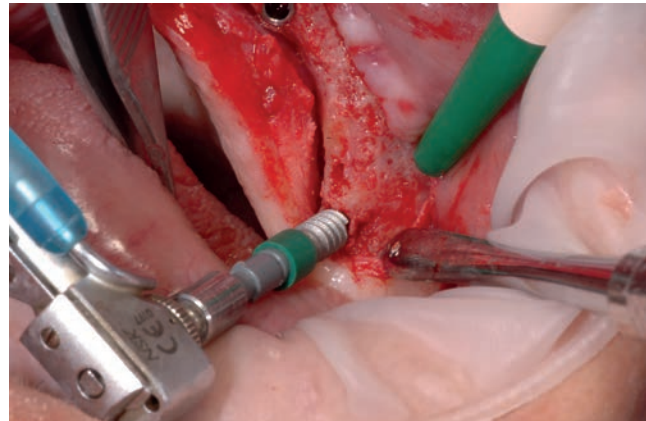


Fig. 50

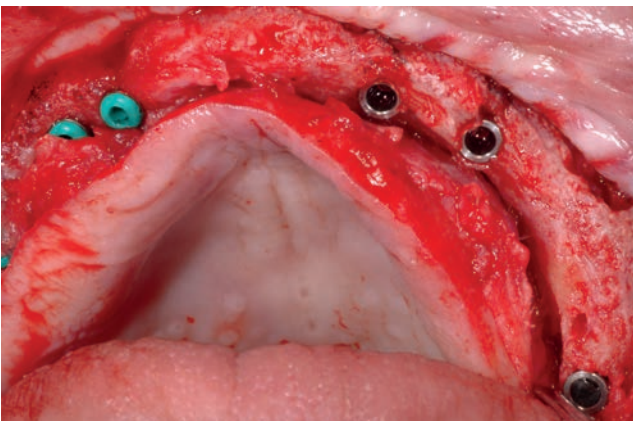


Fig. 51

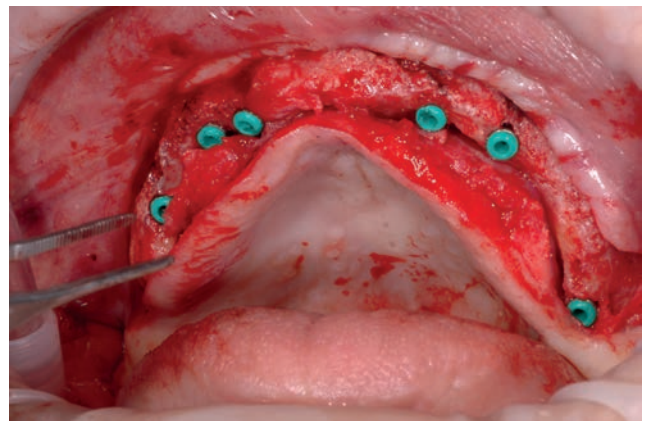


Fig. 52 - Applicazione dei tappi di chiusura in biopolimero



Fig. 53 - Sutura

Attendo 4 mesi per l'osteointegrazione e inserisco i monconi per protesi avvitata, adattandoli uno ad uno alle fixturre implantari, li incono con l'apposito percussore ed eseguo delle radiografie di controllo (Figg. 54, 55). Prendo l'impronta definitiva con i transfer per monconi per protesi avvitata ed installo le cuffie di protezione sui monconi.

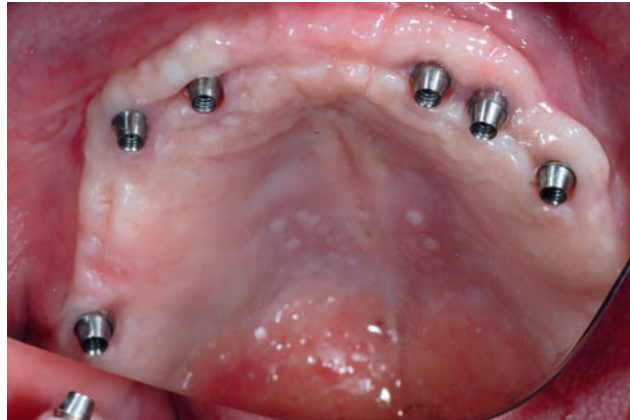
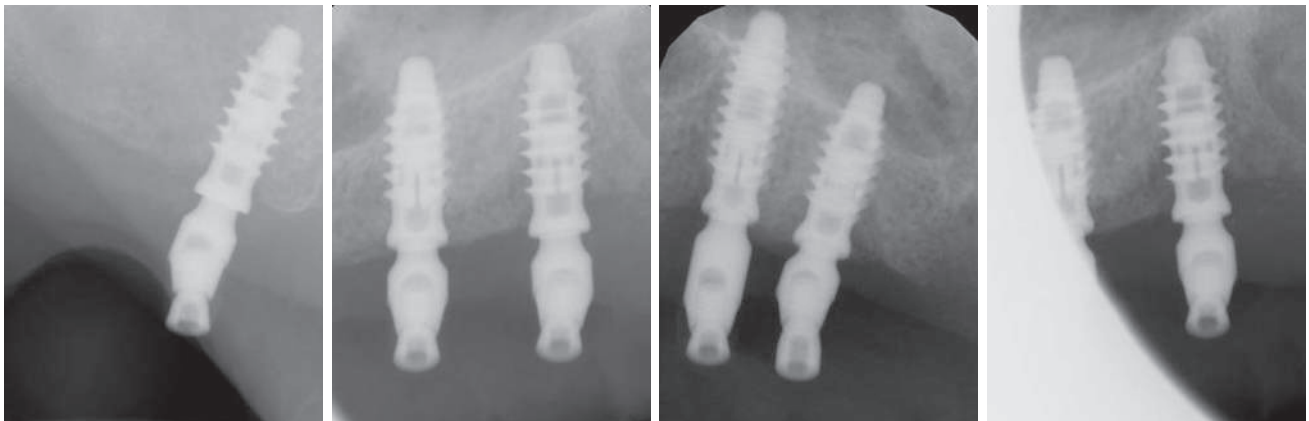


Fig. 54



Figg. 55a-d

Inizia la parte protesica odontotecnica. Il tecnico cola il modello con gli appositi analoghi da gesso per monconi per protesi avvitata (Fig. 56). Duplica sul modello la protesi totale provvisoria che servirà da guida per la realizzazione del manufatto definitivo e crea sulle cappette in titanio una struttura in cromo cobalto fissata con saldatura laser.

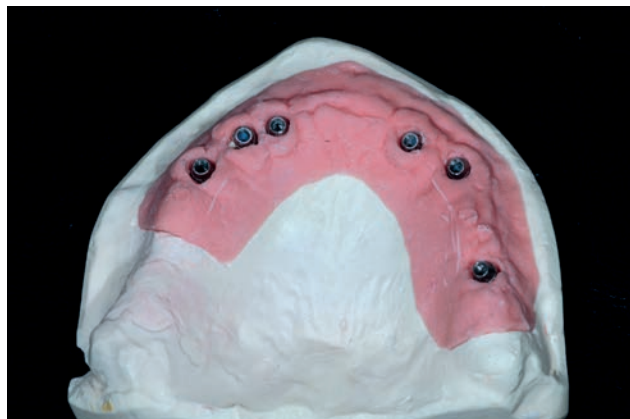


Fig. 56

Verifico in studio la passività della struttura metallica con il test di Sheffield e mi accerto che tutte le viti arrivino a fine corsa senza nessun tipo di trazione. Solo dopo questa verifica si procede con la realizzazione della protesi definitiva con l'ausilio delle guide in silicone ricavate dalla protesi provvisoria funzionalizzata. Dopo il montaggio dei denti sulla struttura si verifica in studio l'estetica, l'occlusione e la fonazione e infine si procede in laboratorio alla finalizzazione e personalizzazione della Toronto Bridge (Figg. 57-60).



Fig. 57



Fig. 58



Fig. 59



Fig. 60

Concludo il lavoro protesico avvitando la Toronto Bridge tramite i fori passanti per le viti e chiudendo gli stessi con teflon e composito (Figg. 61, 62).



Fig. 61



Fig. 62

Digital Service

Leone

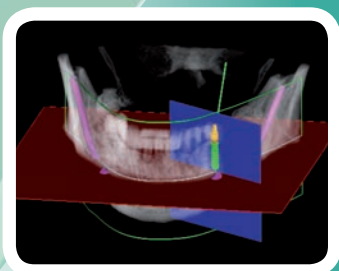


SOLUZIONI DIGITALI

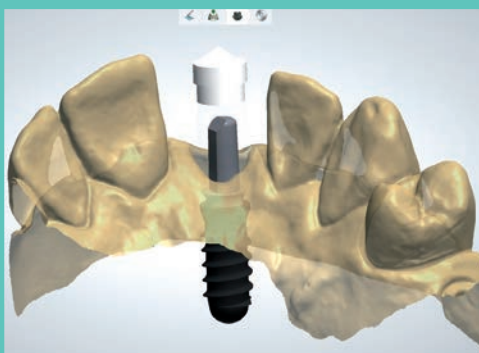
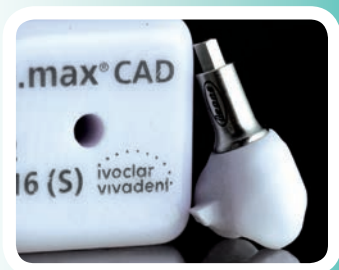
in implantologia

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**



LEONE S.p.a Ortodonzia e Implantologia

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

Impianto post-estrattivo in zona estetica e contestuale rigenerazione della parete ossea vestibolare

Dott. Nazario Russo*, Dott. Davide Montisci*, Dott. Giacomo Coppola*,
Dott. Massimiliano Ciaravolo**

*Professore a contratto – Università degli Studi di Cagliari

**Specialista interno - Università degli Studi di Cagliari

PAROLE CHIAVE

post-estrattivo immediato, zona estetica, G.B.R., sostituto osseo sintetico, membrana riassorbibile, dente singolo, cementazione extra-orale, conservazione delle papille

È giunta alla nostra osservazione, presso il Reparto d'Implantologia dell'Università degli Studi di Cagliari, una paziente di 25 anni lamentando dolore e ripetuti episodi di gonfiore in regione 11. All'esame obiettivo si nota la presenza di una corona sull'elemento in questione, arrossamento e tumefazione della gengiva libera (Fig. 1).



Fig. 1

La Rx endorale non fornisce elementi utili per formulare una diagnosi (Fig. 2); decidiamo, a questo punto, di eseguire un lembo ispettivo, praticando un'incisione a spessore parziale intrasulcolare da 13 a 21 senza tagli di rilascio (Fig. 3).

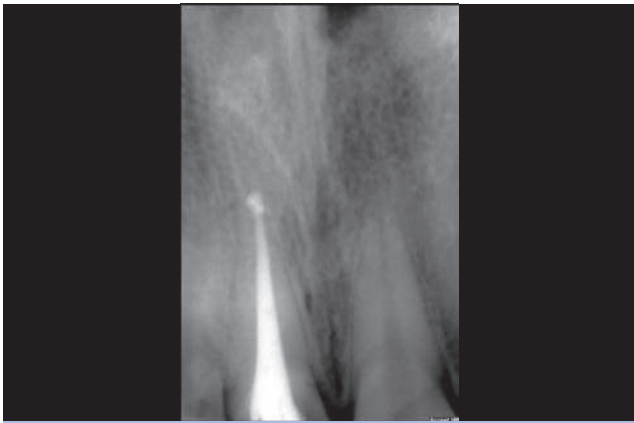


Fig. 2

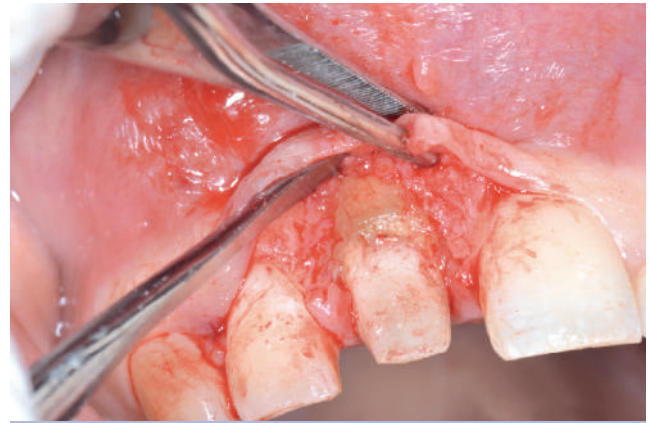


Fig. 3

Notata la presenza di tessuto connettivo infiammatorio, che ha provocato la perdita d'attacco epiteliale, decidiamo di eseguire un curettage a cielo aperto della regione (Fig. 4). Dopo aver allestito un provvisorio, che va a sostituire la corona che avevamo precedentemente tagliato e che riproduce il principio del platform switching (Fig. 5), eseguiamo una sutura a punti staccati, a livello delle papille (Fig. 6).

