

# Il tempo: una risorsa preziosa

La cosa che più di ogni altra ci attendiamo dall'evoluzione tecnologica è che essa ci permetta di risparmiare **tempo**.

Il tempo, infatti, è per tutti una fra le risorse più preziose.

I ritmi delle nostre vite sono frenetici e difficilmente riusciamo a non affannarci nel tentativo di portare a termine tutto ciò che ci siamo prefissati nel tempo a disposizione.

Alla tecnologia chiediamo dunque strumenti che ci aiutino a risparmiare tempo.

Computer sempre più veloci, mezzi di trasporto più rapidi, strumenti di comunicazione immediati.

Ognuno nel suo campo chiede che sia soddisfatta al meglio questa esigenza.

La ricerca deve quindi essere concentrata su questo obiettivo, nello sviluppare nuovi prodotti che possano trovare spazio nel mercato. Solo se l'acquirente percepisce un vantaggio comprerà il prodotto frutto dell'innovazione e questo vantaggio dovrà essere economico, estetico, ma soprattutto efficiente in termini di tempo.

Anche in implantologia riteniamo, quindi, sia importante trovare gli strumenti adeguati per permettere sia al medico, sia al paziente di ottimizzare il loro tempo.

Un primo risultato, che abbiamo ottenuto applicando la nostra ricerca all'andare incontro a questa esigenza, è stato quello di ottimizzare i tempi necessari alla soluzione di casi, frequenti in studio, di fissaggio di protesi overdenture o-ring.

Ecco quindi sviluppata l'idea dei monoimpianti per overdenture o-ring Leone.

I nostri monoimpianti permettono di ottenere il recupero funzionale e la stabilizzazione della protesi anche nella stessa seduta dell'intervento.

Le loro caratteristiche, che sono ampiamente descritte all'interno della rivista, sono tali da permettere un notevole risparmio di tempo alla poltrona con benefici immediati ed evidenti, non ultima la grande soddisfazione del paziente.

Nelle pagine seguenti è illustrato un caso realizzato dal Dott. Meli, componente del nostro Exacone Team, che mostra con quanta semplicità la riabilitazione di una protesi overdenture o-ring viene realizzata con l'impiego dei nostri monoimpianti.

Ci auguriamo che attraverso queste immagini riusciate a percepire i vantaggi in termini di tempo e comfort per il paziente che è possibile ottenere con questo sistema.

Per chi volesse approfondire e vedere in diretta alcuni casi trattati con i nostri monoimpianti, posso anticipare che stiamo organizzando alcune giornate dimostrative nella nostra sede corsi ISO e saremo lieti di avervi qui in tali occasioni. Il calendario di queste giornate lo diffonderemo non appena possibile.

Elena Pozzi

e-mail: [epozzi@leone.it](mailto:epozzi@leone.it)

*Dr. Roberto Meli*

## **Edentulia totale inferiore riabilitata con protesi overdenture O-ring su monoimpianti**

Parole chiave

pag. 4

*Dr. Leonardo Palazzo, Dr. Salvatore Belcastro, Dr.ssa Cristina Rossi, Dr. Fulvio Floridi*

## **La protesi fissa nella riabilitazione protesico-implantare dell'edentulismo totale**

Parole chiave

pag. 8

*Dr. Alberto Frezzato*

## **Selle edentule**

Parole chiave

pag. 18

## **Nuovi prodotti**

pag. 24

*Dr. Leonardo Targetti*

## **Edentulia singola in zona molare: la corretta gestione dei tessuti molli**

Parole chiave

pag. 30

# INDICE

*Dr. Marino Miccini*

## **Carico immediato: sella edentula riabilitata con protesi su due impianti**

Parole chiave

**pag. 32**

## **Calendario Corsi ISO**

**pag. 34**

*Dr. S. Belcastro, Dr. L. Sciarrone, Dr. L. Palazzo, Dr. M. Guerra*

## **Protesi rimovibile su barra a carico immediato**

Parole chiave

**pag. 35**

*Dr. Ernesto Caselli*

## **Edentulia singola**

Parole chiave

**pag. 40**

*Dr. L. Lucchiari*

## **Edentulia inferiore totale riabilitata con protesi amovibile su barra avvitata**

Parole chiave

**pag. 43**

## **I perché sul sistema implantare Exacone™**

**pag. 47**

# Edentulia totale inferiore riabilitata con protesi overdenture O-ring su monoimpianti

Dr. Roberto Meli

Libero professionista a Firenze

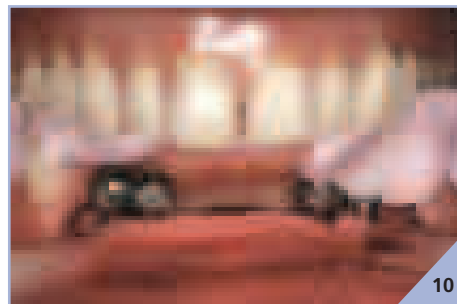
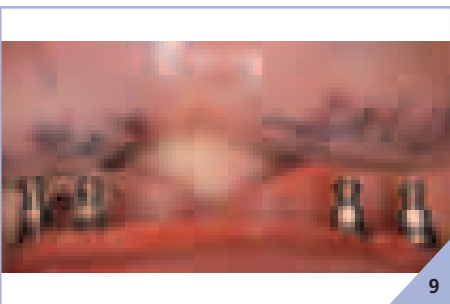
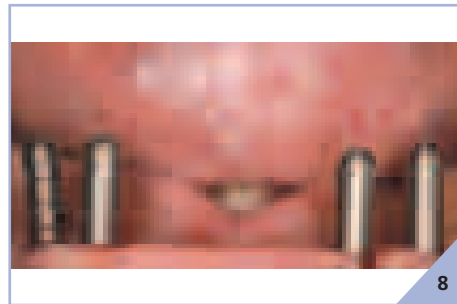
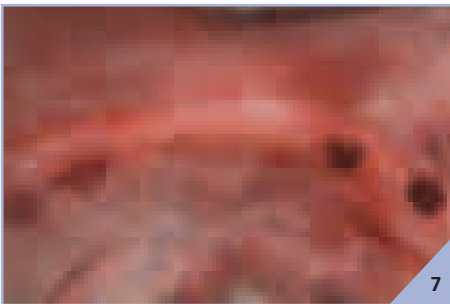
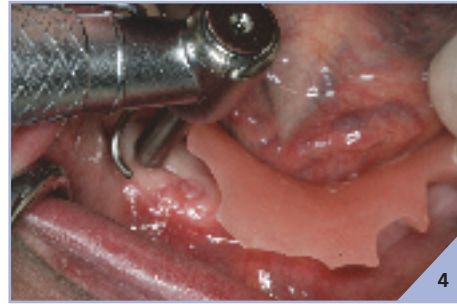
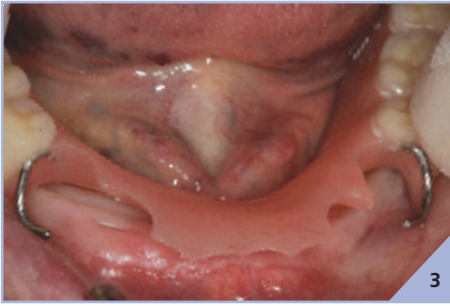
Paziente femminile di anni 66.

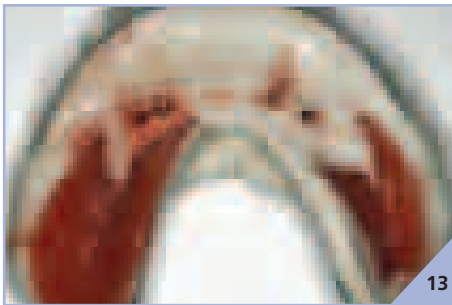
La paziente si presenta edentula e da alcuni anni non utilizza la protesi inferiore preesistente (figg. 1-2). Si pianifica l'inserimento di 4 monoimpianti in zona intermentoniera per la stabilizzazione della protesi preesistente. Durante l'intervento la protesi preesistente si mostra utile per la determinazione delle sedi implantari (figg. 3-4). Si marca la mucosa con il mucotomo montato sul contrangolo (figg. 4-5) e si rimuovono i tasselli con l'aiuto di uno scollaperiostio (figg. 6-7). L'osteotomia, molto semplificata, prevede l'utilizzo di una fresa a pallina, in alcuni casi non indispensabile, e della fresa pilota diametro 2,2 mm. Dopo aver controllato il parallelismo con i pin (fig. 8) si prelevano i monoimpianti dalla loro confezione, il tappo-avvitatore di plastica sul quale sono montati consente l'inserimento iniziale. Nel momento in cui il tappo-avvitatore non permette di proseguire l'avvitamento del monoimpianto, l'operatore avverte che il tappo gira a vuoto, l'operazione deve essere completata con l'ausilio dell'apposita chiave a farfalla. Dopo aver inserito i quattro monoimpianti (fig. 9) si rilevano un morso di centrica in silicone (Fig. 10) e un'impronta della protesi antagonista (fig. 11). Si posizionano le quattro cuffie standard sui monoimpianti (fig. 12) che rimangono incluse, insieme alla protesi preesistente, in una impronta di posizione (fig. 13). Il laboratorio ha provveduto nella stessa giornata all'inserimento dei denti mancanti mantenendo lo spazio necessario all'alloggiamento delle cuffie (fig. 14). Per alcuni giorni la paziente ha utilizzato la protesi con le cuffie inserite sui monoimpianti ma non ancora bloccate alla protesi con lo scopo di ottenere un corretto appoggio mucoso. Il fissaggio delle cuffie e quindi il carico dei monoimpianti è avvenuto a distanza di una settimana dall'intervento (figg. 15-18). Successivamente è stata realizzata una protesi definitiva con griglia di rinforzo in lega stellite e con gli alloggiamenti in corrispondenza delle cuffie (fig. 19). Per il bloccaggio della protesi definitiva sono state adottate le microcuffie in dotazione con i monoimpianti (figg. 20-24). Si noti l'applicazione della diga sui monoimpianti per proteggere i tessuti molli durante il fissaggio delle cuffie dentro la protesi (figg. 16, 22).

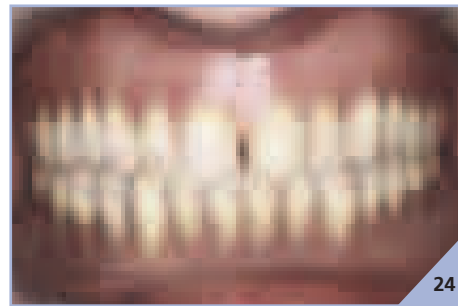
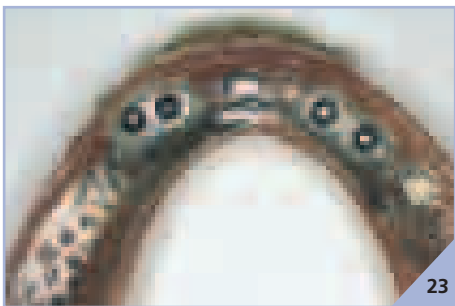
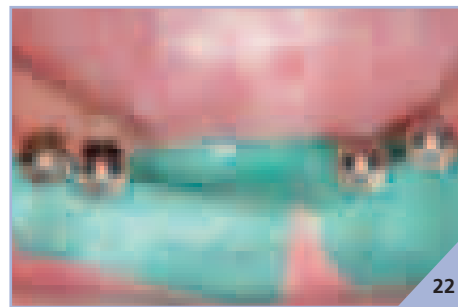
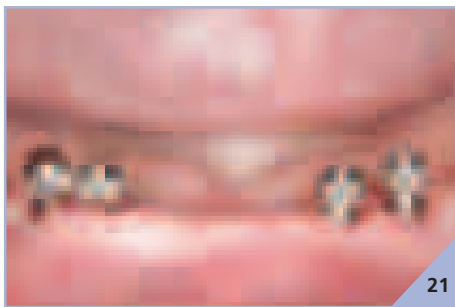
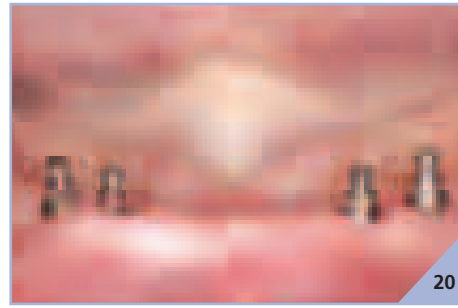
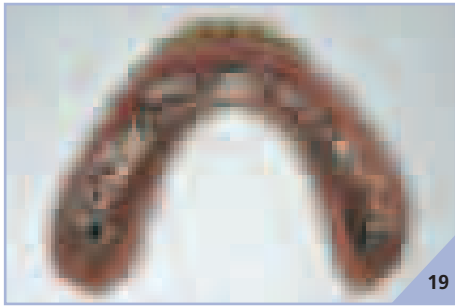
## Parole chiave

edentulia totale inferiore, stabilizzazione protesi preesistente, monoimpianti, overdenture o-ring









# La protesi fissa nella riabilitazione protesico-implantare dell'edentulismo totale

Dr. Leonardo Palazzo, Dr. Salvatore Belcastro, Dr.ssa Cristina Rossi, Dr. Fulvio Floridi

Servizio di Odontoiatria, Ospedale Civile di Gubbio

Responsabile: Dr. Mario Guerra

La riabilitazione protesico-implantare nell'edentulismo totale rappresenta una sfida operativa di notevole difficoltà a causa delle complesse condizioni di cui è necessario tener conto.<sup>(1-2)</sup> In primo luogo occorre considerare le conseguenze di carattere anatomo-funzionali ed estetiche determinate dalla perdita degli elementi dentali ed evidenziabili sia a livello intra-orale che extra-orale. A livello intra-orale si verifica un riassorbimento dell'osso alveolare, con conseguente riduzione della gengiva aderente, esteriorizzazione dei fasci vascolo-nervosi con conseguenti dolori e parestesie, superficializzazione delle inserzioni muscolari con aumento dell'instabilità protesica ed aumento di volume della lingua. A livello extra-orale si ha perdita della dimensione verticale scheletrica, tendenza alla terza classe per ante-rotazione della mandibola, scomparsa dell'angolo labio-mentale, assottigliamento del labbro superiore che occuperà una posizione più arretrata, approfondimento del solco naso-labiale ed ipotonia e collasso della muscolatura periorale con modificazione dell'estetica e dell'espressione. Il mascellare superiore diventa in senso trasversale più stretto, al contrario dell'arco mandibolare che diviene più largo. Si verifica, spesso, anche un'alterazione della qualità ossea, con riduzione della sua densità, dovuta alla perdita delle sollecitazioni meccaniche trasmesse sull'osso dai denti naturali.<sup>(3)</sup> L'obiettivo della riabilitazione protesica è la sostituzione dei tessuti persi in modo da restituire al paziente un'adeguata funzionalità con un'estetica il più vicino possibile a quella naturale. Per raggiungere risultati estetici e funzionali soddisfacenti occorre formulare un piano di trattamento che preveda le seguenti tappe: anamnesi, esame obiettivo intra-orale ed extraorale, esame radiografico, studio dei modelli. Queste fasi permettono la scelta del dispositivo protesico più idoneo. Con l'anamnesi si conosce la storia medica del paziente, si evidenzia la presenza di eventuali controindicazioni alla terapia implantare ma, soprattutto, si comprendono le esigenze del paziente di carattere estetico, funzionale e psicologico.<sup>(4)</sup> Attraverso l'esame obiettivo extra-orale si valuta: la simmetria del viso, il profilo facciale, la dimensione verticale, la classe scheletrica, la morfologia delle labbra e la linea del sorriso. Con l'esame obiettivo intra-orale si valutano i tessuti molli, la morfologia ossea macroscopica ed i rapporti intermascellari.<sup>(5)</sup>

Gli esami radiografici più usati per la valutazione della quantità e della qualità ossea sono: la radiografia endorale, l'ortopanoramica, la teleradiografia latero-laterale del cranio ed il Dentascan®.<sup>(6)</sup> Il montaggio dei modelli di studio in gesso su articolatore consente di analizzare lo spazio disponibile per la protesi, i rapporti tra le arcate nei tre piani dello spazio e di realizzare la ceratura diagnostica. Questa fornirà informazioni precise sulla forma, l'altezza e la posizione delle corone, nonché sul sito ideale di posizionamento dell'impianto. La ceratura diagnostica permette di realizzare la dima chirurgica e di creare un provvisorio per le manovre di carattere estetico e fonetico da trasferire alla protesi definitiva.