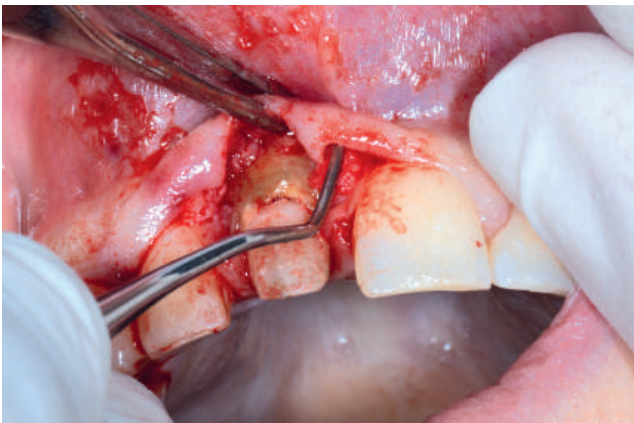


Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

A distanza di sei mesi la paziente riferisce che la situazione parodontale è migliorata, ma non la sintomatologia dolorosa (Fig. 7). Decidiamo di eseguire un esame CBCT della regione (Fig. 8); analizzando le assiali da 59 a 64 notiamo una grossa lesione periapicale dell'11 con presenza di materiale da otturazione canalare oltre apice e perdita di tessuto osseo che interessa anche la parete vestibolare.



Fig. 7

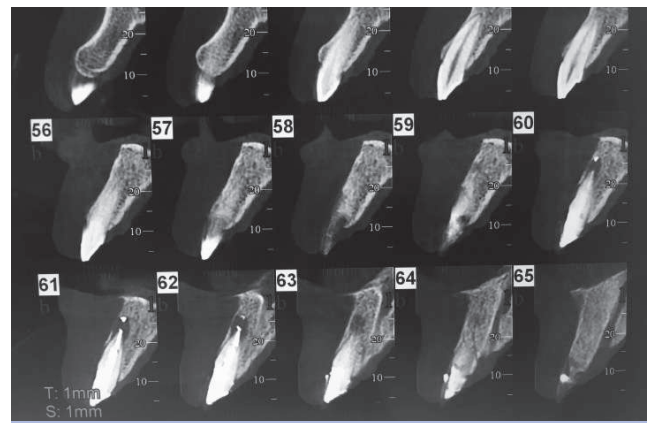


Fig. 8

Decidiamo di estrarre l'elemento dentario e di inserire contestualmente un impianto. Eseguiamo un lembo rettangolare, a spessore totale, che non coinvolge le papille interdentali e che si estende fino al fornice. Dopo aver scollato verificiamo che non è presente tessuto infiammatorio (Fig. 9), ma notiamo la presenza di una frattura vestibolare verticale della radice (Fig. 10), che si apprezza maggiormente dopo aver tolto il perno moncone in fibra (Fig. 11), insieme alla frattura anche della parete palatale (Fig. 12).



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12

Dopo aver estratto i due monconi di radice (Fig. 13), eseguiamo una revisione chirurgica dell'alveolo, eliminando il tessuto di granulazione e il materiale da otturazione canalare finito oltre apice, apprezzando la fenestrazione vestibolare e la presenza di un sottile cerchione di corticale vestibolare integro (Figg. 14, 15).

Utilizziamo la fresa a lancia per creare un invito più palatale, ad un paio di millimetri più coronali rispetto all'apice della radice (Fig. 16) e, in successione, l'elicoidale da 2,2 e da 2,8 (Figg. 17, 18) montate su prolunga.

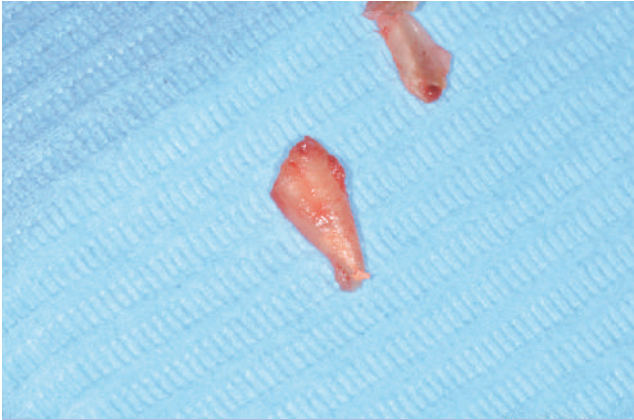


Fig. 13

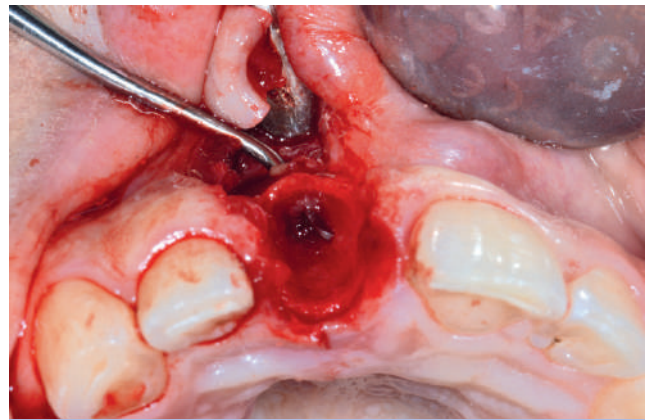


Fig. 14



Fig. 15

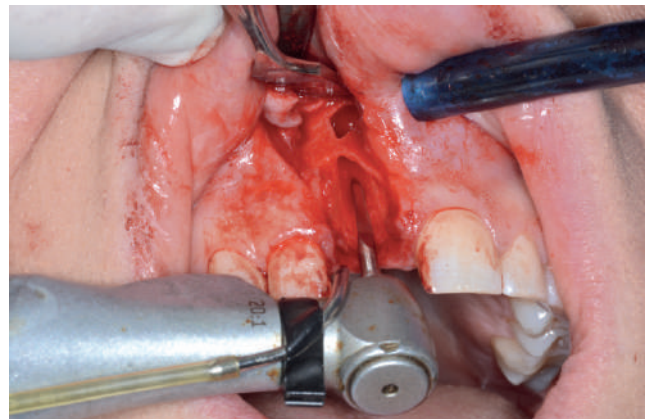


Fig. 16

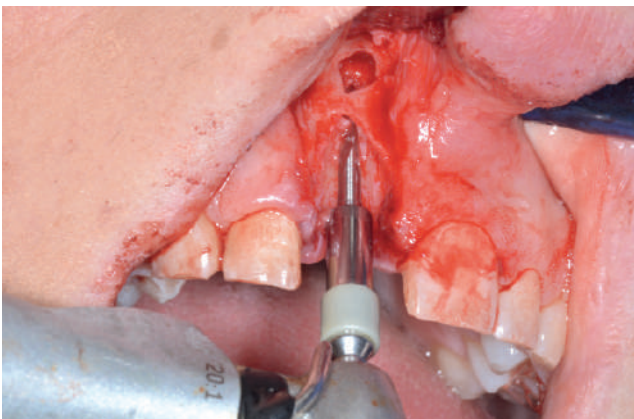


Fig. 17

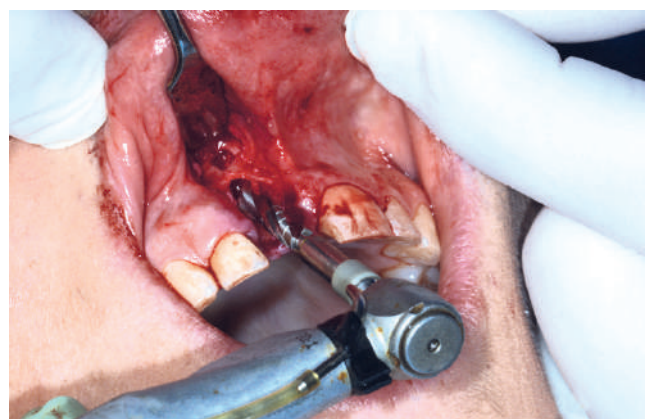


Fig. 18

Durante il passaggio delle frese abbiamo avuto la percezione di un osso di bassa densità, per cui decidiamo di utilizzare un compattatore come ultimo passaggio per creare il sito implantare, fino ad una profondità di 16 mm palatale e di circa 9 mm vestibolare (Fig. 19). A questo punto posizioniamo un impianto Exacone 4,1 x 14 mm con il contrangolo (Figg. 20, 21), fino a percepire una certa resistenza dovuta all'elevato torque d'inserimento per poi completarne l'avvitamento con il cricchetto (Figg. 22, 23).



Fig. 19



Fig. 20

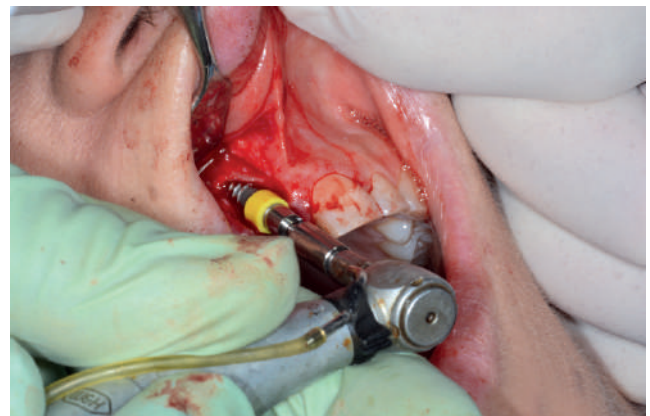


Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23

Dopo aver posizionato il tappo di chiusura (Figg. 24, 25), utilizziamo granuli di MBCP+ (Fig. 26) per colmare il grosso deficit vestibolare e il gap presente tra impianto e alveolo naturale, facendo attenzione a riempire anche la fenestrazione presente a livello del terzo apicale (Fig. 27). Completiamo la fase di rigenerazione utilizzando una membrana riassorbibile EZ Cure, a totale copertura del sito (Figg. 28, 29) e suturiamo (Fig. 30); la radiografia endorale di controllo conferma il corretto riempimento (Fig. 31).

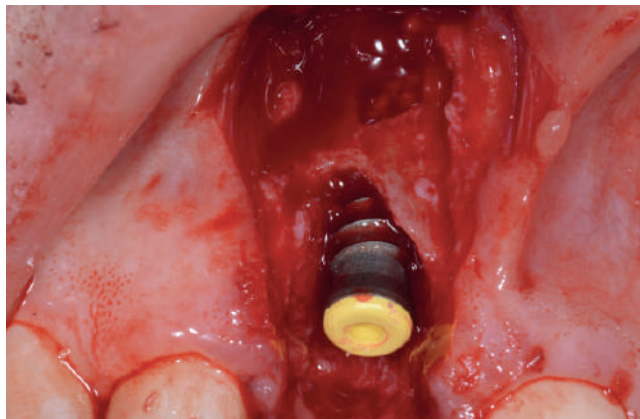


Fig. 24

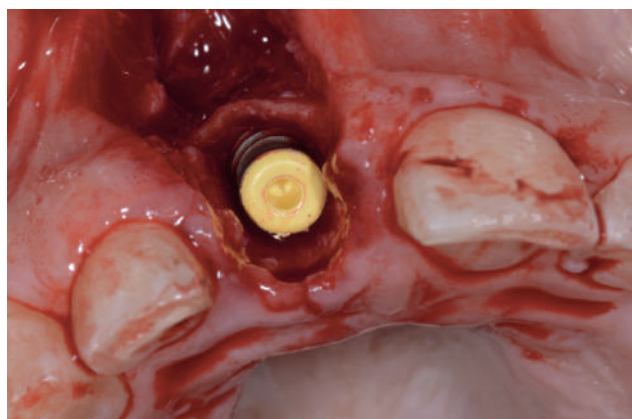


Fig. 25



Fig. 26

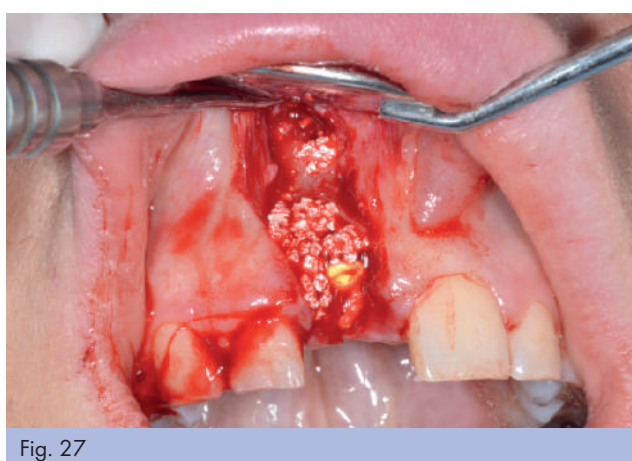


Fig. 27

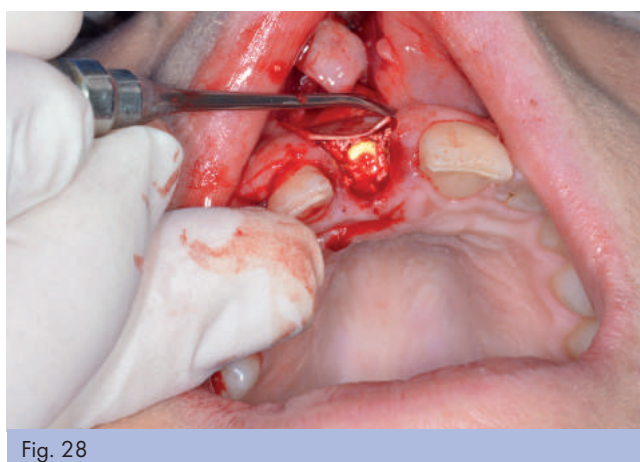


Fig. 28



Fig. 29



Fig. 30



Fig. 31

A distanza di quattro mesi pratichiamo un'ortopantomografia che mostra un ottimo livello di cresta ossea, senza segni di riassorbimento (Fig. 32). Dopo altri tre mesi procediamo alla scoperta dell'implanto eseguendo un'incisione in cresta più palatale rispetto all'emergenza implantare, per recuperare altra gengiva aderente (Figg. 33, 34) e scolliamo delicatamente sulla parete vestibolare, dove sono visibili ancora granuli (Fig. 35); posizionato il tappo di guarigione (Fig. 36, 37), suturiamo e applichiamo un provvisorio che solidarizziamo con i denti contigui (Figg. 38, 39).