Nell'edentulismo totale le scelte terapeutiche sono determinate da:

- 1) l'importanza del riassorbimento osseo
- 2) il rapporto tra le arcate
- 3) la richiesta del paziente.

Le opzioni terapeutiche sono: overdenture su impianti, Toronto Bridge e protesi fissa su impianti.

Nei seguenti casi clinici si è presa in considerazione la protesi fissa su impianti.

La protesi fissa su impianti è un ponte fisso supportato da impianti su cui la protesi è avvitata o più spesso cementata.

Indicazioni:

- cresta poco riassorbita
- buoni rapporti tra le arcate sia in senso antero-posteriore che verticale e trasversale
- Possibilità di inserire gli impianti in corrispondenza dell'emergenza dei denti ed in corrispondenza dei settori posteriori retro-foramina e sotto-sinusali.

Vantaggi:

- estetica spesso soddisfacente
- ottimi risultati funzionali e psicologici.

Svantaggi:

- in caso di atrofia marcata ed in pazienti con linea del sorriso alta: denti lunghi e problemi estetici
- difficile sostegno delle labbra e problematiche fonetiche.

Parole chiave

edentulia totale, split crest, post-estrattivo immediato, tecnica bifasica



## Caso 1

Paziente di anni 55.

La situazione clinica iniziale era caratterizzata dall'assenza di numerosi elementi dentali e dalla grave compromissione di tutti quelli residui (figg. 1-2).



Fig. 1 - Ortopantomografia

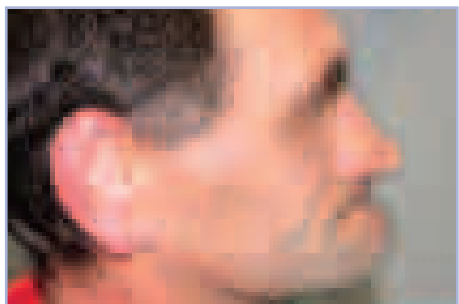


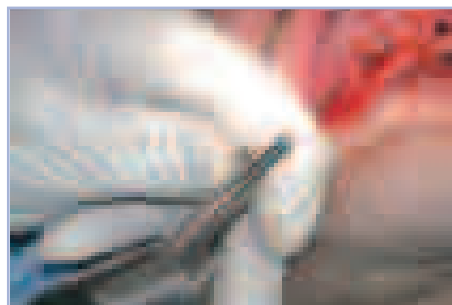
Fig. 2

Il piano di trattamento prevedeva l'estrazione di tutti gli elementi dentali residui ed una riabilitazione fissa metallo-ceramica a supporto implantare. Le estrazioni sono state seguite dalla consegna di una protesi totale provvisoria rimovibile (fig. 3) con lo scopo di sostituire temporaneamente i denti e di effettuare le manovre cliniche di carattere estetico e fonetico da trasferire alla protesi finale.



Fig. 3 - Protesi provvisoria

La prima fase chirurgica ha portato all'inserimento di 16 impianti (8 nell'arcata inferiore e 8 nell'arcata superiore), di cui 12 con diametro di 3,3 mm e 4 da 4,1 mm. Il posizionamento implantare nei settori laterali di destra del mascellare superiore e della mandibola ha richiesto, visto l'esiguità dei diametri ossei vestibolo-orali, un intervento di espansione di cresta<sup>(7)</sup> effettuato con strumenti rotanti (frese) e manuali (scalpelli, osteotomi: lanceolati e compattatori) (figg. 4-6).



Figg. 4, 5, 6 - Intervento di espansione di cresta effettuato con strumenti rotanti e manuali

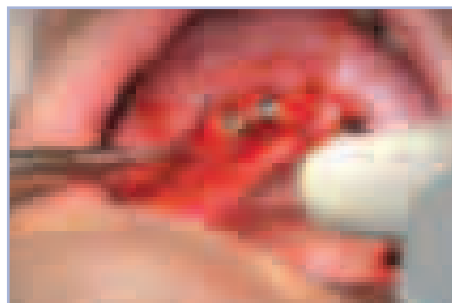


Fig. 5



Fig. 6

Il controllo radiografico a 4 mesi di distanza, mostra la perfetta integrazione di tutti gli impianti, confermata in seguito dalle osservazioni cliniche (fig. 7).



Fig. 7 - Controllo radiografico a 4 mesi di distanza, mostra la perfetta integrazione di tutti gli impianti

Le successive fasi protesiche sono state condotte con le metodiche convenzionali ed hanno portato all'allestimento di un manufatto protesico di 24 elementi (figg. 10-26).



Fig. 10 - Transfers d'impronta inseriti

La seconda fase chirurgica è stata effettuata con piccole incisioni semilunari in modo da aumentare la banda di gengiva aderente vestibolare e migliorare il profilo di emergenza protesico (figg. 8-9).



Fig. 8 - Seconda fase chirurgica a 6 mesi di distanza

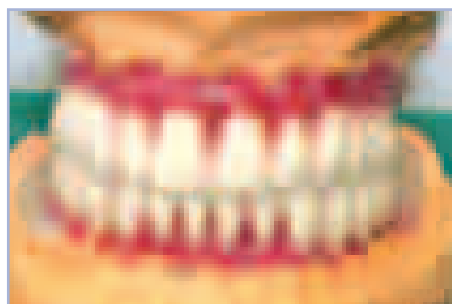


Fig. 11, 12, 13, 14 - Prova estetica



Fig. 9 - Incisioni semilunari per aumentare la banda di gengiva aderente vestibolare e migliorare il profilo d'emergenza protesico

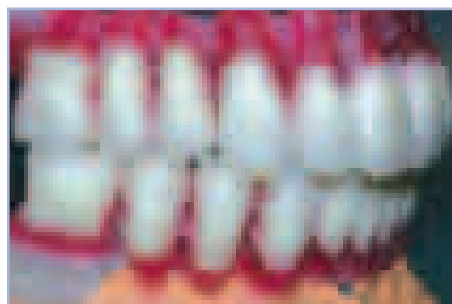


Fig. 12



Fig. 13

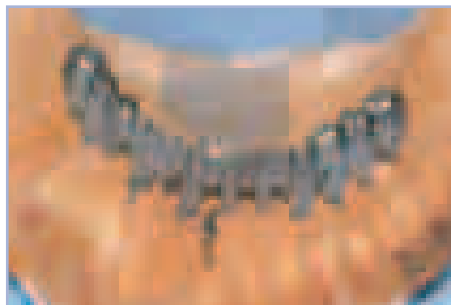


Fig. 17

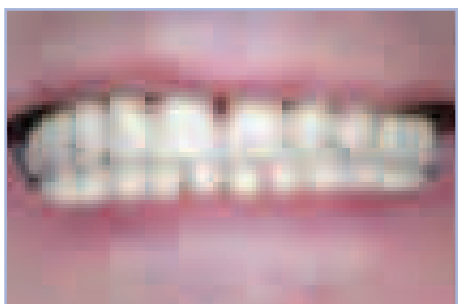


Fig. 14

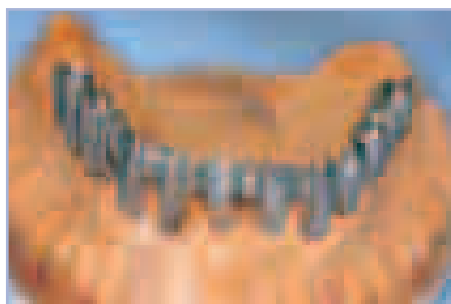


Fig. 18



Fig. 15, 16, 17, 18 - Monconi e sovrastrutture protesiche



Fig. 19, 20, 21, 22 - Prova intraorale dei monconi e delle sovrastrutture protesiche

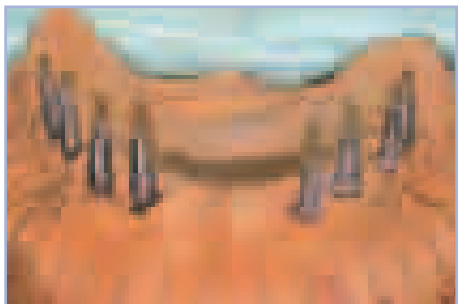


Fig. 16



Fig. 20



Fig. 21

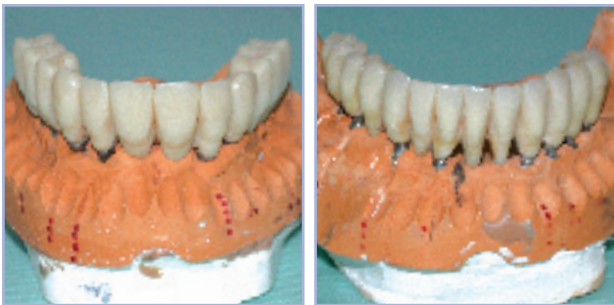


Figg. 25, 26 - Ottimo recupero delle discrepanze scheletriche sagittali e verticali



Fig. 22

I risultati estetici e funzionali appaiono più che soddisfacenti considerando l'elevato riassorbimento osseo delle creste alveolari (fig. 27).



Figg. 23, 24 - Visione vestibolare del manufatto protesico definitivo

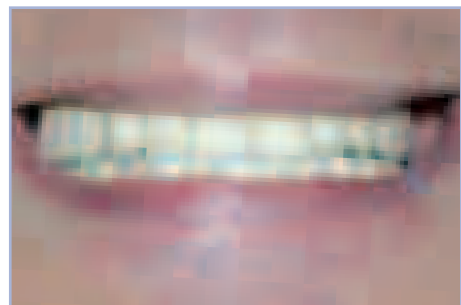


Fig. 27 - Sorriso del paziente

## Caso 2

Paziente di anni 58.

L'esame obiettivo e l'OPT mostravano una situazione dento-parodontale molto precaria e assenza di numerosi elementi dentali (figg. 28, 29).



Fig. 28 - Ortopantomografia



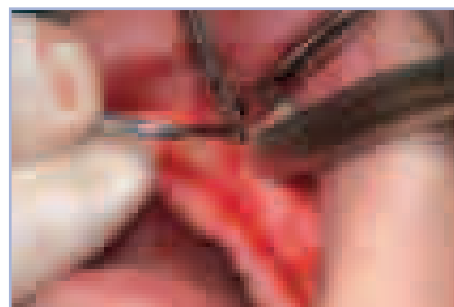
Fig. 29 - Visione intraorale iniziale

L'esigenza del paziente era quella di riabilitare tramite protesi fissa a supporto implantare l'arcata superiore ed inferiore. L'ortopantomica mostrava una buona quantità di osso residuo utilizzabile ai fini implantologici.

Il piano di trattamento prevedeva l'estrazione di tutti gli elementi dentali ed una riabilitazione fissa metallo ceramica a supporto implantare.

L'esame clinico evidenziava una buona conservazione della cresta ossea in senso verticale e degli spessori ossei vestibolo-oral. Si decideva per l'inserimento di 8 impianti a livello dell'arcata superiore ed 8 impianti a livello dell'arcata inferiore.

Durante l'intervento veniva eseguita exeresi chirurgica di cisti residua del mascellare superiore (figg. 30-49).