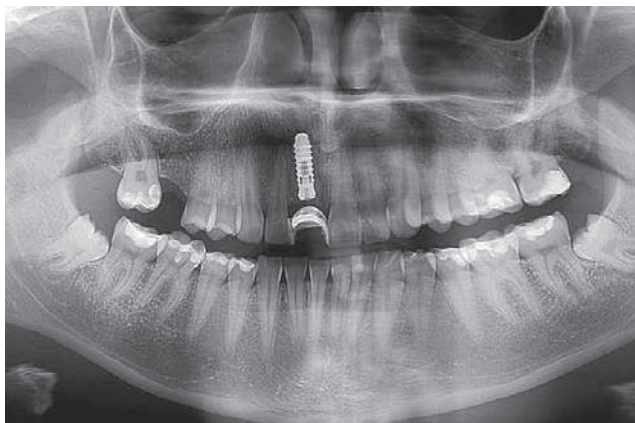


Fig. 32



Fig. 33

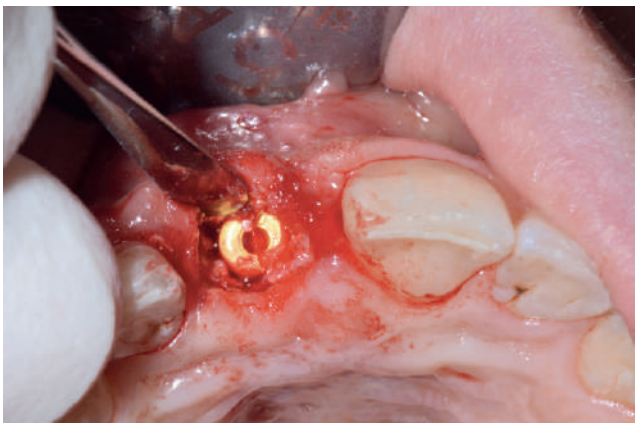


Fig. 34

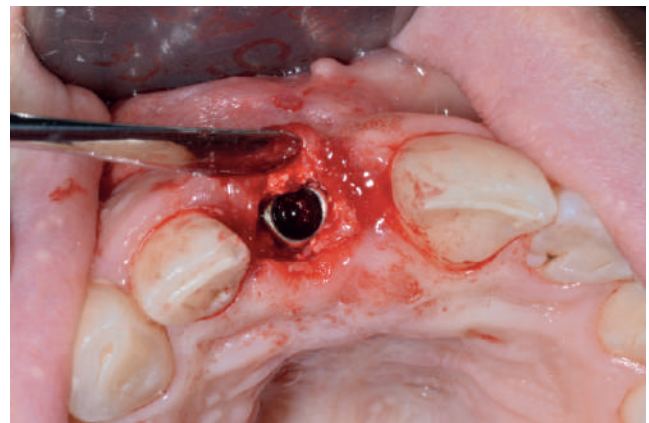


Fig. 35



Fig. 36



Fig. 37

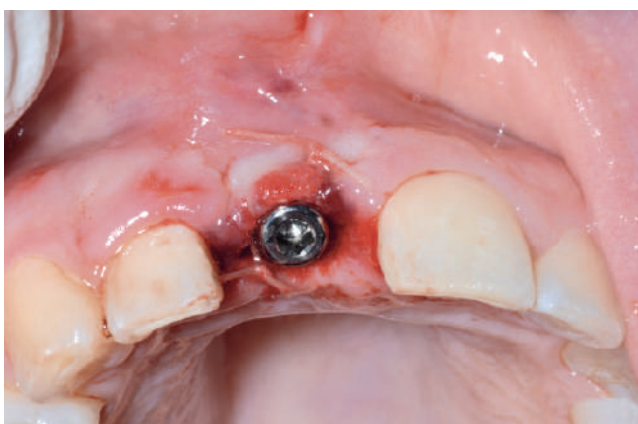


Fig. 38



Fig. 39

A distanza di dieci giorni togliamo il tappo di guarigione, notando una buona maturazione dei tessuti (Figg. 40, 41) e prendiamo l'impronta con tecnica sandwich (Figg. 42, 43).



Fig. 40



Fig. 41

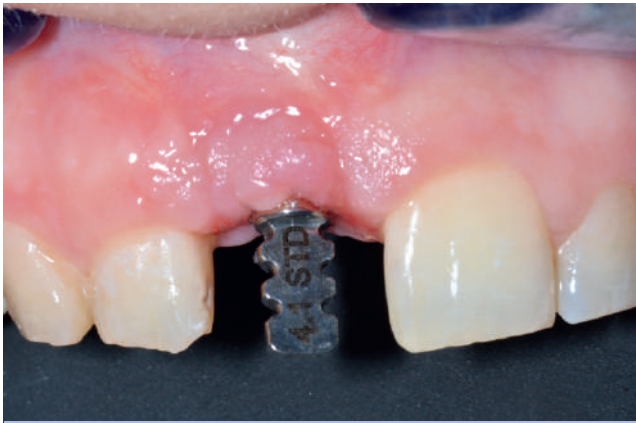


Fig. 42

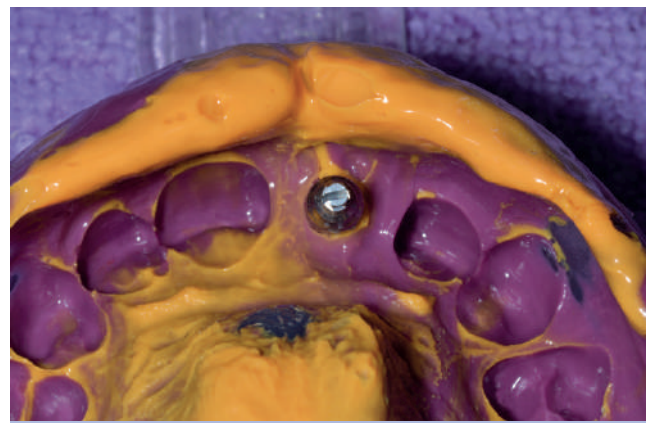


Fig. 43

Facciamo fresare un moncone in titanio, dal Laboratorio Odontotecnico, che allestisce anche un provvisorio in resina che modifichiamo nel profilo, utilizzando del composito flow (Figg. 44, 45).



Fig. 44



Fig. 45

Inseriamo il manufatto protesico, dopo aver cementato extraoralmente il provvisorio sul moncone (Fig. 46).



Fig. 46

A distanza di quindici giorni, crediamo che il provvisorio abbia condizionato a sufficienza i tessuti (Figg. 47, 48), per cui passiamo alla fase di finalizzazione facendo confezionare dal Laboratorio Odontotecnico una struttura in zirconia che, dopo la prova (Fig. 49) e la scelta del colore (Fig. 50), viene rivestita in ceramica e consegnata alla paziente, ottenendo un buon risultato estetico (Figg. 51, 52).



Fig. 47



Fig. 48



Fig. 49



Fig. 50



Fig. 51



Fig. 52

Il controllo clinico a distanza di 2 anni (Figg. 53-55) dalla consegna della corona definitiva mostra un risultato estetico ottimale: i tessuti perimplantari sono sani e stabili e le papille interprossimali sono state mantenute. Il controllo radiografico a 2 anni (Fig. 56) rivela un eccellente mantenimento dei livelli ossei perimplantari.



Fig. 53



Fig. 54

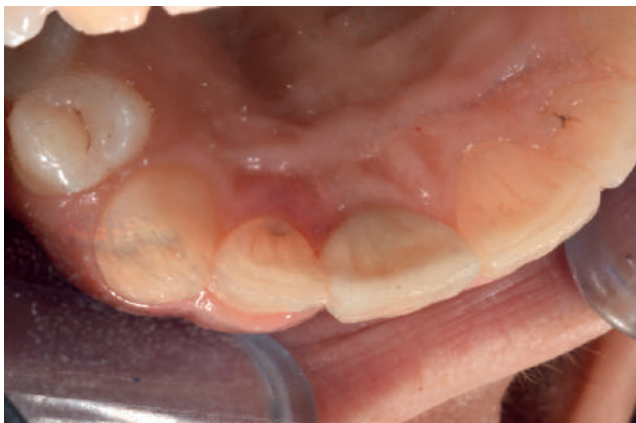


Fig. 55

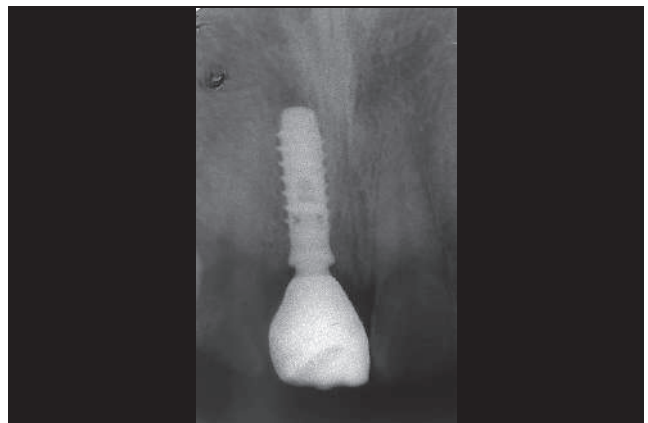
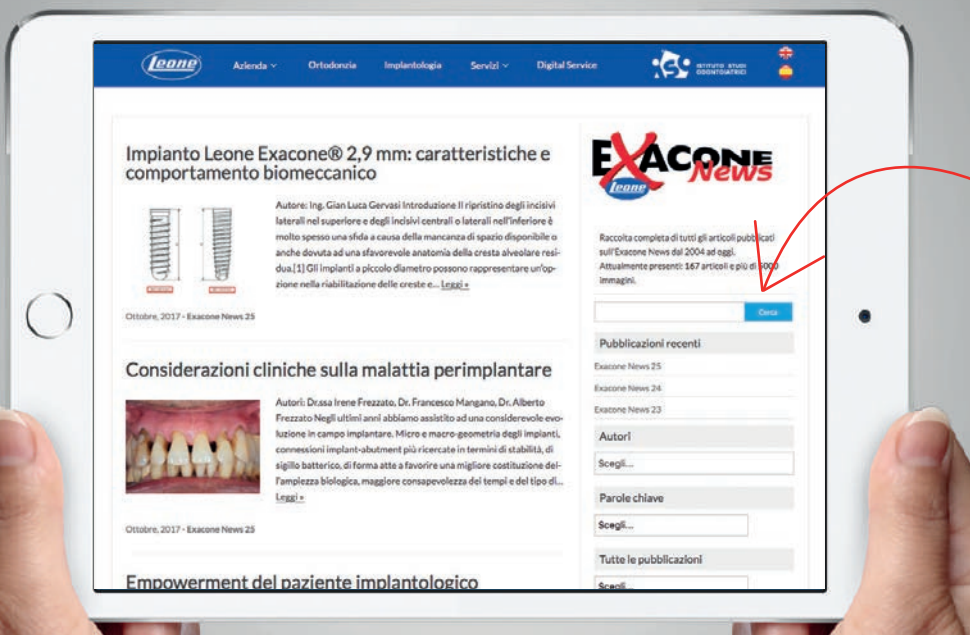


Fig. 56

REALIZZAZIONI PROTESICHE

Odt. Vincenzo Mutone, Varcaturò (NA)



Visitate la nuova sezione sul nostro sito www.leone.it che raccoglie tutti gli articoli pubblicati sull'Exacone News dal 2004 ad oggi.