Figg. 30, 31 - Cistectomia

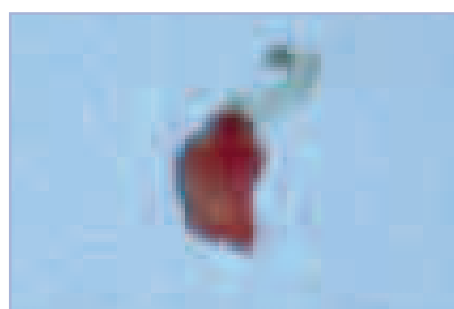


Fig. 31



Fig. 32



Fig. 33

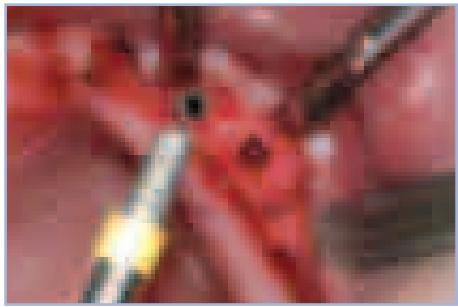


Fig. 34, 35, 36, 37 - Insetimento degli impianti nel settore laterale di sinistra del mascellare superiore

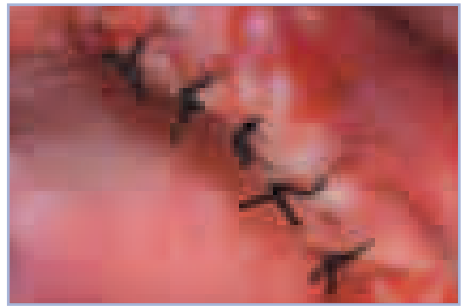


Fig. 38 - Sutura

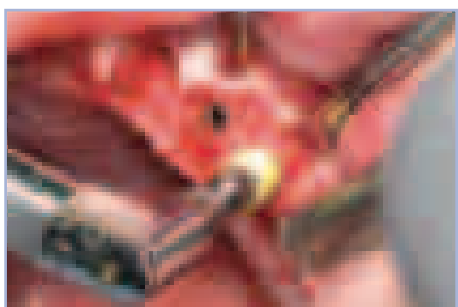


Fig. 35

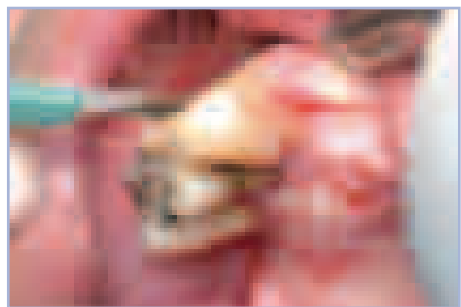


Fig. 39 - Incisione del tessuto molle

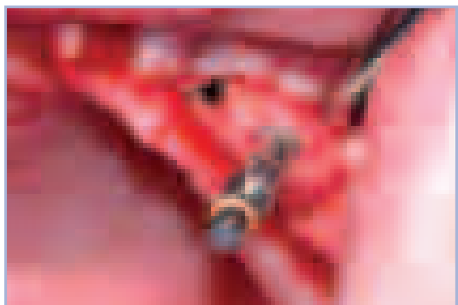


Fig. 36



Fig. 40, 41, 42 - Estrazione degli elementi 13, 14 e 15

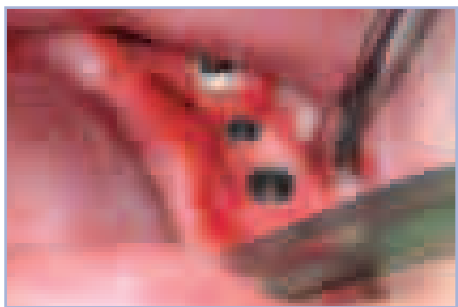


Fig. 37

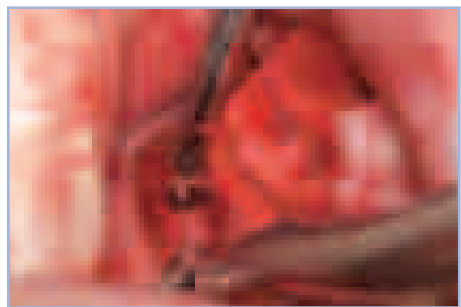


Fig. 41



Fig. 42



Fig. 46 - Inserimento degli impianti

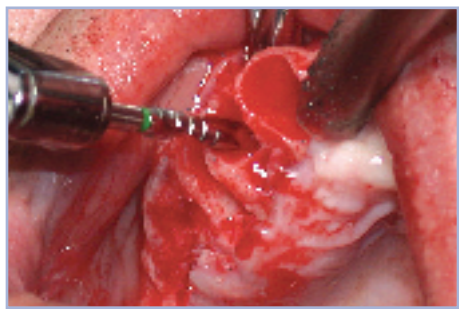


Fig. 43, 44, 45 - Preparazione dei siti implantari



Fig. 47 - Sutura

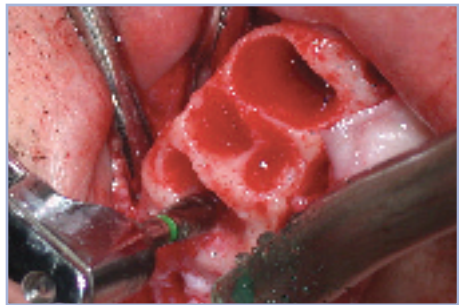


Fig. 44



Fig. 48, 49 - Impianti inseriti nel mascellare inferiore

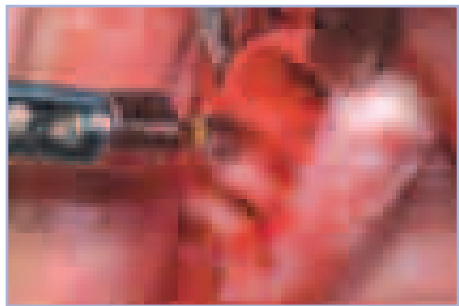


Fig. 45



Fig. 49

La radiografia di controllo, effettuata a 6 mesi di distanza, mostra la perfetta integrazione di tutti gli impianti, confermata in seguito dalle osservazioni cliniche (fig. 50).

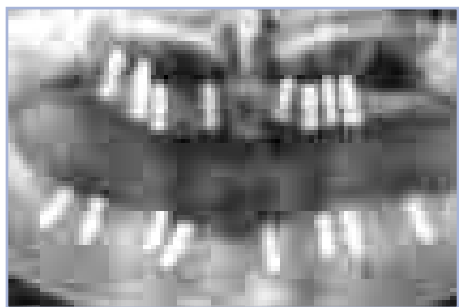


Fig. 50 - Controllo radiografico a 6 mesi di distanza

Le successive fasi protesiche sono state condotte con le metodiche convenzionali ed hanno portato alla consegna di un manufatto protesico di 24 elementi metallo-ceramica (figg. 51-59).

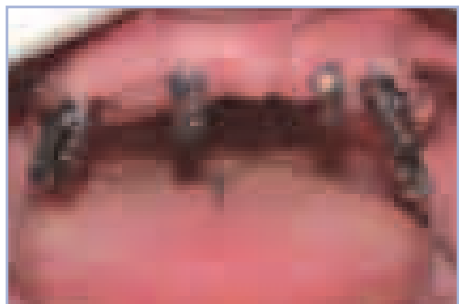


Fig. 51, 52 - Transfers d'impronta inseriti

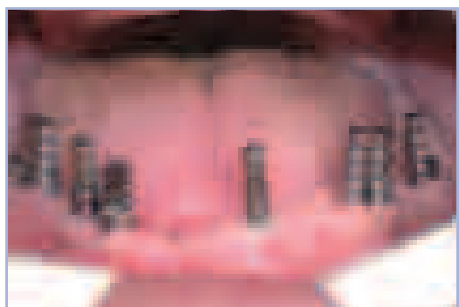


Fig. 52

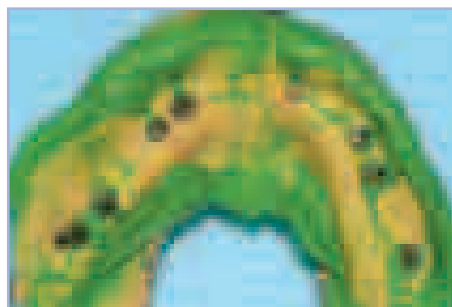


Fig. 53, 54 - Impronte

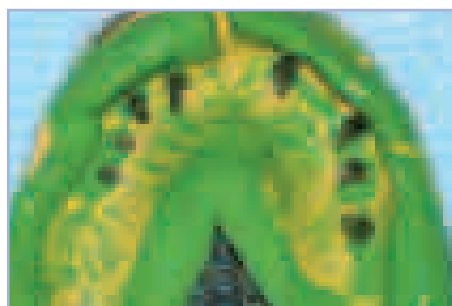


Fig. 54



Figg. 55, 56 - Impronte con analoghi inseriti sui transfer

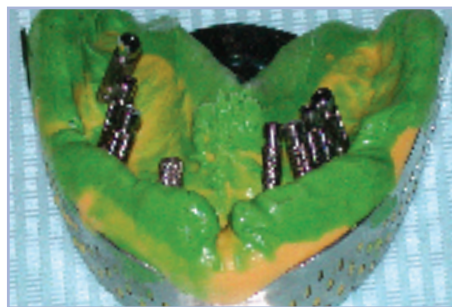


Fig. 56





Fig. 57, 58 - Prova dei monconi preparati in laboratorio



Fig. 59 - Prova delle sovrastrutture protesiche

Dal sorriso del paziente si può notare il buon risultato estetico (fig. 60).



Fig. 58



Fig. 60 - Sorriso del paziente

Realizzazioni protesiche

Laboratorio Wilocs - Roma

# Selle edentule

Dr. Alberto Frezzato

Libero professionista a Rovigo

Paziente femminile di anni 53.

La paziente è affetta da diabete lieve in compenso, portatrice di parodontopatia cronica con riassorbimento osseo prevalentemente orizzontale, in terapia di mantenimento. Presenta una perdita di supporto dentale con diastema centrale (fig. 33) e triangoli neri interdentali. Il labbro nasconde la zona gengivale. Presenta inoltre edentulia intercalata al 3° quadrante (Kennedy VI) e, di fatto, una edentulia distale bilaterale superiore (Kennedy I), essendo la protesi al I° quadrante non recuperabile (figg. 1-4).

Il piano di trattamento prevede la rimozione della protesi sui pilastri 7+ 3+ non recuperabili e la riabilitazione implanto-protetica al 1° e 3° quadrante mediante utilizzazione di impianti "Exacone" a connessione conometrico-esagonale. Si inseriscono 3 fixture in sede 4+ (post-estrattivo immediato) 5+ e 6+ in tecnica bifase (figg. 5-12). La fase di laboratorio prevede il fresaggio dei tre monconi e la realizzazione della travata metallica sui tre elementi (figg. 13-14). Al momento della prova in bocca dei monconi fresati e della travata (figg. 15-18), si esegue estrazione di 7+ (figg. 19-20). Dopo la consegna del lavoro ultimato, si attivano i tre monconi negli impianti e si cementa sopra la protesi (figg. 21-27).

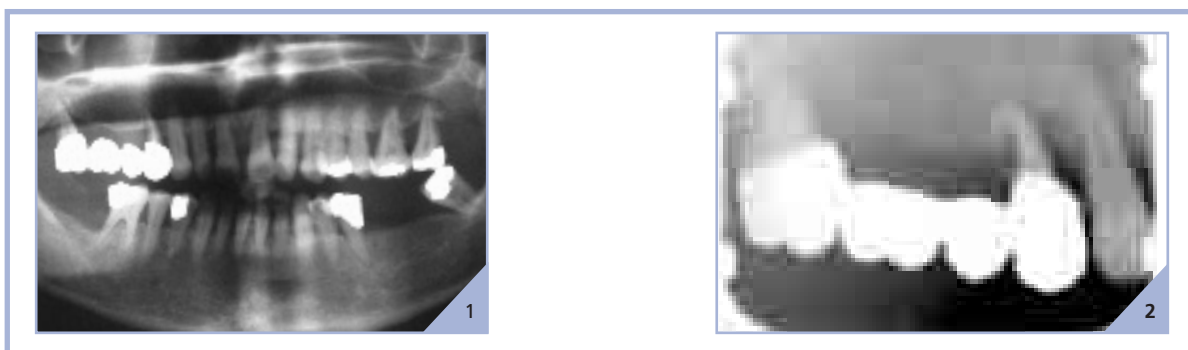
Al terzo quadrante si inseriscono due fixture in posizione -6 e -7 in due fasi chirurgiche (figg. 28-29).

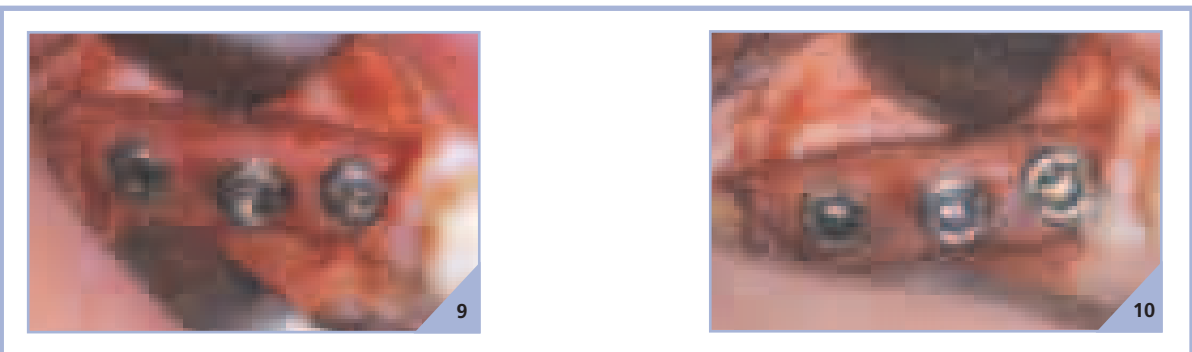
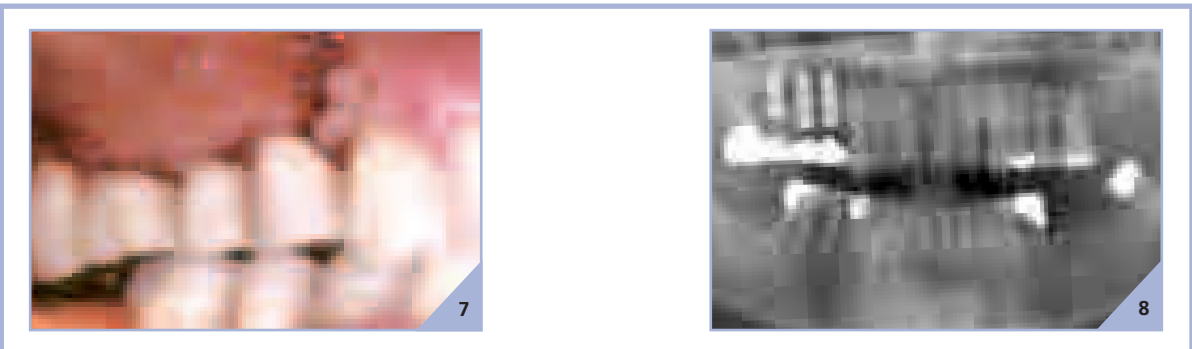
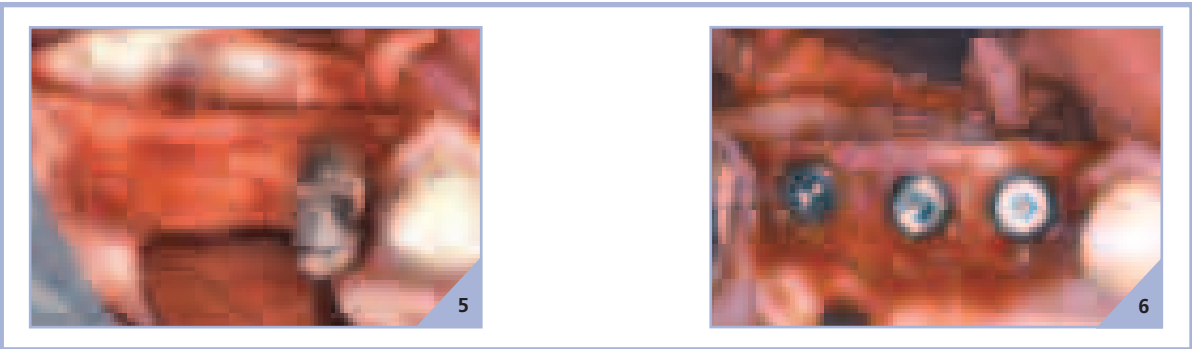
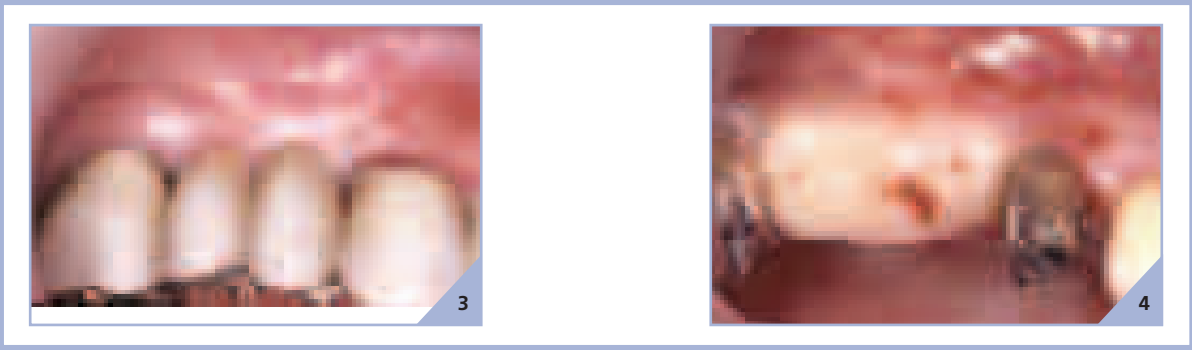
Si eseguono protesi su pilastro naturale e su impianti, non collegate (figg. 30-32).