Attualmente sono presenti 168 articoli e più di 5.000 immagini.

www.leone.it



biomateriali



Distribuito in esclusiva da



Ortodonzia e Implantologia

Prodotto da



Biomatlante
Biologics Solutions

Visita la pagina dedicata ai nostri biomateriali sul sito Leone www.leone.it per:

- scaricare le schede informative con i dettagli sulle **caratteristiche tecniche** dei singoli prodotti
- scaricare le **procedure** per l'utilizzo
- visualizzare i **casi clinici** correlati
- visualizzare i **video clinici** correlati

Inquadra il QR code
e visita la pagina
dedicata ai nostri
biomateriali





ISTITUTO STUDI
ODONTOIATRICI

Corsi di implantologia 2018

per medici, odontoiatri e tecnici

- **MASTERCLASS 2018 - VINCERE SENZA COMPETERE**

Relatori: Dott. C. Gammella, Dott. L. Targetti

28-29-30 Maggio 2018

ISO
Istituto Studi Odontoiatrici

ODONTOIATRI

- **GRUPPO DI STUDIO EXACONE LAZIO
LA CHIRURGIA IMPLANTARE E LE CONTAMINAZIONI DIGITALI**

Relatore: Dott. M. Guerra

15 Giugno 2018

ROMA
Centro Corsi
Dr. Giuseppe Marano

ODONTOIATRI

- **PROTESI SU IMPIANTI**

Relatore: Odt. M. Pisa

1 Ottobre 2018

ISO
Istituto Studi Odontoiatrici

ODONTOTECNICI

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

Relatori: Dott. L. Targetti

Terza sessione: **15-16 Ottobre, 19-20 Novembre** 2018

ISO
Istituto Studi Odontoiatrici

ODONTOIATRI

- **CORSO BASE E AVANZATO DI PARODONTOLOGIA**

Relatore: Dott. R. Rotundo

8-9 Novembre, 13-14 Dicembre 2018

24-25 Gennaio 2019

ISO
Istituto Studi Odontoiatrici

ODONTOIATRI

**13° Congresso
5 ottobre 2018**



Relatore

Dott. **LEONARDO TARGETTI**

Esclusivista in chirurgia orale
e implantoprotesi dal 1981



Un'occasione per conoscere e approfondire la sistematica implantoprotesica **EXACONE**® assistendo ad interventi di chirurgia live su paziente con metodica implantare con connessione Morse Taper.

PALERMO

2018

9:00 INIZIO LAVORI
13:30 FINE LAVORI

• **9 giugno**

PRESSO

PLURIDENTAL SRL

VIA SCIUTI, 79
PALERMO

FIRENZE

2018

10:00 INIZIO LAVORI
13:00 LIGHT LUNCH
16:30 FINE LAVORI

• **1 ottobre**
• **30 novembre**

40 POSTI

PER ASSISTERE
GRATUITAMENTE
AD INTERVENTI
IMPLANTOLOGICI
DAL VIVO

MILANO

2018

9:00 INIZIO LAVORI
13:30 FINE LAVORI

• **10 novembre**

PRESSO

**STUDIO
CERATI CONTI**

VIA ANDREA
VERGA, 3 MILANO

GLI INCONTRI SONO GRATUITI - ISCRIZIONE OBBLIGATORIA

Per informazioni sui corsi in programma consultare il nostro sito www.leone.it

Per iscrizioni contattare la Segreteria ISO: tel. 055 304458 fax 055 304455 iso@leone.it

Seguici su



Lunga vita senza vite per gli impianti Morse Taper

Dott. Roberto Meli
Libero professionista Firenze

PAROLE CHIAVE

edentulia singola, zona molare, connessione cono Morse, follow up, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali

Ho conosciuto gli impianti Morse Taper nel 1991, quando da studente partecipai ad una *Lecture* del Dr. Shepherd, allora referente principale dell'azienda produttrice dei primi impianti dentali Morse Taper al mondo, gli impianti Bicon. Ricordo perfettamente che lasciasti quell'aula universitaria con un progetto: se mai avessi messo impianti nella mia vita, sarebbero stati impianti Morse Taper!

Da quel tempo non ho mai smesso di avere dubbi, di fare domande, di tentare di evolvere, cercando di imparare dai miei sbagli, frequentando corsi, insegnando agli altri, partecipando ad eventi nazionali ed internazionali, per ampliare le mie vedute, mettere in discussione le mie convinzioni del momento e combattere i miei pregiudizi.

Negli ultimi dieci anni il "nuovo" ha rivoluzionato ogni singolo aspetto della mia realtà professionale: dai protocolli clinici ai materiali, dalla comunicazione al marketing. Oggi non c'è più niente che sia rimasto invariato: niente ... tranne il Morse Taper, che ancora oggi rimane la mia *Vision* implantare.

Dal 2003 gli impianti Leone sono i miei affidabili impianti che hanno assecondato l'evoluzione e da sempre mi permettono di fare promesse alle persone che mi affidano il recupero del sorriso, loro bene inestimabile, e di mantenere sempre quelle promesse.

Il caso che desidero condividere esprime perfettamente tutte queste considerazioni.

Nel 2006, 12 anni fa, conobbi Tommaso, allora 33enne, per un fastidio localizzato all'arcata inferiore; il motivo risultò essere la frattura della radice distale del 36, precedentemente devitalizzato e protesizzato. Vista l'età, le condizioni generali della bocca e lo stato di salute della radice mesiale, trovai opportuno proporre e mettere in atto il seguente piano terapeutico:

- rizectomia del 36 con estrazione della radice distale, lasciando la corona preesistente opportunamente modificata con composito come provvisorio (Figg. 1, 2);
- a tre mesi, impianto nel sito dell'estrazione, tecnica monofase con tappo di guarigione modificato in composito per il condizionamento della mucosa, nuovo provvisorio in forma di premolare sulla radice rizectomizzata (Figg. 3-8);

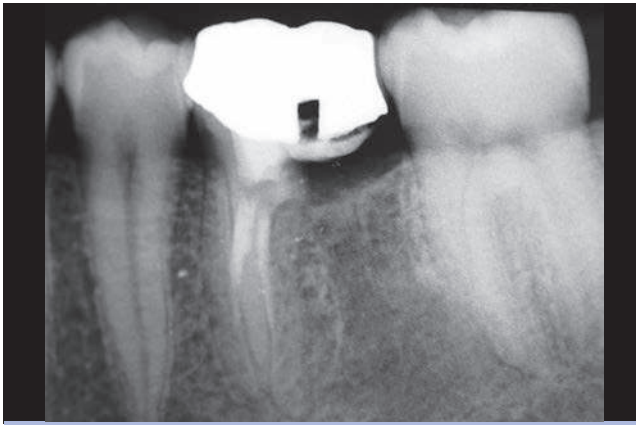


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6

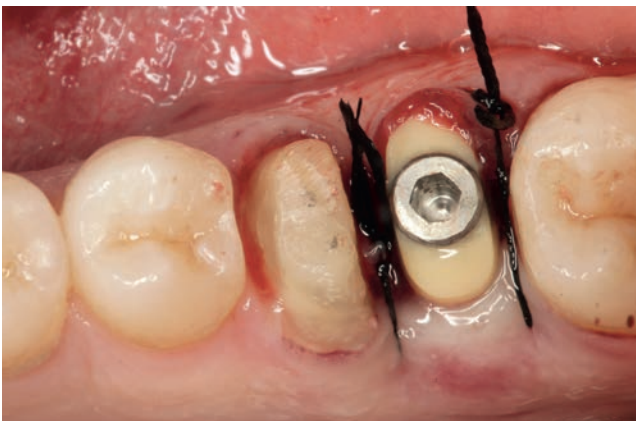


Fig. 7

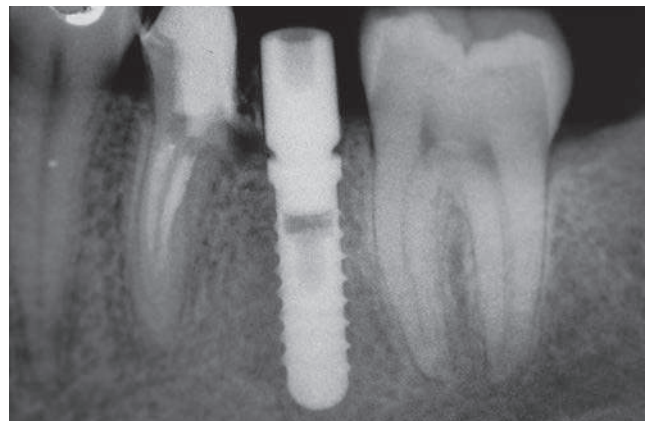


Fig. 8

- dopo tre mesi di guarigione, due corone metallo ceramica, una su impianto e una sulla radice mesiale del 36 (Figg. 9-17).



Fig. 9

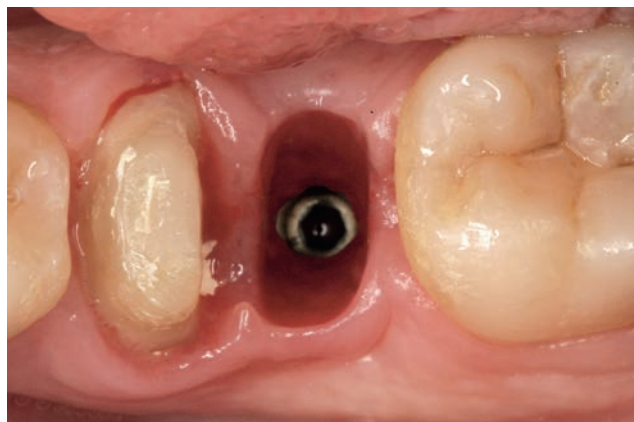


Fig. 10



Fig. 11

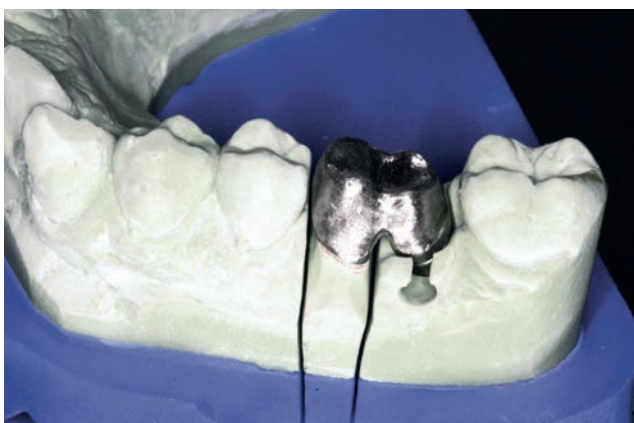


Fig. 12



Fig. 13

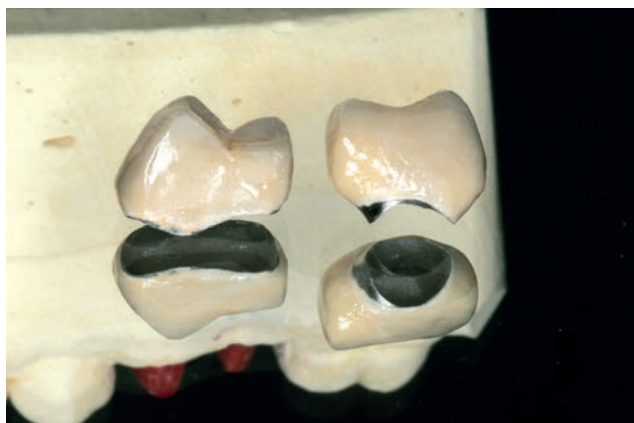


Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17

Oggi alcune di queste scelte mi lascerebbero quantomeno perplesso!

La rizectomia è una pratica che nel tempo mi ha dato soddisfazione anche se nei siti estrattivi dei molari inferiori ho notato negli anni un forte riassorbimento crestale, soprattutto quando non è stato ripristinato l'elemento perso; se le radici sono grandi e ben distanziate la probabilità di successo è maggiore. In definitiva, in questo paziente la rizectomia è una delle possibilità che anche oggi terrei in considerazione, se non altro per la invasività ridotta rispetto alle altre soluzioni.

La prima opzione che sicuramente cambierei è la tecnica di inserimento dell'impianto.

Ripensando alle perfette condizioni dell'alveolo post-estrattivo in quell'occasione, con l'esperienza maturata oggi avrei inserito l'impianto nella stessa seduta.

L'impianto post-estrattivo nel dente singolo si è rivelato nella mia pratica estremamente congeniale agli impianti Morse Taper per più motivi:

- l'effetto "One Piece" che si concretizza fra impianto e moncone è un reale gap inattivo che rende la giunzione invisibile ai tessuti perimplantari eliminando di fatto ogni preoccupazione relativa al posizionamento del collo implantare rispetto alla cresta ossea: l'unica variabile sensibile rimane la stabilità primaria, specialmente in caso di carico immediato;

- quando le condizioni iniziali dei tessuti sia molli che duri sono adeguate, questa scelta si rivela vincente: l'intervento complessivo risulta minimamente invasivo, i tessuti molli mantengono i volumi pre-estrattivi a tutto vantaggio dell'estetica naturale del nostro restauro;
- oggi la possibilità di utilizzare un moncone provvisorio in PEEK rende l'intervento semplice e al tempo stesso sicuro, con una ottimizzazione dei tempi e del valore stesso della prestazione: il paziente riceve subito una soluzione estetica gratificante!

La scelta di utilizzare un tappo di guarigione modificato (Fig. 5) in questo caso rappresenta una anticipazione di questa realtà oggi consolidata.

Un altro aspetto che sicuramente oggi cambierei riguarda la scelta del protocollo e del materiale protesico.

La rivoluzione digitale ha letteralmente sconvolto le mie certezze di un tempo.

Soltanto dieci anni fa nel caso pur semplice in oggetto la procedura protesica era la seguente:

- preparazione del dente naturale con filo retrattore, margine protesico sotto gengiva, provvisorio;
- a venti-trenta giorni, dopo rivalutazione, impronta tradizionale con polietere del dente e del transfer;
- prova del moncone e della struttura metallica (fitting);
- prova biscotto, valutazione dei punti di contatto, occlusione e colore;
- consegna.