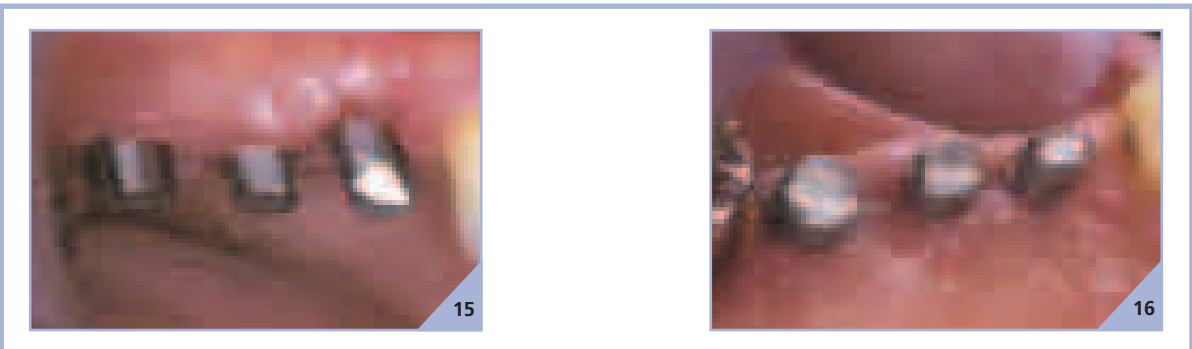
Per completare il trattamento viene eseguita una coronoplastica in composito a mascheramento della recessione gengivale e a chiusura del diastema (figg. 33-34).

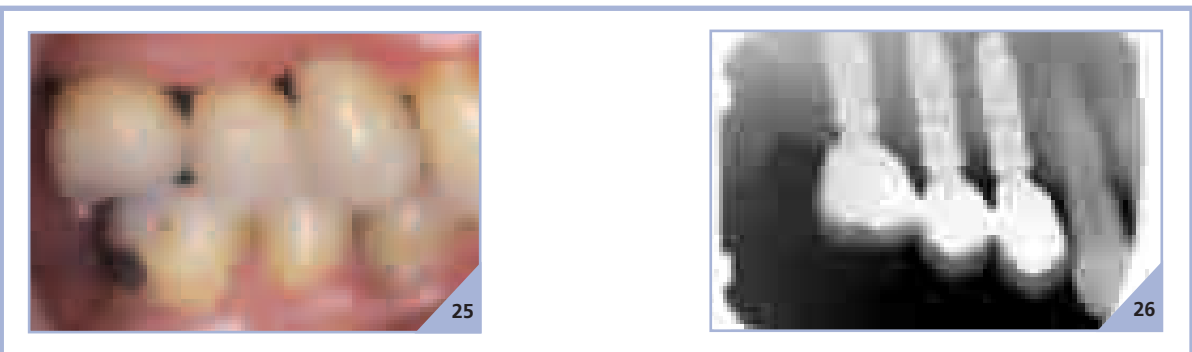
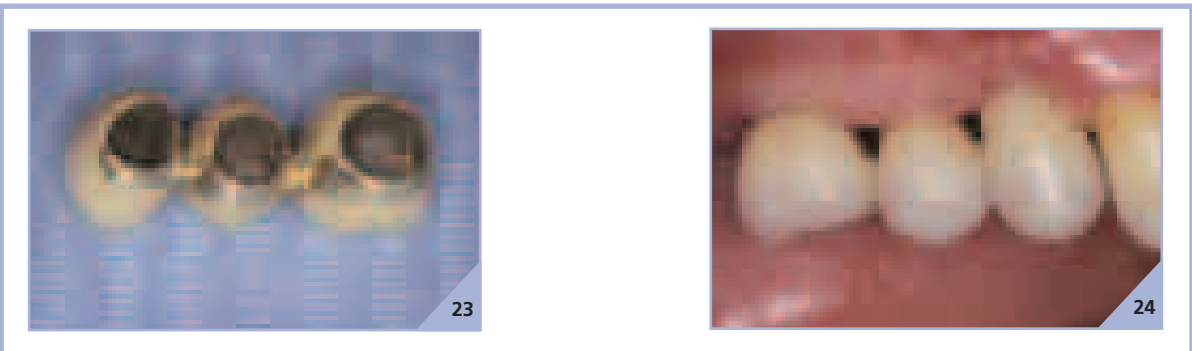
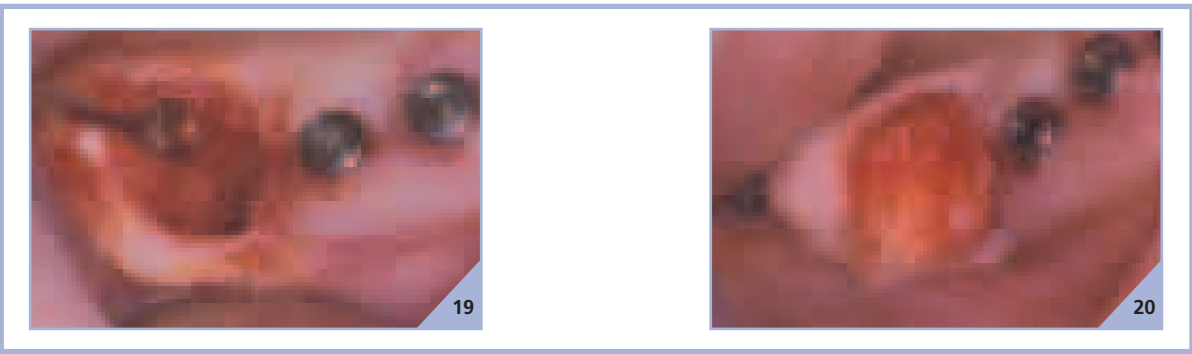
Parole chiave

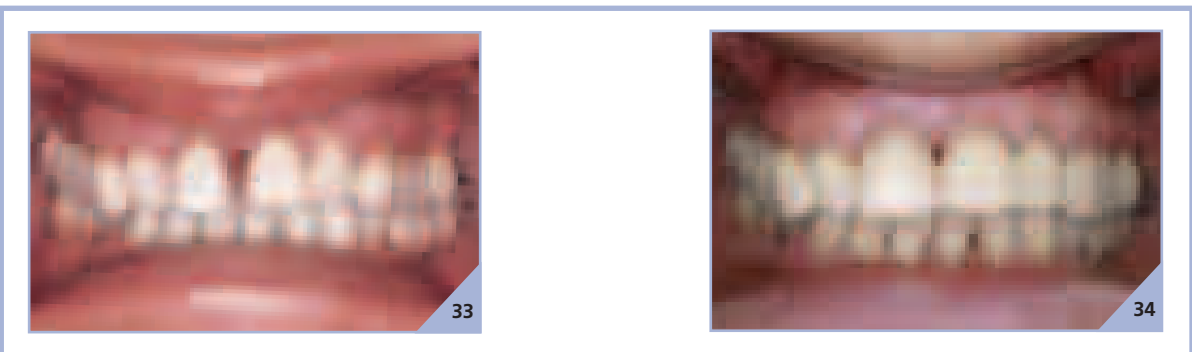
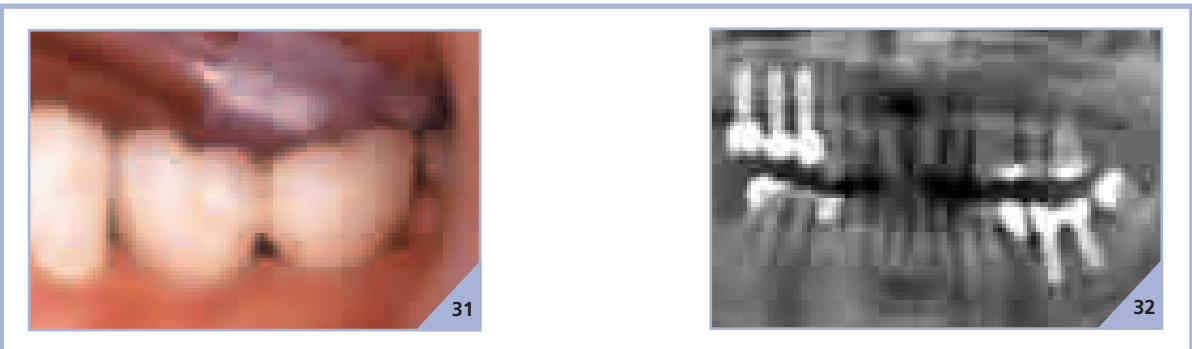
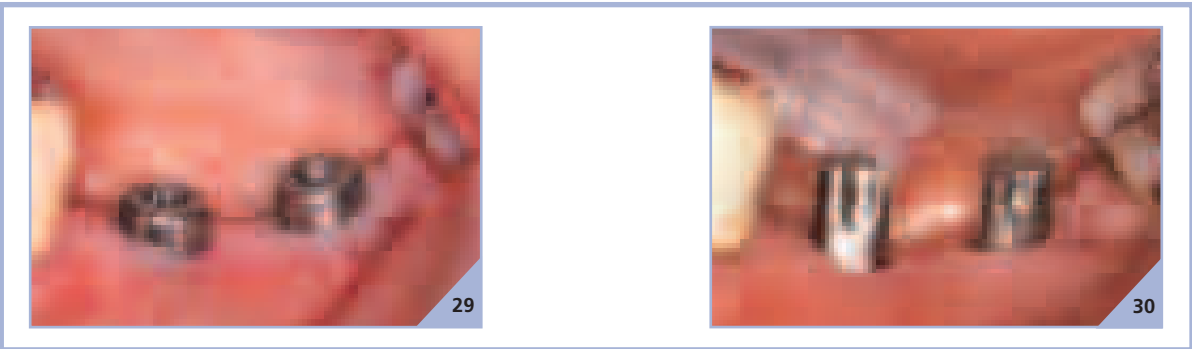
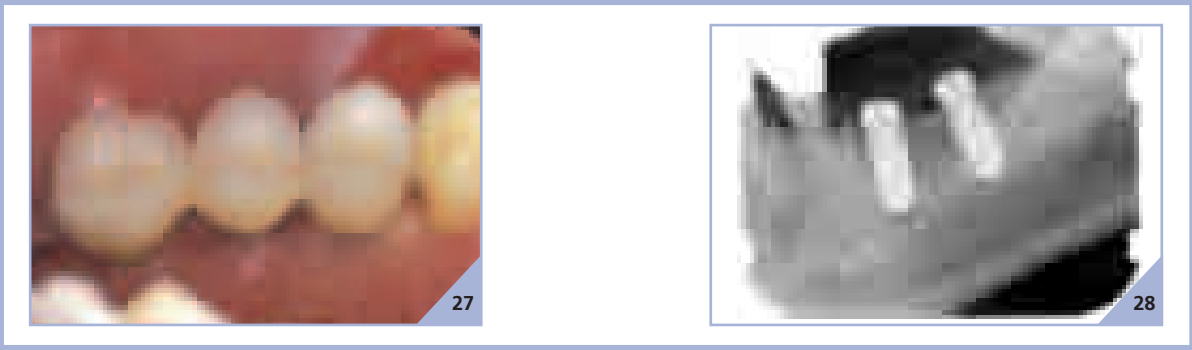
selle edentule, post-estrattivo immediato, due fasi





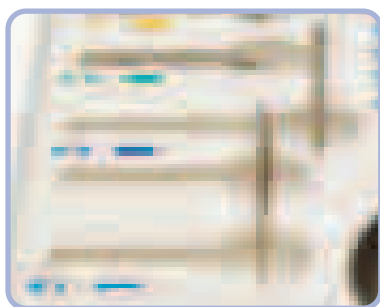






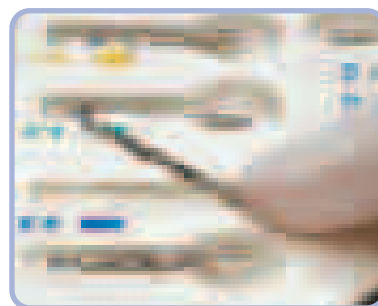
## NUOVO KIT CHIRURGICO

Il kit completamente autoclavabile, racchiude tutti gli accessori chirurgici necessari per gli interventi chirurgici con il sistema implantare Exacone. La confezione contiene un pratico cartoncino indicante la sequenza degli strumenti da utilizzare.



### Fori calibrati

sono stati previsti per la verifica del diametro delle frese



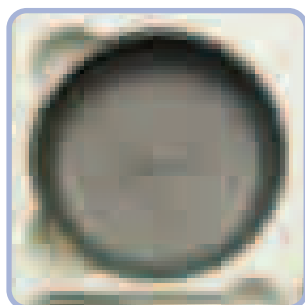
### Presca degli strumenti taglienti in tutta sicurezza

grazie agli ergonomici spazi creati



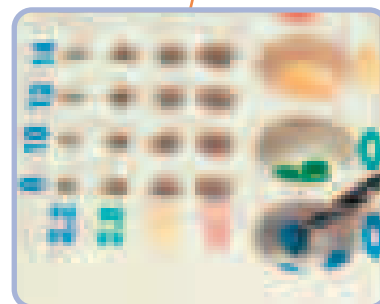
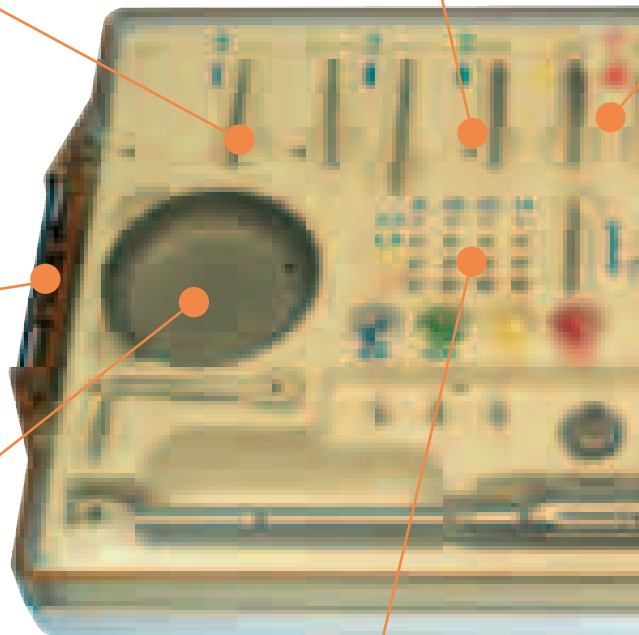
### Sistema di chiusura estremamente affidabile

previene aperture accidentali ed ha dimensioni ridotte



### Vaschetta di titanio

utile come momentaneo supporto per prodotti impiantabili senza rischio di contaminazione



### Indicatori di profondità

e posizionatore integrati nel kit

Data la quantità degli strumenti presenti, il kit è disponibile in **3 versioni**

**156-0016-03**  
**KIT CHIRURGICO**  
**COMPLETO**

**Euro 1.615,00\***

**156-0016-02**  
**KIT CHIRURGICO**  
**CON FRESE E MASCHIATORI LUNGI**

**Euro 1.219,00\***

**Contenuto del kit completo:**

1 fresa a pallina, 3 frese a gradino  $\varnothing$  3,3-4,1-4,8 mm, 2 frese pilota, lunga e corta  $\varnothing$  2,2 mm, 6 frese elicoidali, lunghe e corte  $\varnothing$  2,8-3,5-4,2 mm, 6 maschiatori, lunghi e corti  $\varnothing$  3,3-4,1-4,8 mm, 3 pin di parallelismo  $\varnothing$  2,2 mm, 1 profondimetro  $\varnothing$  2,2 mm, 1 avvitatore manuale large, 1 prolunga, 1 strumento per tappi, 1 cricchetto, 1 chiave angolare, 1 estraattore a testa esagonale, 1 vaschetta di titanio, 1 driver per impianto, 1 raccordo per manipolo, 14 indicatori di profondità per frese  $\varnothing$  2,2-2,8-3,5-4,2.



**Facile riposizionamento degli strumenti, senza possibilità di errore**

accanto ad ogni spazio è disegnata la sagoma dello strumento



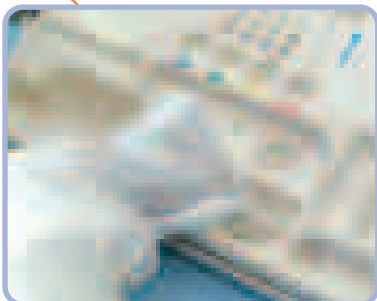
**Spazio a disposizione**

per personalizzare il kit con altri dispositivi chirurgici, bisturi circolari ecc.



**Visione diretta e completa del contenuto**

grazie al collocamento in posizione orizzontale degli strumenti



**Superfici lisce, senza sottosquadri**

assicurano rapidità e sicurezza nell'operazione di pulizia



**Ingombro ridottissimo**

solo 3 centimetri di spessore

**156-0016-01**

**KIT CHIRURGICO  
CON FRESE E MASCHIATORI CORTI**

**Euro 1.219,00\***

**156-0016-00**

**KIT CHIRURGICO  
VUOTO**

**Euro 500,00\***

\*IVA esclusa











## MONOIMPIANTI PER OVERDENTURE O-RING

I monoimpianti sono fabbricati in titanio grado medicale 5. I monoimpianti permettono, se inseriti quattro in sinfisi mentoniera, la stabilizzazione di una protesi totale inferiore rimovibile. Forniti sterili.

La confezione contiene: 1 monoimpianto e 1 micro cuffia con O-ring per overdenture - **Euro 95,00\***



				
altezza tratto transmucoso	3 mm	3 mm	3 mm	3 mm
Ø	2,7 mm	2,7 mm	2,7 mm	2,7 mm
lunghezza	10 mm	12 mm	14 mm	16 mm
	<b>111-2710-13</b>	<b>111-2712-13</b>	<b>111-2714-13</b>	<b>111-2716-13</b>
				
altezza tratto transmucoso	5 mm	5 mm	5 mm	5 mm
Ø	2,7 mm	2,7 mm	2,7 mm	2,7 mm
lunghezza	10 mm	12 mm	14 mm	16 mm
	<b>111-2710-15</b>	<b>111-2712-15</b>	<b>111-2714-15</b>	<b>111-2716-15</b>

### RICAMBI PER MONOIMPIANTI



**123-0003-00**  
MICRO CUFFIA PER OVERDENTURE O-RING

Fabbricata in titanio grado medicale 5.  
Diametro esterno 4,2 mm, altezza 2,8 mm.  
Fornita non sterile.

Confezione da 1 pezzo - **Euro 17,00\***



**123-0001-01**  
MICRO O-RING PER CUFFIA

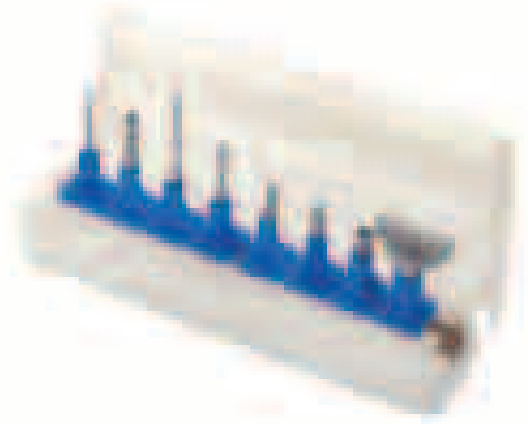
Confezione da 2 pezzi - **Euro 10,00\***

**156-0017-00 ORGANIZER PER MONOIMPIANTI PER OVERDENTURE O-RING**

Ideato per sterilizzare e avere sul campo operatorio tutti gli strumenti necessari all'intervento. Contiene 8 strumenti collocati sugli appositi supporti ed è completamente autoclavabile. - **Euro 179,00\***

Composizione:

- 1 pz fresa pallina
- 1 pz fresa pilota lunga Ø 2,2 mm
- 1 pz mucotomo per contrangolo
- 1 pz profondimetro Ø 2,2 mm
- 1 pz avvitatore manuale per monoimpianto
- 2 pz pin misuratore di spessore gengivale
- 1 pz raccordo per manipolo

**151-2215-20 MUCOTOMO PER CONTRANGOLO**

Bisturi circolare di titanio da inserire sul contrangolo. Il mucotomo permette di realizzare un adeguato opercolo nella tecnica senza lembo o flapless. Sul mucotomo sono presenti tre tacche, alle altezze di 3, 5 e 7 mm a partire dalla cresta ossea, che servono da riferimento per la misurazione dello spessore gengivale.

Confezione da 1 pezzo - **Euro 25,00\***

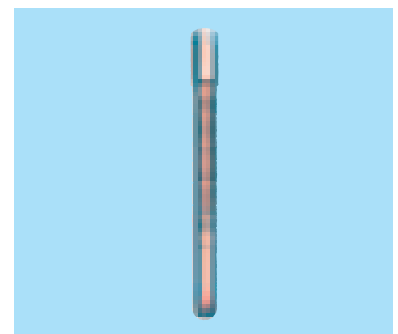
**156-2004-00 PIN MISURATORE DI SPESSORE GENGIVALE**

Fabbricato in titanio grado medicale. Diametro 2,2 mm, con foro per l'inserimento di un filo di sicurezza. Si utilizza per verificare l'altezza dei tessuti molli e il parallelismo dei siti implantari, subito dopo il passaggio della fresa pilota. Per monoimpianti e impianti. Fornito non sterile. Confezione da 1 pezzo - **Euro 10,00\***

**156-2002-00 PROFONDIMETRO**

Fabbricato in titanio grado medicale. Diametro 2,2 mm, con foro per l'inserimento di un filo di sicurezza. Si utilizza durante la preparazione del sito implantare per controllare la profondità e il parallelismo dei siti implantari. Per monoimpianti e impianti. Fornito non sterile.

Confezione da 1 pezzo - **Euro 12,00\***



\*IVA esclusa

## 156-1015-00 AVITATORE MANUALE PER MONOIMPIANTO

Fabbricato in titanio grado medicale 5. Dotato di foro esagonale per l'accoppiamento con la testa del monoimpianto. Lateralmente presenta un foro per l'inserimento di un filo di sicurezza. Indispensabile per il completo inserimento del monoimpianto nel sito implantare. Adatto a tutti i monoimpianti O-ring Leone. Fornito non sterile.

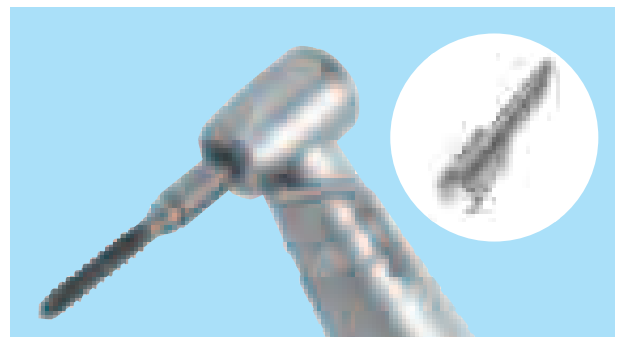
Confezione da 1 pezzo - Euro 47,00\*



## 156-1017-00 RACCORDO PER MANIPOLO

Permette l'uso del manipoLO per l'inserimento di monoimpianti O-ring.

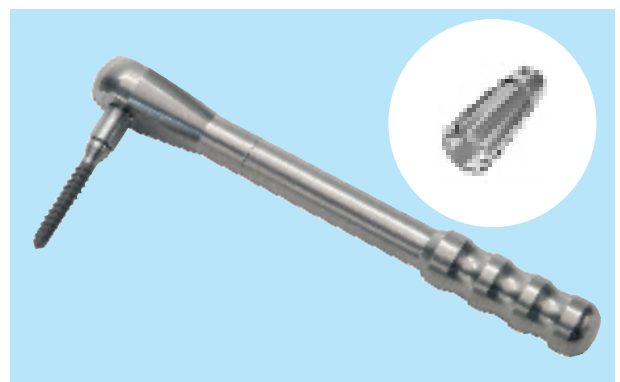
Confezione da 1 pezzo - Euro 18,00\*



## 156-1016-00 RACCORDO PER CRICCHETTO

Permette l'uso del cricchetto Leone 156-1014-00 per l'inserimento di monoimpianti O-ring.

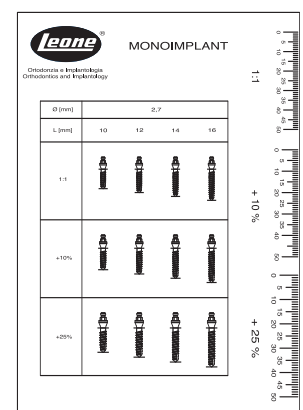
Confezione da 1 pezzo - Euro 12,00\*



## 156-2003-01 TEMPLATE PER MONOIMPIANTO O-RING

Il template guida il chirurgo nella scelta del monoimpianto. Vi sono rappresentati tutti i monoimpianti Leone in tre scale: dimensioni reali, aumentate del 10% e aumentate del 25% per tenere conto delle distorsioni introdotte dagli strumenti utilizzati per l'esame radiologico.

Confezione da 1 pezzo - Euro 17,00\*



## MONCONI PREINCLINATI PER BARRA

Fabbricati in titanio grado medicale. Si fissano agli impianti tramite l'applicazione di una forza impulsiva che attiva la connessione conometrica autobloccante. Permettono l'aggancio di una protesi totale rimovibile. L'inclinazione a 15° e a 25° permette di recuperare eventuali disparallelismi. Forniti non sterili.

Confezioni composte da 1 moncone e 1 vite di connessione per barra - **Euro 90,00\***

### INCLINAZIONE 15°

per impianto	Ø 3,3 mm	Ø 4,1 mm	Ø 4,8 mm
altezza tratto transmucoso	3 mm	3 mm	3 mm
	<b>126-3303-15</b>	<b>126-4103-15</b>	<b>126-4803-15</b>

### INCLINAZIONE 25°

per impianto	Ø 3,3 mm	Ø 4,1 mm	Ø 4,8 mm
altezza tratto transmucoso	3 mm	3 mm	3 mm
	<b>126-3303-25</b>	<b>126-4103-25</b>	<b>126-4803-25</b>

## TRANSFER SLIM

Fabbricati in acciaio inossidabile. Si utilizzano nella fase di presa dell'impronta e di trasferimento al laboratorio per indicare l'esatta posizione dell'impianto. Forniti non sterili.