Oggi lo stesso caso lo affronto con un protocollo molto più snello:

- preparazione del dente naturale a filo mucosa, impronta tradizionale contestuale;
- progetto digitale da scannerizzazione dei modelli in laboratorio, realizzazione dei manufatti in materiale monolitico, disilicato o zirconia sul dente naturale, zirconia sull'impianto. Questa scelta è dettata dalla capacità della zirconia di mascherare completamente il metallo del moncone;
- seduta di prova/consegna: i manufatti arrivano finiti, se tutte le prove relative a occlusione, punti di contatto, estetica risultano soddisfacenti, dopo la cementazione extra-orale della corona sul moncone implantare e la cementazione al dente naturale la protesi implantare viene inconata.

Ho seguito il paziente fino ad oggi. Tommaso è molto abile nell'igiene domiciliare, si presenta con puntualità ai richiami di igiene professionale, non fuma.

Al primo follow-up, a due anni, la mucosa attorno ai restauri si presentava migliorata rispetto alla partenza (Fig. 18).



Fig. 18

Negli anni successivi il monitoraggio è stato costante.

A 4 anni il restauro implantoprotetico appare invariato, mentre lo spazio interprossimale fra dente e impianto risulta lievemente allargato (Figg. 19, 20).



Fig. 19

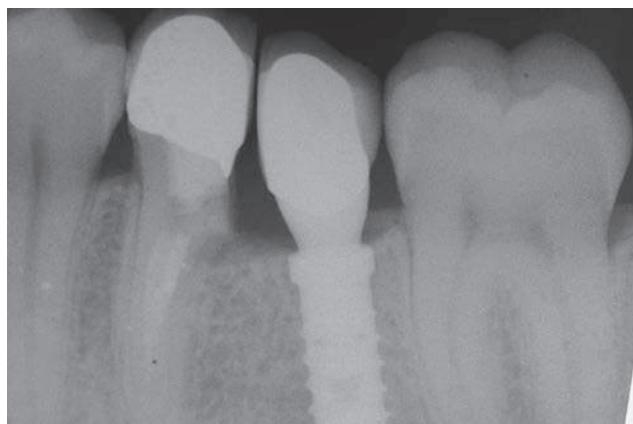


Fig. 20

A 10 anni la radice del dente naturale risulta leggermente esposta, mentre ancora una volta il restauro implantoprotetico è invariato (Fig. 21).



Fig. 21

Nell'ultimo controllo, a 12 anni, marzo 2018, la OPT e l'immagine clinica mostrano un'ulteriore evoluzione:

- la mucosa del dente naturale mostra una retrazione leggermente più marcata;
- lo spazio interprossimale dente-impianto è francamente allargato;
- il restauro implantoprotetico ancora si presenta inalterato (Figg. 22, 23).



Fig. 22



Fig. 23

In aprile 2018, per chiudere lo spazio interprossimale dente-impianto, si rimuove la protesi su impianto, cementata all'epoca con TempBond, si mordenzano le pareti interprossimali della ceramica con acido fluoridrico e si ripristina il punto di contatto con composito (Figg. 24, 25).



Fig. 24



Fig. 25

Conclusioni

Gli impianti e i denti sono entità completamente diverse.

Nel caso di Tommaso, le condizioni di partenza dipendenti dal paziente erano le stesse, ma nel tempo il dente e l'impianto hanno subito una diversa evoluzione.

Dente: la protesi, il biotipo parodontale piuttosto sottile e la nuova configurazione anatomica hanno favorito nel tempo la leggera ma significativa perdita di attacco parodontale; la tendenza dei denti naturali alla mesializzazione probabilmente ha generato l'allargamento dello spazio interprossimale.

Implanto: il condizionamento di partenza della mucosa perimplantare insieme all'eccellente controllo di placca del paziente e la cura dell'igiene sono la chiave di lettura di questo ottimo risultato a 12 anni.

I tessuti così ben rappresentati, la scelta di un impianto di diametro adeguato agli spazi disponibili, l'effetto "One Piece" degli impianti Morse Taper completano le ragioni di una salute ineccepibile.

Diverso sarebbe il caso se l'impianto fosse stato sovradimensionato, i tessuti molli non fossero stati preparati accuratamente, la giunzione impianto moncone avesse generato un gap attivo, veicolo di batteri.

La monofase si è rivelata anche in questo caso una tecnica dotata di grandi vantaggi a zero rischi: il tappo di guarigione modificato ha in pratica permesso di ottenere tessuti perfettamente maturi al momento della protesizzazione, senza incorrere nei rischi legati ad un impianto post-estrattivo in una zona posteriore, lasciando una facilità di pulizia migliore in un sito per certi versi atipico, stretto e di difficile accesso.

Tutti i denti sono a rischio parodontite, tutti gli impianti sono a rischio perimplantite.

Un dente parodontopatico grazie alla presenza del parodonto avrà sempre una banda di gengiva aderente rappresentata a 360° che ne prolungherà la permanenza in bocca.

Un impianto non correrà rischi finché l'ampiezza biologica rimane ben espressa e i tessuti perimplantari sigillano l'interfaccia con il cavo orale.

In nessun caso un impianto può sopportare la presenza di batteri all'interno del solco gengivale. Se lasciato in preda alla mucosite, i batteri colonizzano la superficie implantare, un ambiente trattato per assecondare e mantenere l'osteointegrazione ma che purtroppo diventa un'ottima nicchia ecologica: l'instaurarsi di una perimplantite è molto probabile e la perdita irrimediabile dell'impianto ad oggi quasi certa.

Le soluzioni sono:

- assicurare in fase progettuale e chirurgica il corretto rapporto impianto-tessuti di sostegno: lo slogan "+ osso - titanio" esprime perfettamente questo concetto;
- assicurare la corretta rappresentazione dell'ampiezza biologica: una adeguata banda di gengiva aderente intorno ai nostri impianti è essenziale per il mantenimento a lungo termine. Il platform switching rappresenta in questo senso un elemento strutturale di grande aiuto;
- evitare la presenza di un gap attivo dinamico all'interno del solco: se la giunzione impianto-moncone è posizionata pari o sotto cresta deve necessariamente essere inerte, scongiurare micro-movimenti e non veicolare batteri. L'effetto "One Piece" degli impianti Morse Taper mi conferma anno dopo anno questa semplice quanto indispensabile condizione;
- controllare e mantenere la perfetta igiene.

L'effetto "One Piece" facilita soprattutto due aspetti:

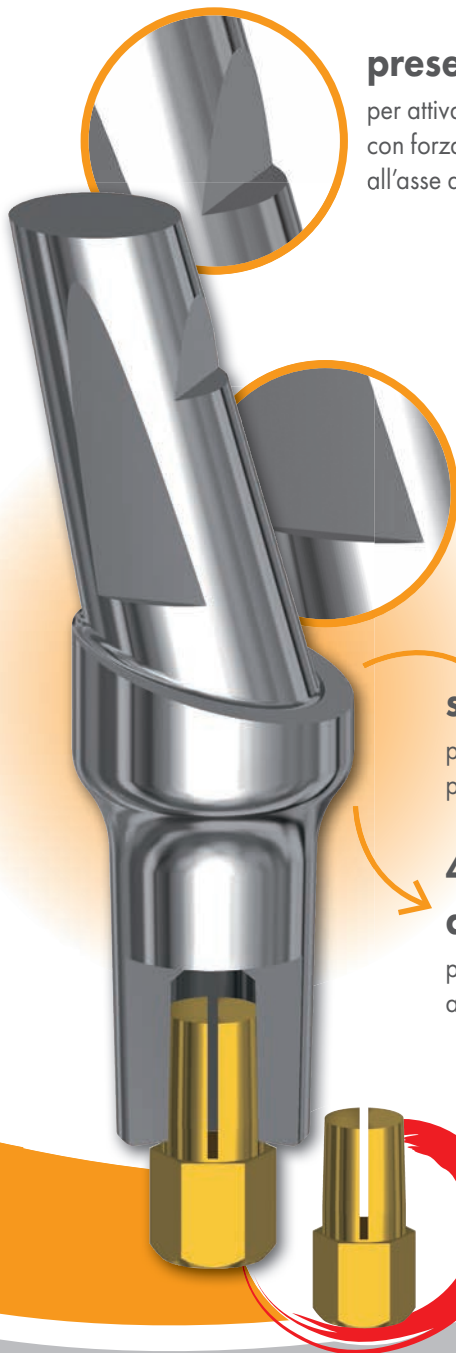
- in fase realizzativa permette di evitare manovre chirurgiche di innesto di tessuti duri e molli: poter scegliere la quota di posizionamento rispetto alla cresta ossea semplifica le procedure senza esporre a rischi;
- nel tempo contribuisce a mantenere estremamente stabili i risultati ottenuti.

Come espresso nel titolo, "lunga vita senza vite per gli impianti Morse Taper".

monconi anatomici EXACONE®

360°

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 inter-
nazionale, risiede nella rea-
lizzazione 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 pila-
stro risulterà solidale con l'esa-
gono orientato nella posizione
prescelta e guiderà il clinico nel
posizionamento sul paziente
con la massima precisione.



Ortodonzia e Implantologia

*L'efficienza
della semplicità!*

Riabilitazione immediata con la tecnica All-on-Four

Dott.ssa Elena Vitale
Libero professionista a Palermo (PA)

PAROLE CHIAVE

edentulia totale inferiore, All-on-Four, carico immediato, moncone per protesi avvitata, protesi avvitata, Toronto Bridge

Questo case report riguarda una paziente di 54 anni che arriva alla nostra osservazione con una situazione estremamente compromessa nell'arcata inferiore, denti mobili e difficoltà a masticare (Fig. 1). La paziente era già stata in altra sede dove le avevano proposto un intervento di innesto osseo prelevato dalla cresta iliaca oppure una protesi totale rimovibile. La richiesta della paziente era una protesi fissa non rimovibile senza sottoporsi ad interventi invasivi di innesto osseo.

Viste le aspettative della paziente e la quantità di osso disponibile (Fig. 2) si propone come soluzione la tecnica All-on-Four. Il metodo All-on-Four consiste nel posizionare a livello mandibolare quattro impianti intraforaminali, di cui due nella zona degli incisivi laterali e due distali inclinati ("tiltati") davanti ai forami mentonieri.

L'anamnesi risulta negativa: no fumatore, no cardiopatico, nessun farmaco in terapia, soltanto un lieve scompenso glicemico che la paziente dovrebbe gestire con l'alimentazione, ma che finora non ha potuto a causa dell'inesistente masticazione.



Fig. 1

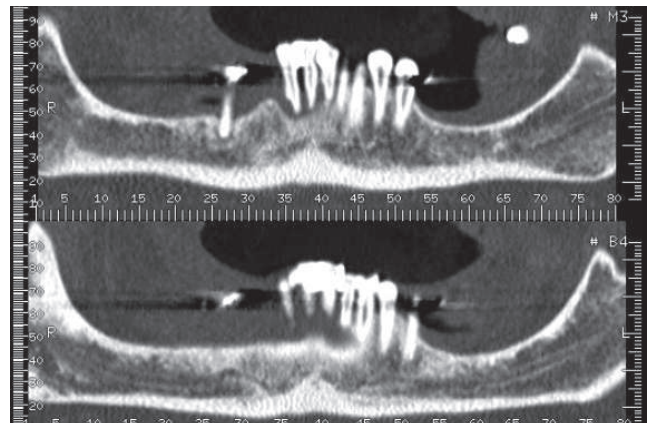


Fig. 2

L'esame Cone Beam ci permette di evidenziare le strutture anatomiche di interesse, i forami mentonieri e il canale incisivo; grazie allo studio dell'esame 3D, vista la disponibilità ossea e la presenza di un osso denso (Figg. 3-6), si decide di utilizzare due impianti Leone diametro 3,3 mm e lunghezza 12 mm e due impianti Leone diametro 3,3 mm e lunghezza 10 mm.