Confezioni da 1 pezzo - **Euro 20,00\***

per impianto	Ø 3,3 mm	Ø 4,1 mm	Ø 4,8 mm
Ø tratto transmucoso	3,3 mm	4,1 mm	4,8 mm
altezza tratto transmucoso	5 mm	5 mm	5 mm
	<b>143-3303-33</b>	<b>143-4103-41</b>	<b>143-4803-48</b>

## MICROMOTORE CHIROPRO 980 BIEN AIR - LEONE

### SISTEMA PER IMPLANTOLOGIA

Chipro 980 con micromotore Basch completo di contrangolo riduttore 30:1.  
Velocità da 20 a 1300 gir/min.  
Micromotore ad induzione.  
Totale controllo della coppia.  
Micromotore e cordone autoclavabili.

Prezzo di listino Euro 5.705,00\*

Prezzo offerta fino esaurimento scorte Euro 3.390,00\*



\*IVA esclusa

# Edentulia singola in zona molare: la corretta gestione dei tessuti molli

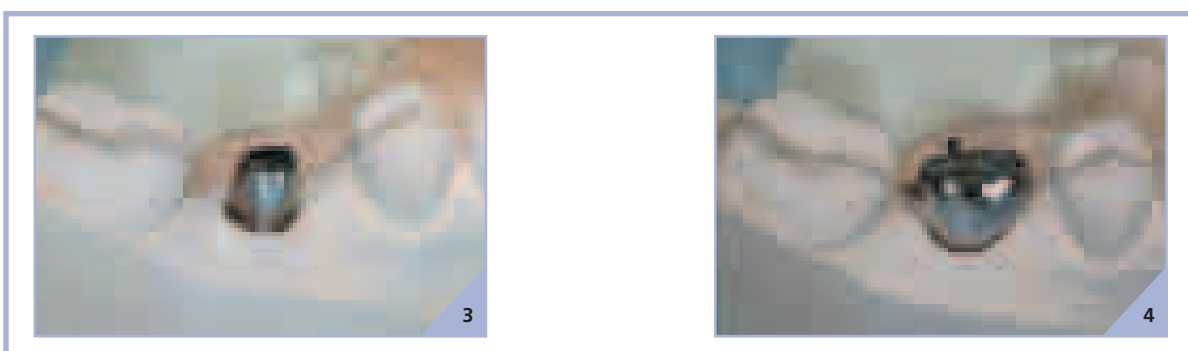
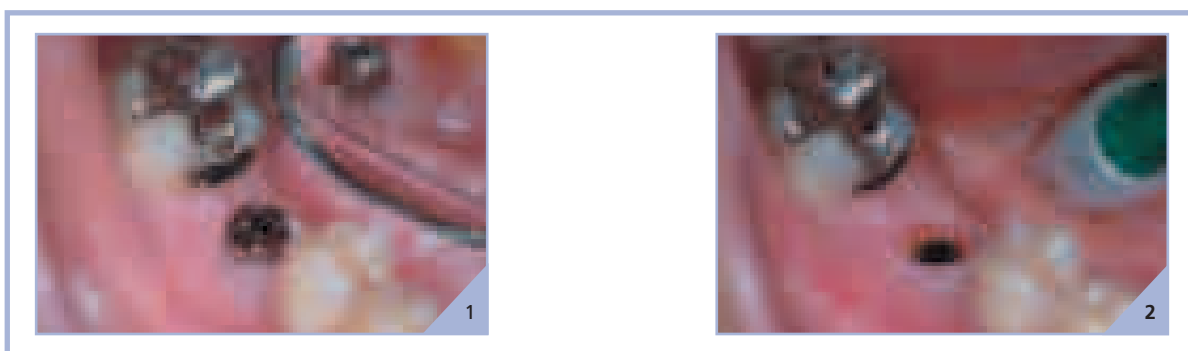
Dr. Leonardo Targetti

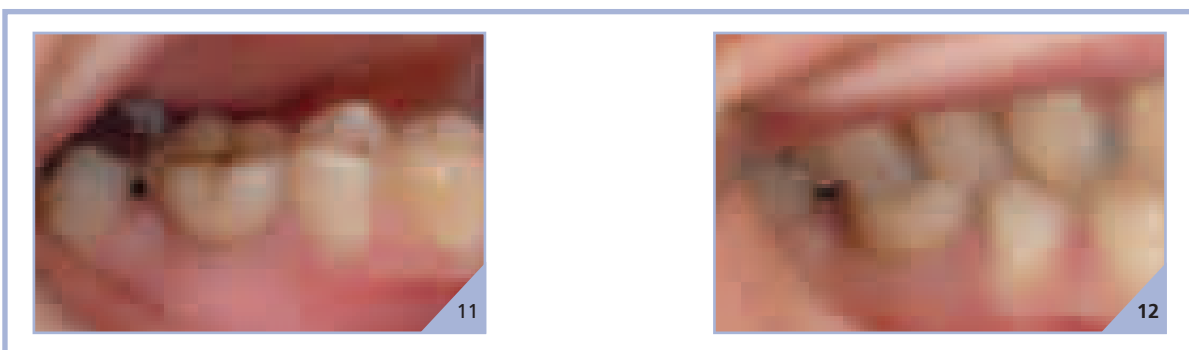
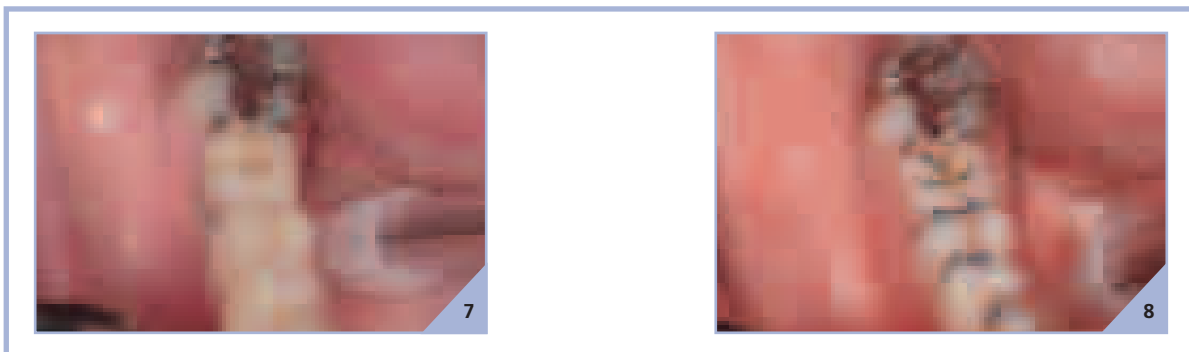
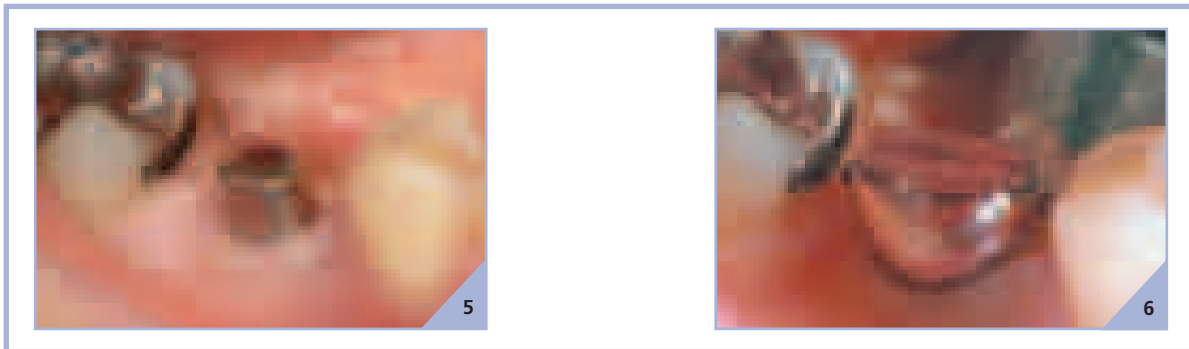
Libero professionista a Firenze

Paziente femminile di anni 22. Mancanza dell'elemento 46, nessuna notizia anamnestica particolarmente rilevante. Si inserisce un impianto 4,8 mm, lunghezza 12 mm in tecnica monofasica inserendo un tappo di guarigione standard. Dopo 3 mesi si rimuove il tappo di guarigione e si apprezza il perfetto stato di salute dei tessuti molli (figg. 1, 2). Si prende un'impronta con il transfer per la realizzazione della protesi. Il laboratorio prepara il moncone cilindrico standard fresato (fig. 3) e la cappetta (fig. 4). Si controlla che il moncone (fig. 5) e la cappetta si siano perfettamente armonizzati con i tessuti molli (fig. 6). Il laboratorio realizza la corona definitiva in ceramica che viene cementata in bocca (fig. 7). Si controlla l'occlusione con la verifica dei punti di contatto (figg. 8-9). Da notare come con l'inserimento della corona definitiva sul moncone si ottiene una leggera ischemizzazione dei tessuti molli; questo consentirà un perfetto adattamento dei tessuti molli attorno alla protesi. La corona è stata realizzata in modo che abbia dei punti di contatto mirati con i denti adiacenti. L'altezza di questi punti di contatto non deve superare i 4 mm dalla cresta ossea sottostante. Seguendo questo principio, i punti di contatto faranno da riferimento e da sostegno per la ricrescita gengivale con formazione della papilla. Al controllo ad un anno dal carico si evidenzia in effetti una crescita gengivale attorno alla corona (figg. 11-12) e come la formazione di questo sigillo mucoso costituisca una barriera contro infiltrazioni esterne e preservi l'osso peri-implantare sottostante (fig. 10).

## Parole chiave

edentulia singola, fase unica, condizionamento dei tessuti molli, formazione tessuti aderenti





# Carico immediato: sella edentula riabilitata con protesi su due impianti

Dr. Marino Miccini

Libero professionista a Montesilvano (PE)

Responsabile del servizio maxillo-facciale dell'Ospedale di Tolentino (MC)

Paziente maschile di anni 52 (fig. 1).

Si inseriscono 2 impianti con tecnica flapless monofasica.

Un impianto Ø 4,1 mm, lunghezza 12 mm è inserito in zona 35 con contestuale applicazione del tappo di guarigione (figg. 2-5).

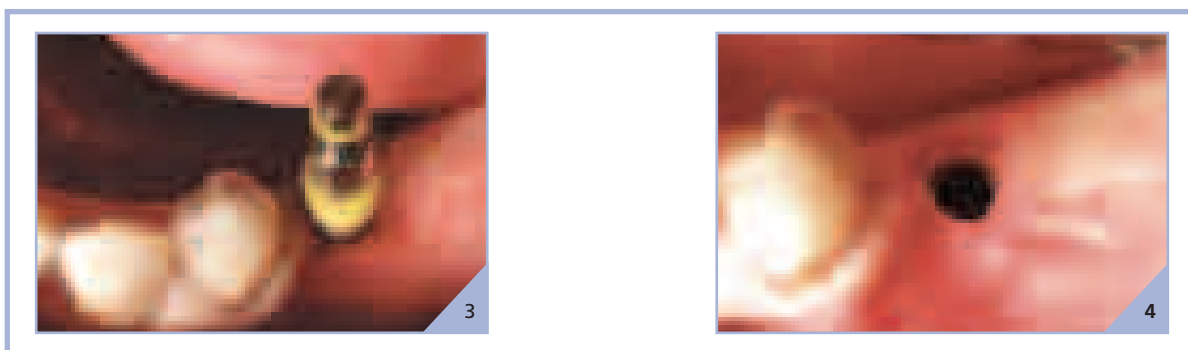
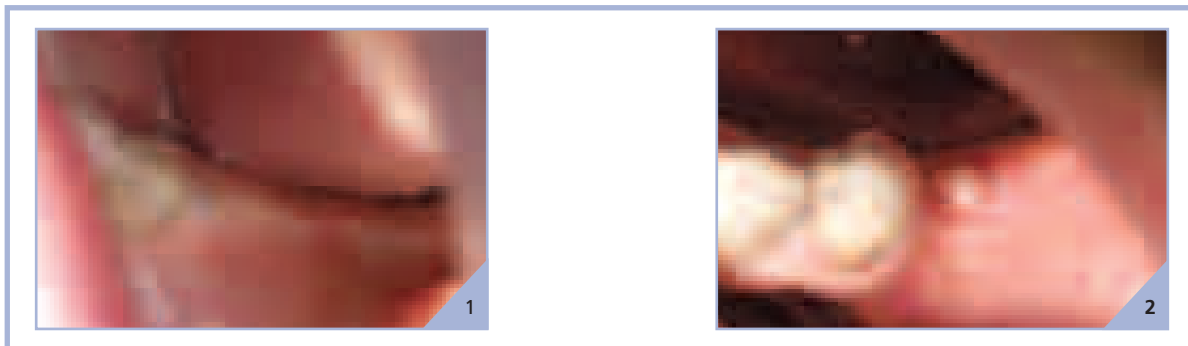
Un impianto Ø 4,8 mm, lunghezza 12 mm è inserito in zona 36 con contestuale applicazione del tappo di chiusura, non è stato applicato il tappo di guarigione per la scarsa altezza della mucosa, (figg. 6-9).