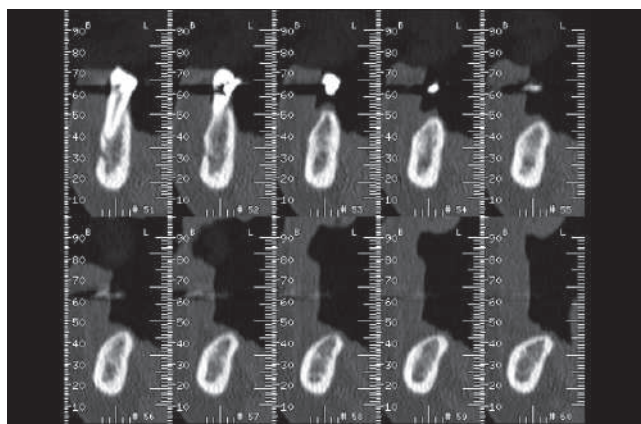


Fig. 3

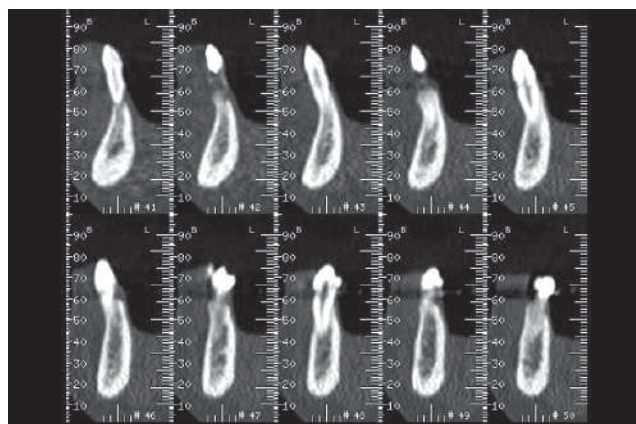


Fig. 4

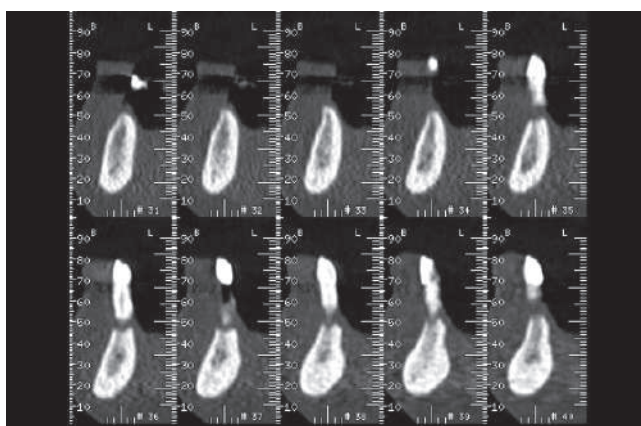


Fig. 5



Fig. 6

Come prima manovra estraggo tutti gli elementi dentari presenti e sollevo un lembo a tutto spessore (Figg. 7-10).

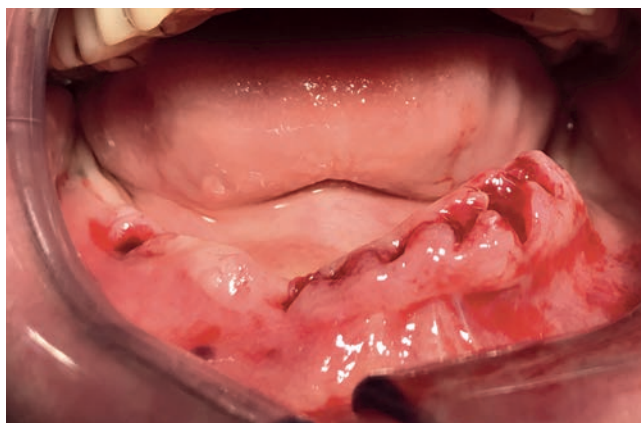


Fig. 7



Fig. 8

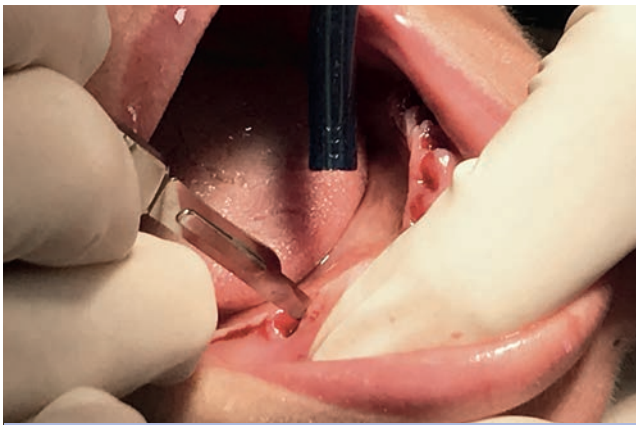


Fig. 9

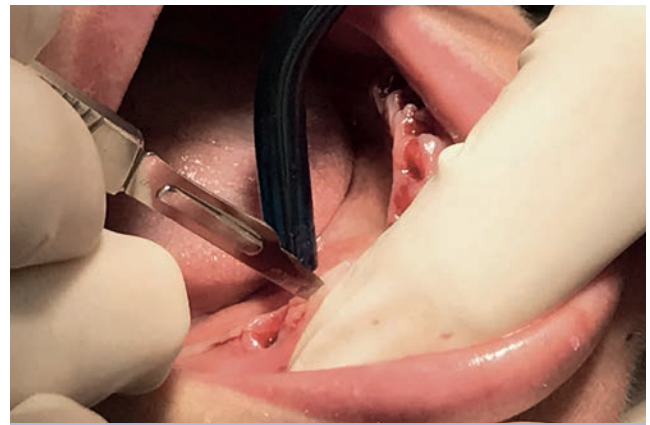


Fig. 10

Dopo la toilette chirurgica e il lavaggio con Lincocin antibiotico, regolarizzo la cresta ossea per pareggiare il dislivello osseo presente (Figg. 11-13).



Fig. 11



Fig. 12

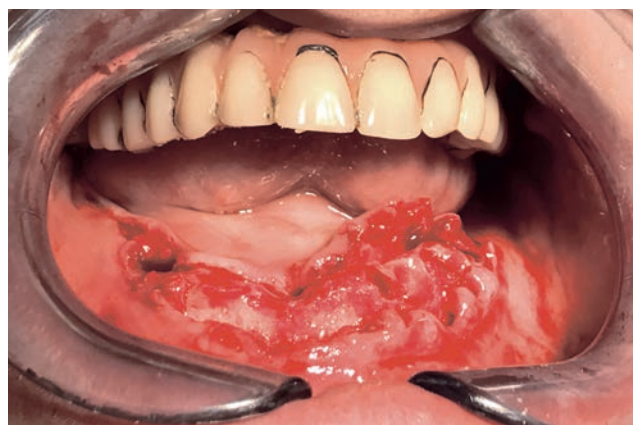


Fig. 13

Per posizionare la dima chirurgica per la tecnica All-on-Four realizzo in zona mediana un foro con un diametro di 1,2 mm e una lunghezza di 10 mm (Figg. 14, 15). Le tacche verticali presenti sulla dima chirurgica All-on-Four, distanziate tra loro 7 mm, aiutano a dare la corretta inclinazione agli impianti distali, che sono i primi ad essere inseriti: posizionando la fresa sulla diagonale tra due tacche consecutive si ottiene un'inclinazione di circa 30°.



Fig. 14

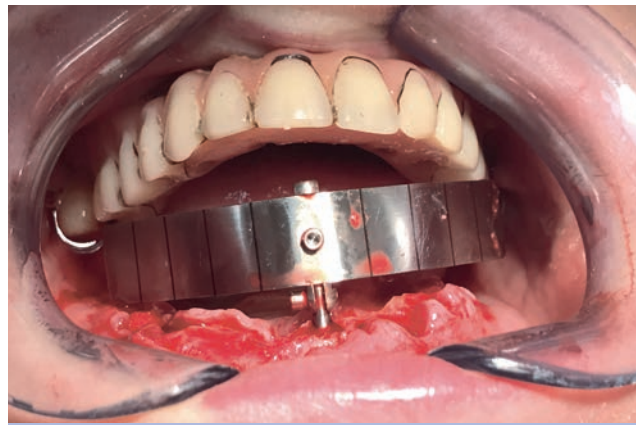


Fig. 15

Si preparano quindi prima i due siti distali per gli impianti 3,3 x 12 mm utilizzando le frese Leone con stop integrale passando come ultima fresa quella dedicata per tutta la lunghezza. L'osso, essendo molto denso, ha bloccato l'inserimento degli impianti con il manipolo ad una distanza di circa 4 mm prima di arrivare nella posizione finale. Ho proceduto quindi manualmente con il cricchetto portando gli impianti in sede (Figg. 16, 17).



Fig. 16



Fig. 17

Successivamente preparo i siti implantari in corrispondenza di 32 e 42 seguendo una direzione assiale per alloggiare due impianti Leone 3,3 x 10 mm (Figg. 18-21).

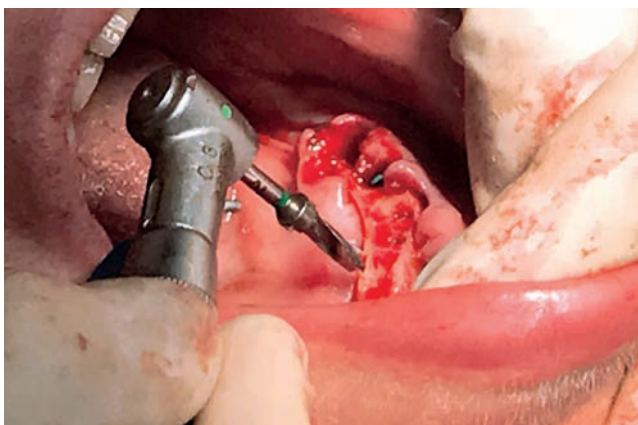


Fig. 18

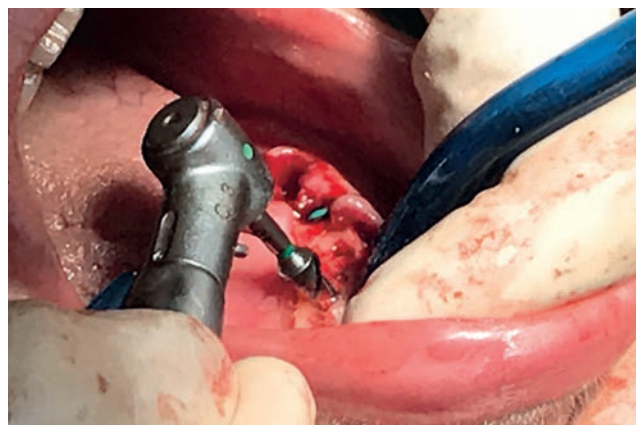


Fig. 19

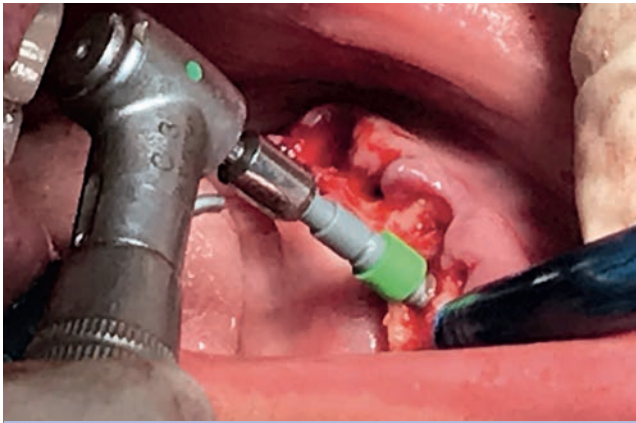


Fig. 20

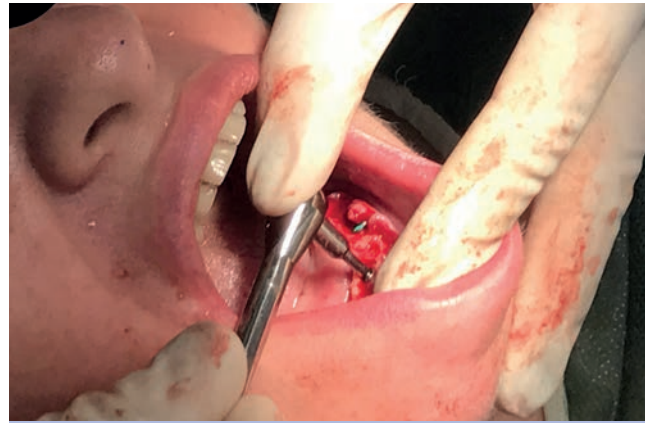


Fig. 21

Dopo aver inserito tutti e quattro gli impianti utilizzo i monconi di prova per protesi avvitata per facilitare la scelta dei monconi (Fig. 22). La scelta delle angolazioni dei monconi è legata anche alla necessità di portare la paziente da una terza classe ad una prima classe cercando di lingualizzare gli incisivi inferiori che erano vestibolarizzati ed in morso crociato.

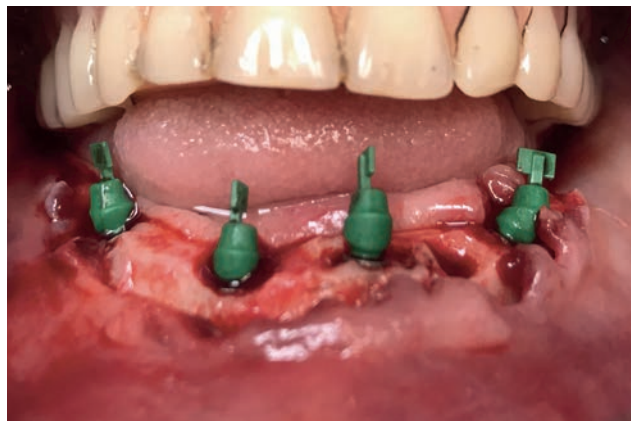


Fig. 22

Una volta scelti i monconi più idonei li prelevo dalla valigetta All-on-Four/All-on-Six messa a disposizione dalla Leone. Dopo aver inserito i quattro monconi nella posizione scelta, procedo a inconarli con il percussore dedicato (Fig. 23).



Fig. 23

Dopo l'inconamento, avvito delle cappette in titanio sui monconi per protesi avvitata prelevate sempre dalla valigetta Leone ed eseguo una sutura per prima intenzione con materiale riassorbibile (Figg. 24, 25). Si rileva un'impronta in silicone con porta impronte individuale forato in prossimità delle emergenze delle cappette (Fig. 26).

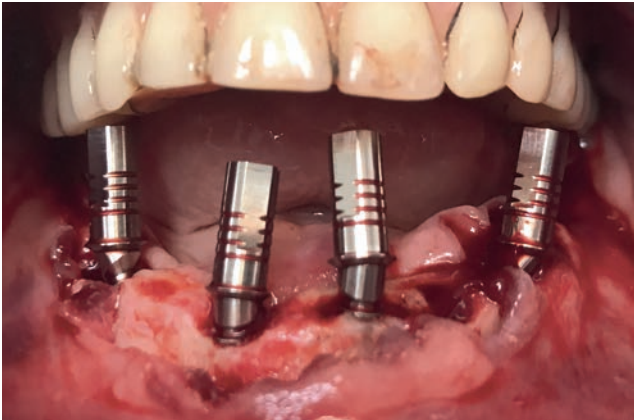


Fig. 24

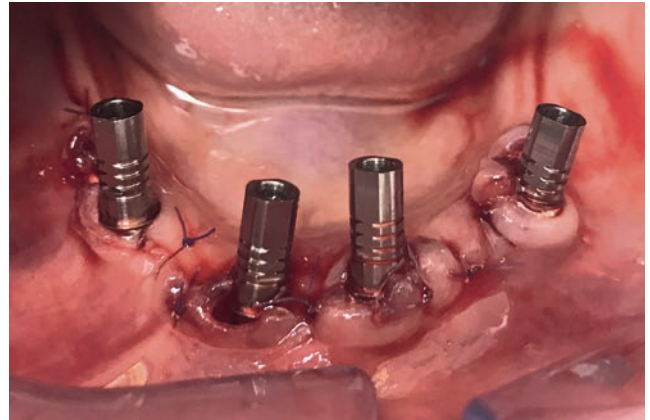


Fig. 25

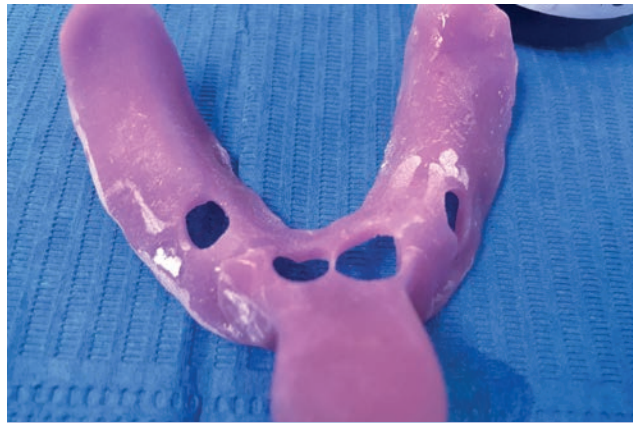


Fig. 26

Si solidarizzano le emergenze delle cappette in titanio con della resina acrilica autopolimerizzante a freddo (Figg. 27, 28).



Fig. 27



Fig. 28

Una volta indurita la resina acrilica si svitano le viti delle cappette in titanio e si rimuove il porta impronta (Fig. 29, 30). Per evitare che la mucosa collabisca sui monconi per protesi avvitata avvito le cappette calcinabili impiegate come cuffie di protezione (Fig. 31).



Fig. 29

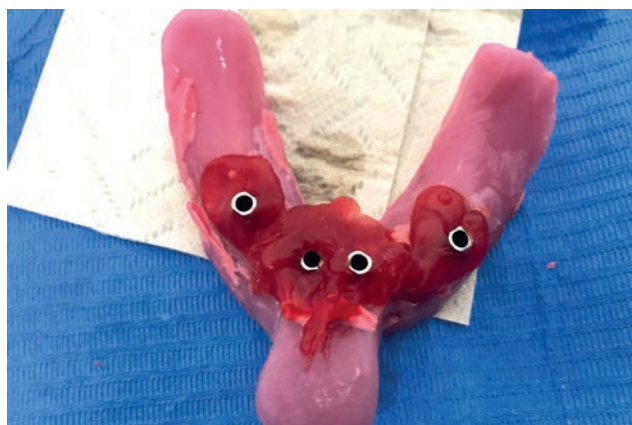


Fig. 30



Fig. 31

Invio l'impronta in laboratorio. Il tecnico prepara una barra in titanio saldata alle cappette in titanio, la quale viene poi inglobata nel manufatto protesico Toronto Bridge (Figg. 32-34).



Fig. 32



Fig. 33



Fig. 34

La mattina del giorno successivo avviene la consegna della Toronto Bridge con struttura metallica definitiva (Figg. 35-37).



Fig. 35



Fig. 36



Fig. 37

Il controllo clinico e radiografico effettuato a 6 mesi di distanza mostra una situazione ottimale: i tessuti duri e molli perimplantari sono stabili e sani (Figg. 38, 39). Si rimuove il manufatto per la ribasatura con resina acrilica e si riconsegna dopo poche ore il manufatto definitivo alla paziente (Figg. 40-42).

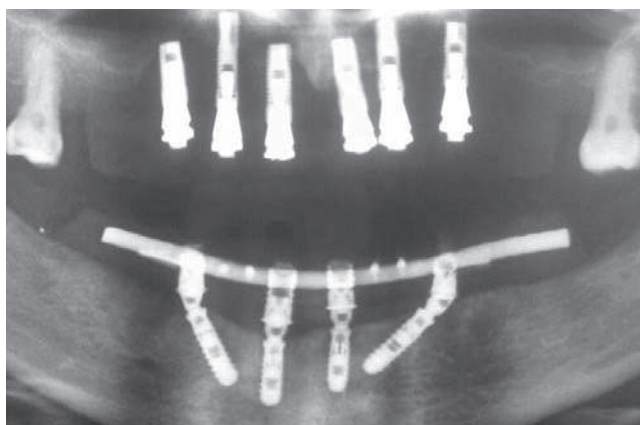


Fig. 38



Fig. 39



Fig. 40



Fig. 41



Fig. 42

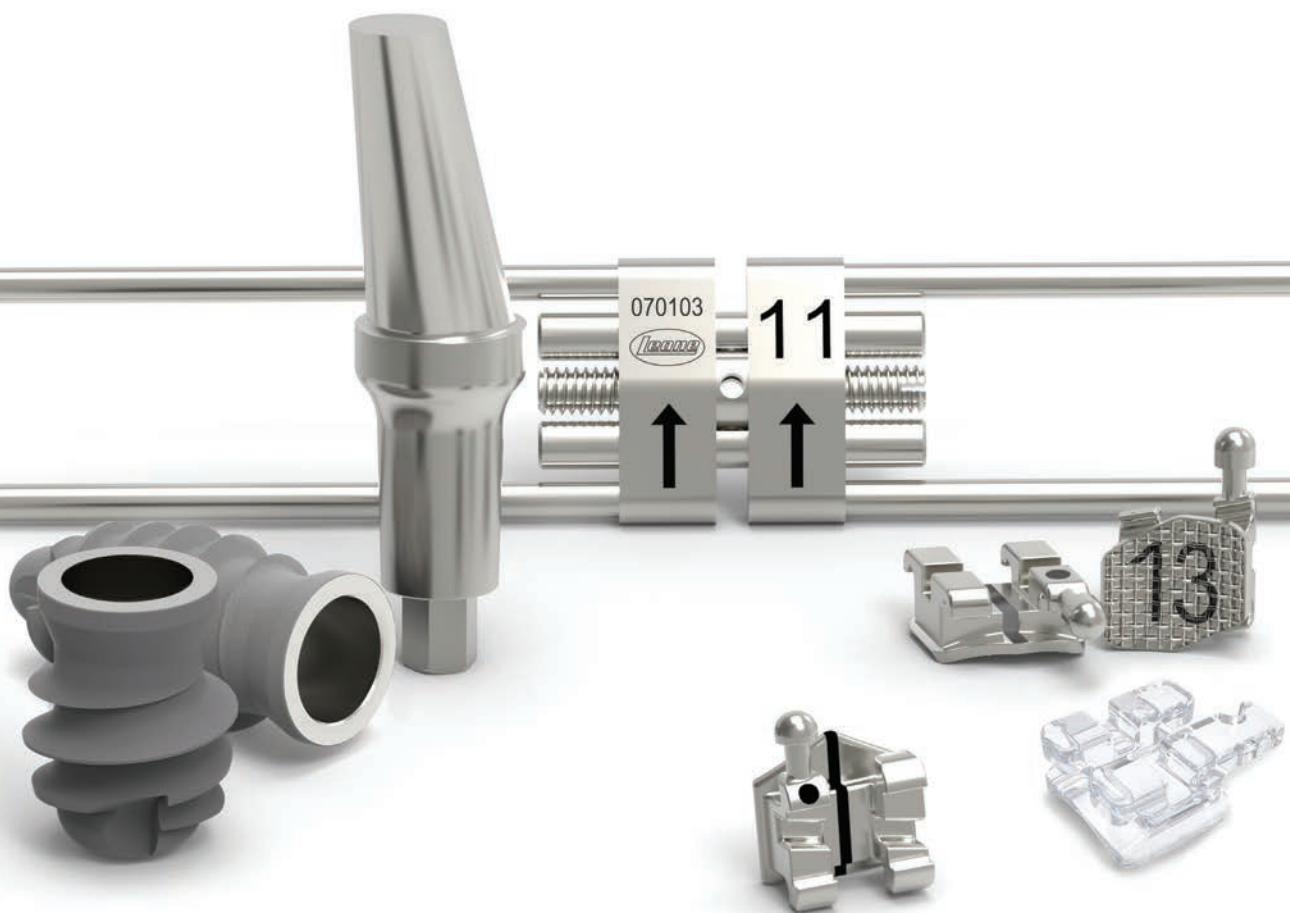
REALIZZAZIONI PROTESICHE

Laboratorio odontotecnico di Dario Citarda - Marsala (TP)

TRADIZIONE,
CONOSCENZA e PASSIONE

per **L'ODONTOIATRIA**

di **QUALITÀ**



LEONE S.p.a. Via P. a Quaracchi 50 - 50019 Sesto Fiorentino - FIRENZE

tel. 055.30441 - fax 055.374808 - email: info@leone.it - www.leone.it



Ortodonzia e Implantologia

Canino incluso: quando l'ortodonzia è impossibile, l'implantologia risolve

Dott. Giuseppe Musiello*, Dott. Antonio Palladino**

*Libero professionista a Vico del Gargano (FG)

**Libero professionista a San Nicandro Garganico (FG)

PAROLE CHIAVE

dente incluso, edentulia multipla, due impianti, sostituto osseo sintetico, follow up, mantenimento osseo, stabilità tessuti gengivali, conservazione delle papille

La paziente di anni 53 presenta da decenni edentulia in regione 23 e 24 e chiede una soluzione protesica fissa, dichiarando l'inclusione dell'elemento 23. Pertanto le viene prescritto un esame TC Dentalscan che evidenzia l'impossibilità al recupero chirurgico-ortodontico dell'elemento 23 per posizione ed angolazione. Si programma quindi un unico intervento per la rimozione del 23 e contestuale inserimento di due impianti in regione 23 e 24.

L'esame TC Dentalscan mostra chiaramente la complessità dell'intervento e l'impossibilità al recupero chirurgico ortodontico del 23 che si trova in posizione 21 con la cuspidi in soluzione di contiguità col canale naso-palatino ed un angolo α di circa 80° (Figg. 1, 2). Fortunatamente l'esame TC evidenzia una quota ossea crestale sufficiente a poter inserire un impianto post-estrattivo in regione 23 e un secondo impianto in regione 24. Al fine di ridurre lo stress chirurgico alla paziente si decide di effettuare la chirurgia estrattiva dell'elemento incluso e l'inserimento implantare in un'unica seduta.