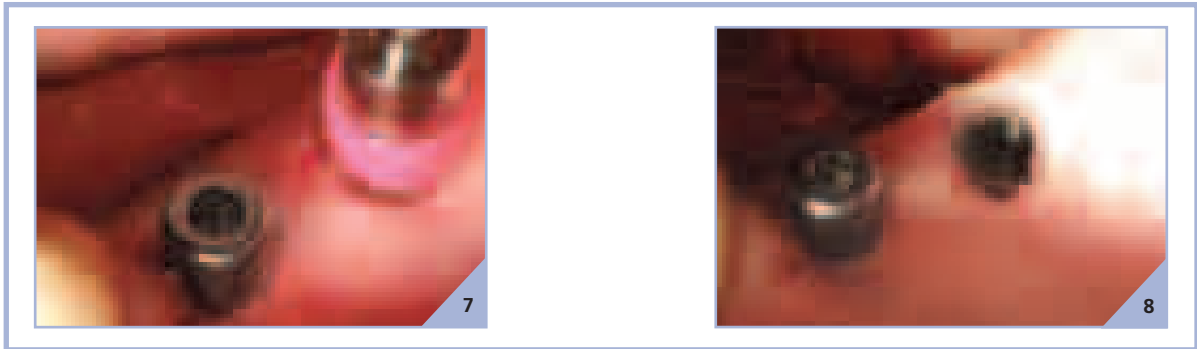
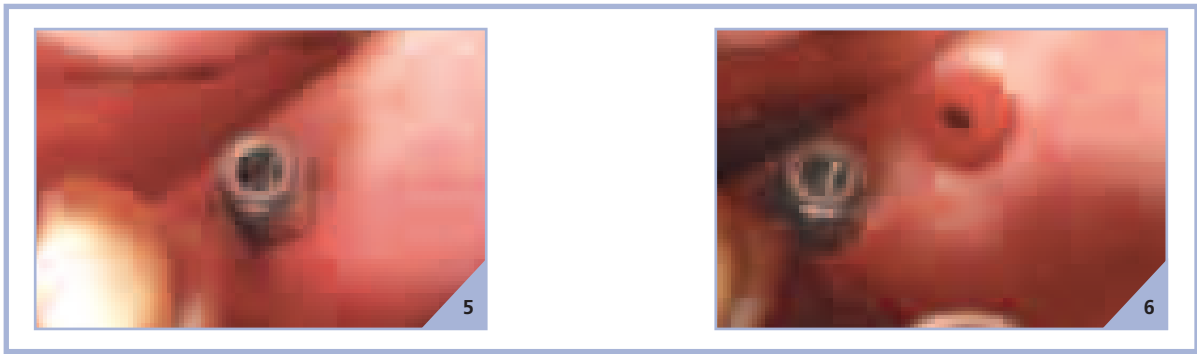
La coppia applicata per l'inserimento è stata notevole nell'intento di ottenere la massima stabilità primaria per l'applicazione del carico immediato. Dopo 1 settimana si applica il manufatto protesico (fig. 10).

Viene eseguita una radiografia di controllo a 3 mesi dal carico (fig. 11) che evidenzia un buon mantenimento osseo peri-implantare.

## Parole chiave

sella edentula, fase unica, tecnica flapless, carico immediato







# Corsi di **IMPLANTOLOGIA**

## **CORSO BASE DI IMPLANTOPROTESI SU PAZIENTE**

Relatori: Dr. Mario Guerra - Dr. Salvatore Belcastro

16-17 settembre / 28-29 ottobre 2005

*Clinico-teorico-pratico*

*(c/o Lab. Wilocs - Roma)*

## **CORSO BASE DI IMPLANTOPROTESI SU PAZIENTE**

Relatore: Dr. Leonardo Targetti

26-27 Settembre / 17-18 Ottobre 2005

*Clinico-teorico-pratico*

*(ISO - Firenze)*

## **CORSO BASE DI IMPLANTOPROTESI SU PAZIENTE**

Relatore: Dr. Salvatore Dettori

7-8 ottobre / 11-12 novembre 2005

*Clinico-teorico-pratico*

*(c/o Studio Dr. Dettori - Sorso - SS)*

## **CORSO BASE DI IMPLANTOPROTESI SU PAZIENTE**

Relatori: Dr. Alfonso Sinisi - Dr. Dario Mercuri

14-15 Ottobre / 11-12 Novembre 2005

*Clinico-teorico-pratico*

*(c/o Studio Dr. Sinisi - Venezia)*

## **CORSO DI PERFEZIONAMENTO DI PARODONTOLOGIA ED IMPLANTO-PROTESI**

Direttore del Corso: Prof. Giovan Paolo Pini Prato

27-28 Ottobre 2005 - per medici e odontoiatri -

*Teorico-pratico*

*(ISO - Firenze)*

## **CORSO BASE DI IMPLANTOPROTESI SU PAZIENTE**

Relatore: Dr. Leonardo Targetti

7 -8 Novembre / 28-29 Novembre 2005

*Clinico-teorico-pratico*

*(ISO - Firenze)*

## **CORSO AVANZATO DI IMPLANTOPROTESI SU PAZIENTE**

Relatori: Dr. Mario Guerra - Dr. Salvatore Belcastro

17-18 novembre 2005

*Clinico-teorico-pratico*

*(ISO - Firenze)*

## **CORSO BASE DI IMPLANTOPROTESI SU PAZIENTE**

Relatore: Dr. Alberto Frezzato

25 -26 Novembre 2005 / 20-21 Gennaio 2006

*Clinico - teorico - pratico*

*(c/o Studio Dr. F. Montagna  
Sommacampagna - Verona)*

## Giornate propedeutiche di **PRATICA IMPLANTOLOGICA SU PAZIENTE**

19 settembre / 11 ottobre / 22 novembre

Relatore: Dr. Leonardo Targetti (ISO - Firenze)

Partecipazione gratuita a numero limitato.

*Per informazioni ed iscrizioni:*

segreteria ISO – Tel. 055.30.44.58 – Fax 055.30.44.55 e-mail: iso@leone.it

# Protesi rimovibile su barra a carico immediato

Dr. S. Belcastro, Dr. L. Sciarrone, L. Palazzo, Dr. M. Guerra

Servizio di Odontoiatria, Ospedale Civile di Gubbio

Responsabile: Dr. Mario Guerra

## Parole chiave

edentulia totale, carico immediato, barra overdenture cementata

La revisione dei tempi di carico protesico rappresenta indubbiamente uno dei maggiori fronti di ricerca e discussione in implantologia osteointegrata. L'approfondimento delle conoscenze relative alla guarigione ossea peri-implantare, lo studio di nuove superfici implantari in grado di accelerare i processi biologici alla base dell'osteointegrazione e l'introduzione di nuove morfologie implantari in grado di ottenere livelli elevati di stabilità primaria, hanno portato ad una sempre più diffusa applicazione di protocolli implantoprotesici a carico immediato. Numerosi sono i fattori che condizionano il successo della terapia implantare a carico immediato; tra tutti il più importante è la stabilità primaria che a sua volta dipende da numerose variabili tra cui morfologia, lunghezza e diametro implantare nonché variabili legate alle caratteristiche del sito ricevente come la qualità e la quantità di osso disponibile ed alle metodiche di preparazione del sito medesimo. Anche la scelta di fattori di esclusione, come le parafunzioni, rappresenta un criterio importante per la selezione dei pazienti da sottoporre a riabilitazioni implanto-protesiche a carico immediato.

Numerosi appaiono ormai i dati derivanti dall'analisi della letteratura <sup>(1, 2, 3, 4, 5)</sup> che dimostrano come la terapia implantare a carico immediato, purché siano rispettate le dovute regole, può essere considerata una valida opportunità clinica che consente la risoluzione di diverse forme di edentulia.

La maggior parte delle ricerche <sup>(6, 7, 8)</sup> concorrono nel ritenere che l'arcata inferiore dia maggiori garanzie di successo qualora si applichino condizioni di carico immediato; le ragioni delle maggiori prospettive di successo rispetto all'arcata superiore sono molto probabilmente da ascrivere alla maggior facilità ad ottenere la stabilità primaria compatibile con condizioni di carico immediato. Per lo stesso motivo le maggiori percentuali di successo si ottengono unendo più impianti tra di loro tramite una struttura rigida come una barra o una protesi provvisoria; in tal modo vengono drasticamente ridotti i micromovimenti implantari che, se eccessivamente ampi <sup>(9)</sup>, potrebbero portare al mancato raggiungimento dell'osteointegrazione.

A titolo esemplificativo si illustra un caso di posizionamento implantare nell'arcata inferiore seguito dall'applicazione di una barra caricata immediatamente tre giorni dopo l'inserimento degli impianti.

L'esame clinico iniziale (fig. 1) metteva in evidenza una situazione dento-parodontale estremamente precaria in entrambe le arcate; si optava per l'estrazione di tutti gli elementi dentali residui in previsione di una riabilitazione implanto-protesica fissa nell'arcata superiore e rimovibile nell'arcata inferiore tramite barra.



Fig. 1 - Visione intraorale iniziale

L'esame ortopantomorico (fig. 2) metteva in evidenza una buona quantità di osso residuo in entrambe le arcate, compatibile con il posizionamento di otto impianti nell'arcata superiore; l'abbondante presenza di osso in regione mentoniera, zona in cui veniva prospettato l'inserimento di 4 impianti per l'esecuzione della barra, ci faceva ipotizzare e successivamente programmare, dopo aver ampiamente discusso sui vantaggi e gli svantaggi di tale approccio con la paziente, l'esecuzione di una barra a carico immediato.

L'estrazione di tutti gli elementi dentali residui (fig. 3) veniva seguita dall'apertura di un lembo (fig. 4) per una miglior visualizzazione della cresta ossea e per una adeguata toilette chirurgica, indispensabile trattandosi di siti post-estrattivi.

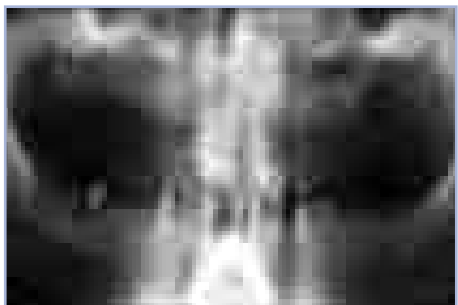


Fig. 2 - OPT iniziale

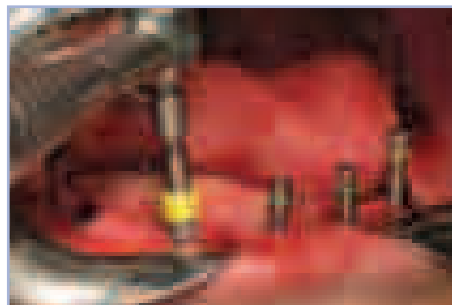


Fig. 5 - Inserimento degli impianti



Fig. 3 - Estrazione degli elementi dentali residui



Fig. 6 - Impianti inseriti

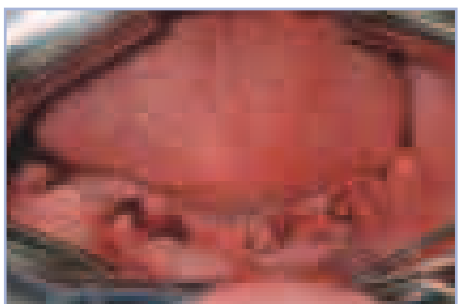


Fig. 4 - Lembo chirurgico

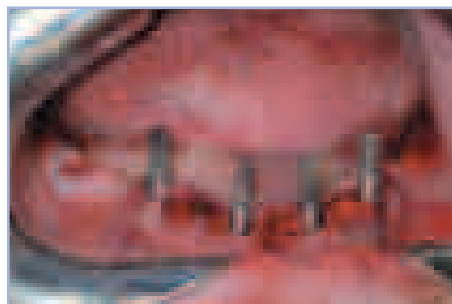


Fig. 7 - Transfer da impronta

La preparazione dei siti implantari veniva effettuata omettendo l'uso della fresa a gradino dal momento che spesso i siti post-estrattivi non richiedono l'uso di tale fresa. La qualità ossea reperita, inquadrabile clinicamente nella tipologia II, non richiedeva la maschiatura dei siti, anche in previsione del carico protesico immediato e della necessità di avere una stabilità primaria ottimale. Venivano posizionati 4 impianti (figg. 5, 6) nelle sedi 34, 32, 42, 44, tutti della lunghezza di 14 mm e del diametro di 3,3 mm e di 4,1 mm rispettivamente per gli impianti 32, 42 e 34, 44. Immediatamente dopo il posizionamento implantare venivano inseriti i transfer da impronta (fig. 7) e suturati i tessuti intorno agli stessi (fig. 8).



Fig. 8 - Sutura intorno ai transfer

Veniva dunque rilevata una mono-impronta in silicone (figg. 9, 10) e successivamente posizionati i tappi di guarigione (fig. 11).



Figg. 9, 10 - Monoimpronta di silicone



Fig. 11 - Tappi di guarigione large in sede

In situazioni del genere è opportuno utilizzare tappi di guarigione large dal momento che se ne prevede la rimozione pochi giorni dopo per la consegna del manufatto protesico immediato; in tal modo si cerca di ridurre il collassamento dei tessuti molli, ancora non maturi, e di facilitare quindi le procedure protesiche.

Nell'arco di tre giorni veniva allestito il manufatto protesico costituito dalla barra di Dolder e dalla protesi rimovibile inferiore (figg. 12-17); veniva anche costruita una protesi rimovibile provvisoria per l'arcata superiore da consegnare dopo il posizionamento degli impianti nell'arcata medesima.

Abbiamo optato per una barra di tipo cementato, metodica che a nostro avviso semplifica notevolmente le procedure, soprattutto quando si opera con i ristretti tempi esecutivi del carico immediato. Sono stati utilizzati allo scopo monconi standard fresati al parallelometro e la barra è stata ottenuta utilizzando i comuni profilati in plastica in commercio e cerando direttamente le cappette sui monconi fresati.