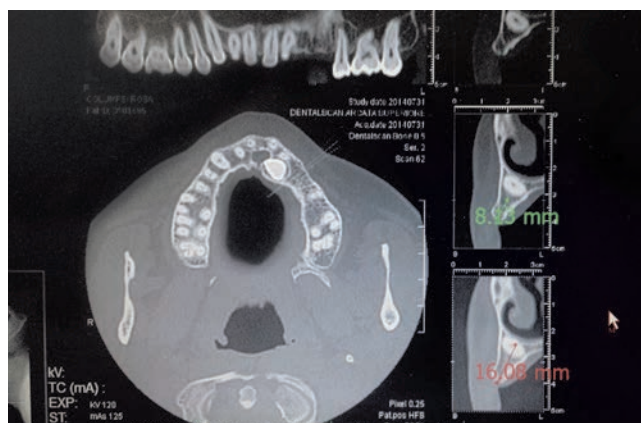


Fig. 1

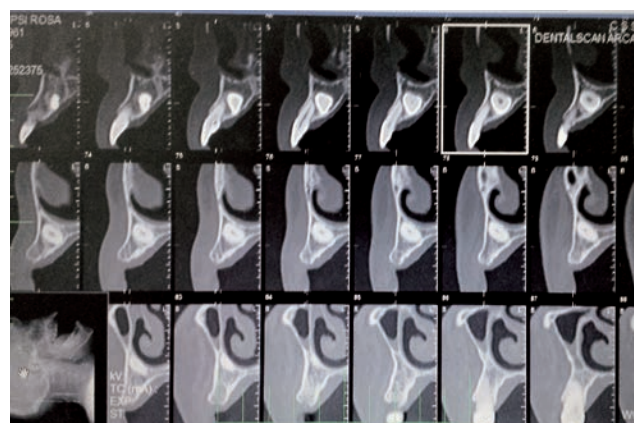


Fig. 2

Si scolpisce un lembo a spessore totale che prevede un'incisione crestale paramarginale dalla superficie mesiale del 25 alla superficie distale del 22, nel rispetto del parodonto e che prosegue con incisione festonata paramarginale palatale al 22 e 21 con uno scarico paramediale alla papilla retroincisiva al fine di preservare l'integrità del fascio vascolo-nervoso nasopalatino (Figg. 3-5).



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

Una volta sollevato il lembo ed apprezzata la bozza ossea contenente la corona del 23, si pratica una breccia ossea per esporre la cuspidale del canino e si effettua l'odontotomia coronale al fine di rendere più agevole le manovre estrattive della porzione cervico-radicolare (Figg. 6, 7).

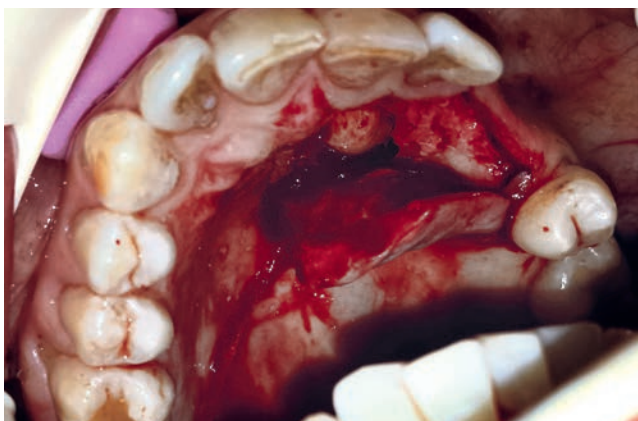


Fig. 6



Fig. 7

Una volta estratto l'elemento 23 (Fig. 8) si inseriscono due impianti, un impianto Leone 3,3x14mm in regione 23 e un impianto Leone 3,3x12mm in regione 24, entrambi circa 1 mm sotto cresta (Figg. 9, 10).



Fig. 8

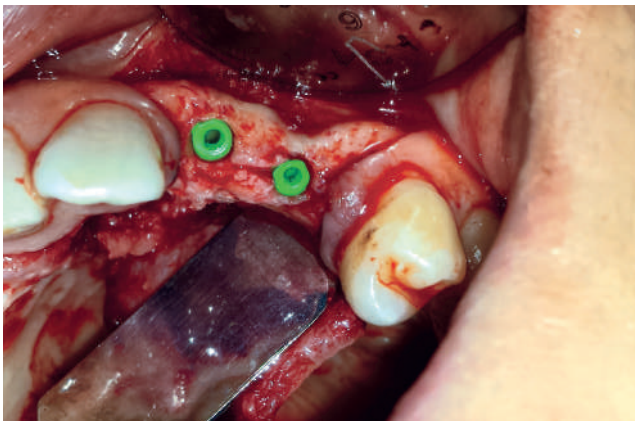


Fig. 9

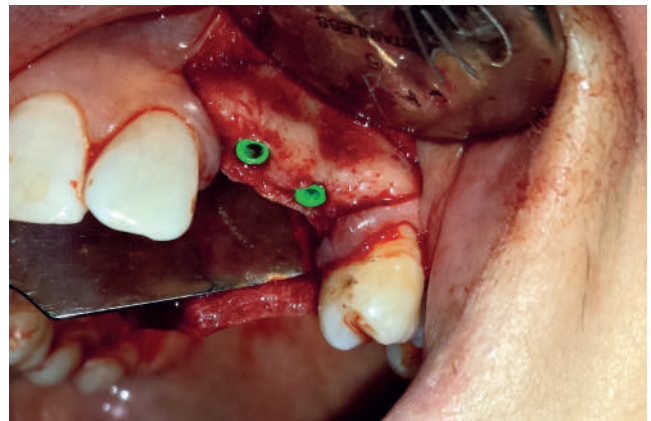


Fig. 10

L'impianto in regione 23 trova per i 2/3 coronali adeguata stabilità primaria mentre la restante porzione apicale, attraversando il tunnel osseo lasciato dalla radice del 23, ha un contatto osseo solo in apice (Figg. 11, 12).



Fig. 11



Fig. 12

Si procede a colmare il gap perimplantare con MBCP Putty (Fig. 13). Il disegno del lembo facilita la chiusura del sito chirurgico con punti di sutura staccati (Figg. 14, 15). La radiografia di controllo post-intervento conferma il corretto posizionamento implantare (Fig. 16). Dopo un tempo di attesa di 4 mesi (Fig. 17) si procede alla riapertura praticando un'incisione anticipata palatale; si può apprezzare la perfetta osteointegrazione implantare senza alcuna perdita di osso crestale (Figg. 18, 19).

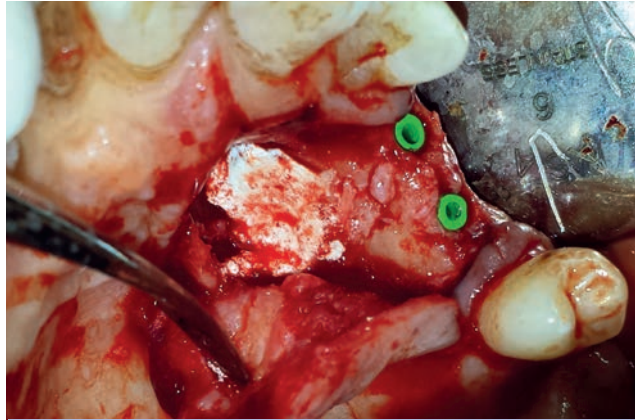


Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15

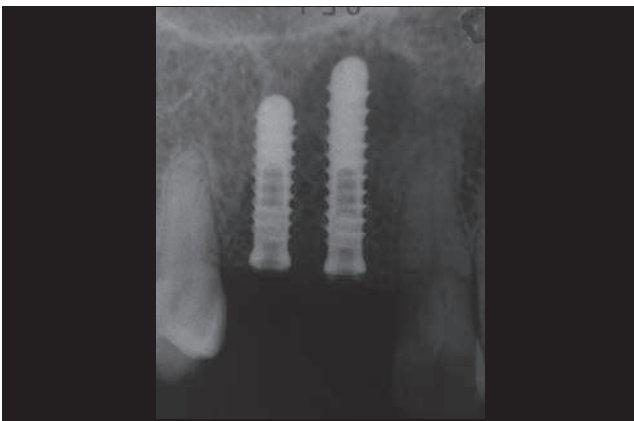


Fig. 16



Fig. 17

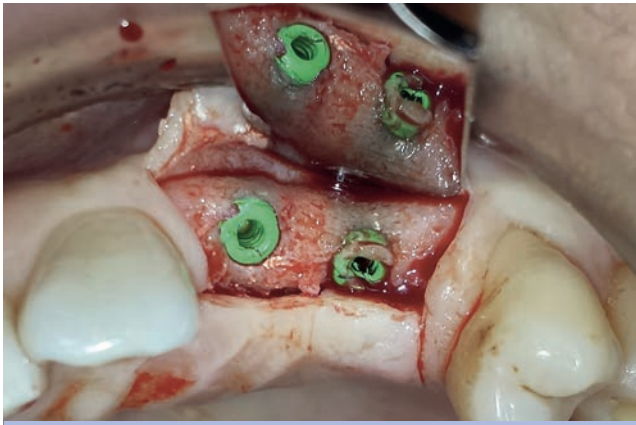


Fig. 18

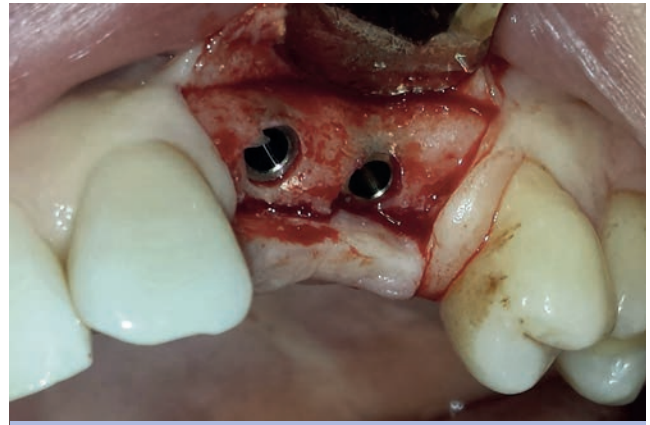


Fig. 19

Si inseriscono due tappi di guarigione 3,3 mm GH5 large e si sutura il lembo vestibolare con punti a materassoio verticali e sutura di Gottlow interimplantare effettuando un piccolo roll-flap al fine di ottenere un incremento della gengiva aderente vestibolare che mimasse la bozza canina nella futura fase protesica (Figg. 20, 21). Dopo circa 30 giorni utili alla maturazione dei tessuti si provvede alla finalizzazione protesica con elementi in ceramica integrale.



Fig. 20



Fig. 21

Il controllo clinico dopo la consegna dei manufatti definitivi evidenzia la buona integrazione tissutale con la presenza della bozza canina e delle papille interprossimali che si sono riformate (Fig. 22).



Fig. 22

PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE

sul Sistema Implantare **EXACONE**[®]

DISPONIBILI ON LINE I COLLEGAMENTI CON GLI ABSTRACT DELLE PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE

RIABILITAZIONE A CARICO IMMEDIATO DI INCISIVO INFERIORE CON IMPIANTO DI DIAMETRO 2,9 mm

Argentino F

Italian Dental Journal 2018;XIII(1):25

RIABILITAZIONE IMPLANTOPROTESICA FULL-ARCH

Dell'Innocenti F, Ceccanti G, Lazzerini G, Pardossi G

Dental Cadmos 2018;86(3):214-226

MORSE TAPER CONNECTION IMPLANTS PLACED IN GRAFTED SINUSES IN 65 PATIENTS: A RETROSPECTIVE CLINICAL STUDY WITH 10 YEARS OF FOLLOW-UP

Mangano F, Bakaj R, Frezzato I, Frezzato A, Montini S, Mangano C

Int J Dent 2017;ID 4573037

CONTROLLO A 12 ANNI DI UN IMPIANTO INSERITO CON TECNICA GBR MONOFASICA

Targetti L

Italian Dental Journal 2017;XII(6):35

IMPIANTI A CONNESSIONE CONOMETRICA: SEMPLIFICAZIONE PROTESICA IN ZONA ANTERIORE

Alteri M

Implant Tribune Italian Edition 2017;VI(1):8-10

UN CASO DI CHIRURGIA COMPUTER GUIDATA COME ALTERNATIVA A PROCEDURE DI RIGENERAZIONE OSSEA

Lucchiari L, Lucchiari N

Italian Dental Journal 2016;XI(6):32

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;27(3):675-681

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

INCLUSIONE CANINA E IMPLANTOLOGIA POST-ESTRATTIVA IMMEDIATA

Dell'Innocenti F

Implant Tribune Italian Edition 2015;IV(4):7-11

L'elenco completo è consultabile nel nostro sito

www.leone.it/servizi/pubblicazioni-scientifiche-implantologia.php



PROFESSIONALITÀ
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!



Dr. LEONARDO TARGETTI
Firenze



Dr. ROBERTO MELI
Firenze



Dr. SALVATORE BELCASTRO
Ponte Valleceppi - PG



Dr. LEONARDO PALAZZO
Perugia



Dr. MARIO GUERRA
Roma



Dr. ALBERTO FREZZATO
Rovigo



Dr. NAZARIO RUSSO
Benevento



Dr. GIACOMO COPPOLA
Arzano - NA



Dr. RENATO TURRINI
Massarosa - LU



Dr. FULVIO FLORIDI
Città di Castello - PG



Dr. LUIGI LUCCHIARI
Due Carrare - PD



Dr. MARINO MICCINI
Montesilvano - PE



Dr. FABRIZIO DELL'INNOCENTI
Ponsacco - PI



Dr. GIANCARLO ROMAGNUOLO
Roma, Torino, Capri



Dr. ALFONSO SINISI
Ca' Savio - VE



Dr. SALVATORE DETTORI
Sorso - SS



Dr. BRUNO PORTELLI
Vicenza



Dr. DARIO MERCURI
Roma

EXACONE[®] 2.9



Grande performance
Piccolo diametro

Leone S.p.a.

Via P. a Quaracchi 50
50019 Sesto Fiorentino | Firenze | Italia

Ufficio Vendite Italia:

tel. 055.3044600 | fax 055.374808
italia@leone.it | www.leone.it



Ortodonzia e Implantologia