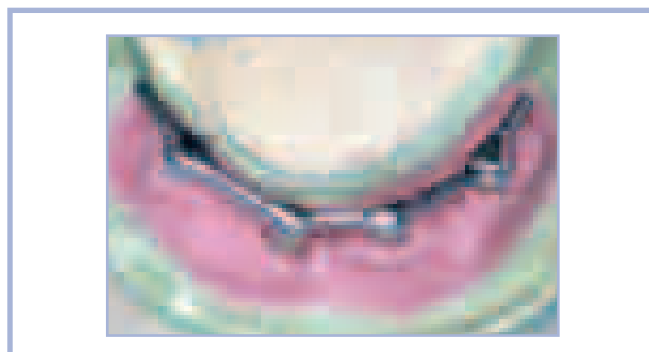


Fig. 12 - Barra di Dolder sul modello con gengiva artificiale

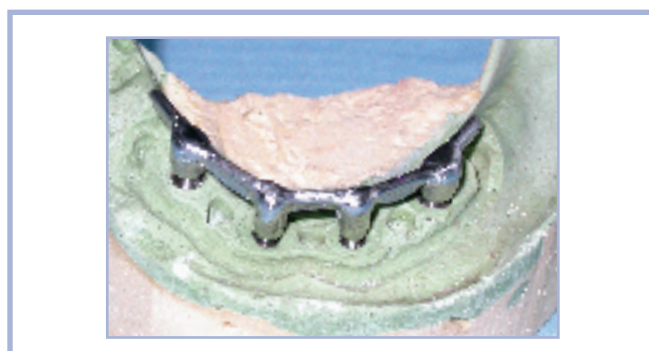


Fig. 13 - Modello senza gengiva artificiale



Fig. 14 - Particolare dei monconi fresati al parallelometro

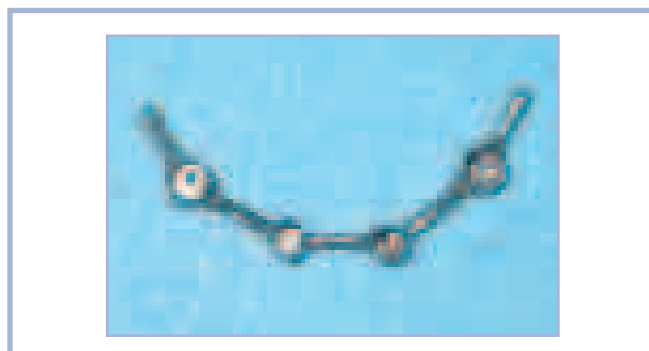
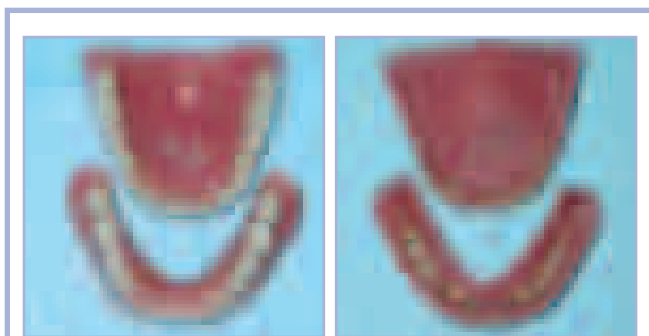


Fig. 15 - Particolare della barra



Figg. 16, 17 Manufatti protesici provvisori



Fig. 20 - Monconi in situ

Tale soluzione presenta gli indubbi vantaggi legati all'assenza di viti per il fissaggio della barra e consente una più agevole ricerca del fitting per una buona passivazione della struttura; i limiti di tale approccio sono legati alle capacità ritentive dei monconi che potrebbero non essere sufficienti in situazioni di notevole angolazione, come spesso succede nell'arcata superiore, o in condizione di scarso spazio disponibile per la barra in senso verticale che potrebbe condizionare l'altezza e quindi le capacità ritentive dei monconi stessi.

Al momento della consegna, effettuata tre giorni dopo il posizionamento implantare, i tessuti manifestavano già un discreto grado di guarigione (figg. 18, 19) ed una parziale organizzazione dei canali mucosi che facilitava le procedure di consegna della barra.

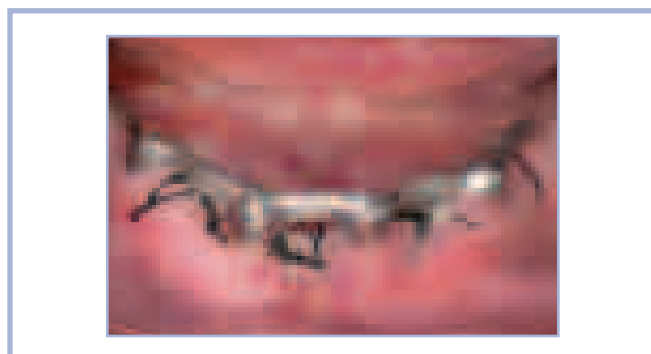
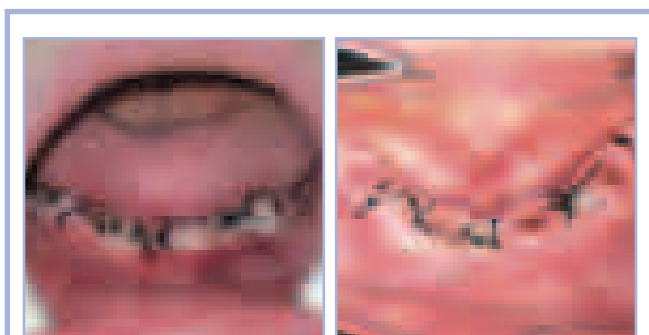


Fig. 21 - Barra in situ



Figg. 18, 19 - Tessuti molli al momento della consegna della barra

Nella stessa seduta si posizionavano, utilizzando la mascherina chirurgica precedentemente preparata dal laboratorio (fig. 22), gli impianti programmati per l'arcata superiore (figg. 23, 24).

Si posizionavano i monconi fresati (fig. 20) e si provava la barra che manifestava un ottimo adattamento passivo (fig. 21); la barra veniva dunque cementata con cemento provvisorio e venivano accuratamente rimossi i residui di cemento.



Fig. 22 - Mascherina per l'inserimento degli impianti nell'arcata superiore

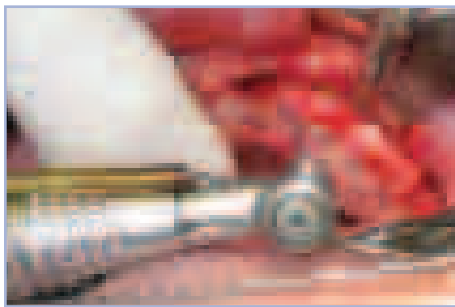


Fig. 23 - Osteotomia con la mascherina



Fig. 25 - Consegna dei provvisori scartati e ribasati con condizionatore tissutale

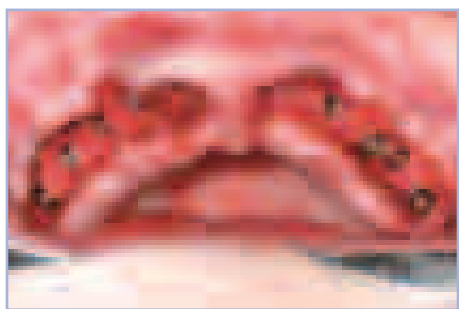


Fig. 24 - Impianti inseriti nell'arcata superiore

Seguiva la consegna, previa ribasatura con materiale morbido, di entrambi i provvisori rimovibili superiore ed inferiore (fig. 25).

Il controllo clinico (fig. 26) effettuato a due mesi di distanza dal posizionamento implantare metteva in evidenza l'ottima stabilità della barra in completa assenza di sintomatologia e con un buon grado di salute dei tessuti molli peri-implantari.



Fig. 26: controllo clinico a due mesi

## Bibliografia

1. Szmukler-Moncler S., Piattelli A., Favero G.A., Dubruille J.H.: Consideration preliminary to the application of early and immediate loading protocols in dental implantology. *Clin Oral Implants Res*, 2000; 11:12-25.
2. Horiuchi K., Uchida H., Yamamoto K., Sugimura M. Immediate loading of Brånemark System implants following placement in edentulous patients: A clinical report. *Int J Oral Maxillofac Implants JOMI* 2000; 15: 824-30.
3. Maiò P., Rangert B., Dvasserter L. Immediate function of Brånemark implants in the esthetic zone: A retrospective clinical study with 6 months to 4 years of follow up. *Clin Impl Dent Rel Res* 2000; 2: 138-146.
4. Szmukler-Moncler S., Salama S., Reingewirtz Y., Dubruille J.H.: Timing of loading and effect of micromotion on bone-implant interface: a review of experimental literature. *J Biomed Mat Res (Appl Biomaterials)*, 1998; 43:192-203.
5. Chiapasco M., Gatti C., Rossi E. et al. Implant-retained mandibular overdentures with immediate loading. A retrospective multicenter study on 226 consecutive cases. *Clin Oral Impl Res COIR* 1997; 8: 48-57.
6. Chiapasco M., Abati S., Romeo E., Vogel G.: Implant retined mandibular overdentures with Brånemark System Mk II implants: a prospective comparative study between delayed and immediate loading. *J Oral Maxillofacial Implants* 2001; 16: 537-546.
7. Gatti C., Heffliger W., Chiapasco M.: Implant retined mandibular overdentures with immediate loading. A prospective study of ITI implants. *Int J Oral Maxillofacial Implants JOMI* 2000; 15: 383-388.
8. Szmukler-Moncler S., Salama S., Reingewirtz Y., Dubruille J.H.: Timing of loading and effect of micromotion on bone-implant interface: a review of experimental literature. *J Biomed Mat Res (Appl Biomaterials)*, 1998; 43:192-203.

# Edentulia singola

Dr. Ernesto Caselli

Libero professionista ad Ancona

Paziente maschile, non fumatore, con mancanza di dente singolo 11.

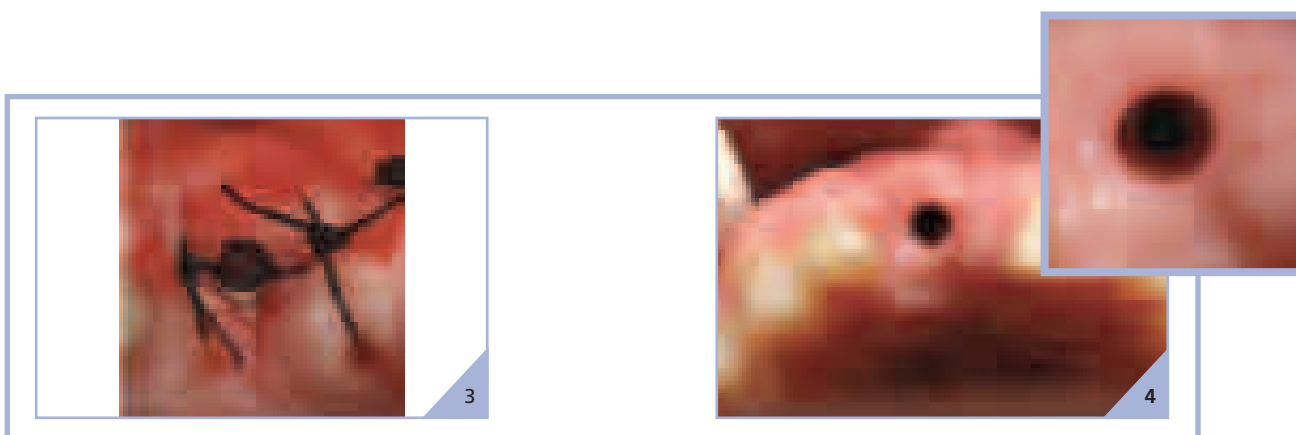
Durante la fase chirurgica si scopre un'apprezzabile atrofia ossea in senso orizzontale, per cui dopo l'inserimento dell'impianto si decide di utilizzare dell'Ostim sulla corticale vestibolare ed una membrana riassorbibile.

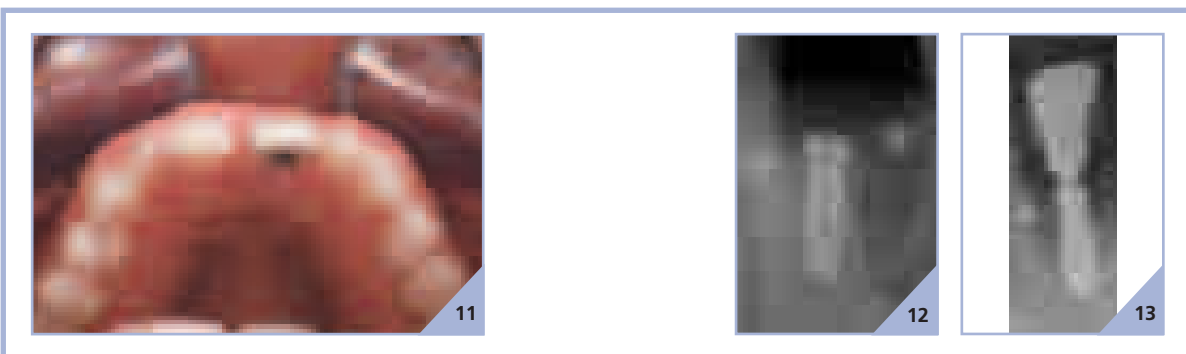
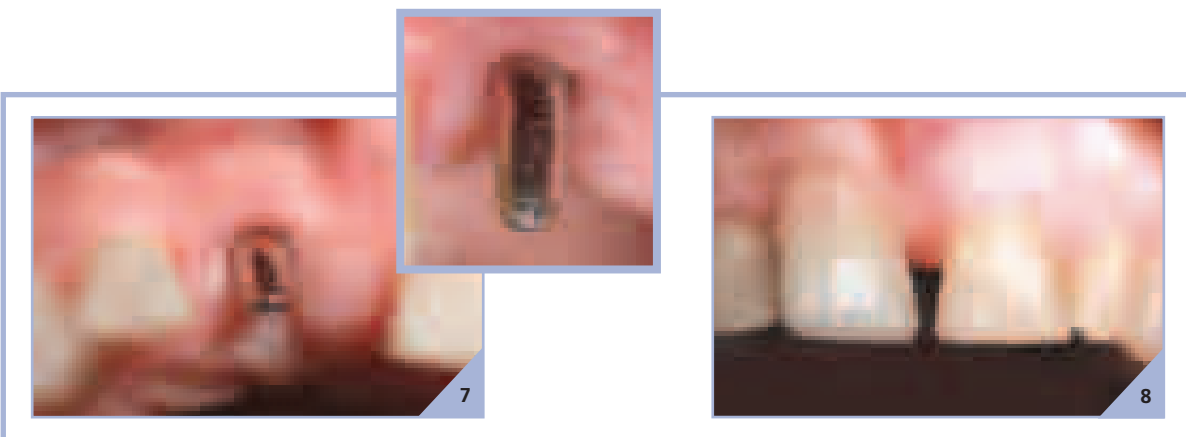
Dopo 6 mesi, ad osteointegrazione avvenuta, si incidono nuovamente i tessuti molli per inserire il tappo di guarigione (figg. 1-2) tentando di dare una certa morfologia gengivale (fig. 3). Dopo circa 1 mese, si rimuove il tappo di guarigione e si controlla lo stato di salute dei tessuti molli (fig. 4). Durante la stessa seduta si provvede alla presa dell'impronta con transfer (fig. 5). Dopo aver realizzato il manufatto protesico, si procede alla prova del moncone in titanio fresato (figg. 6-7) e alla successiva cementazione della corona in ceramica (figg. 8-9).

Si controlla il risultato estetico finale (figg. 10-11), si noti il particolare trattamento estetico adottato nel realizzare la corona in ceramica. A tre mesi dal carico si effettua una radiografia endorale di controllo (fig. 13), si evidenzia come l'osso peri-implantare si sia ben mantenuto dall'inserimento dell'impianto (fig. 12).

## Parole chiave

zona estetica, edentulia singola, due fasi, condizionamento dei tessuti molli, transfer







# Edentulia inferiore totale riabilitata con protesi amovibile su barra avvitata

Dr. Luigi Lucchiari

Libero professionista a Due Carrare (PD)

Paziente maschile di anni 66 non fumatore, con edentulia totale inferiore (figg. 1-2) ma nessuna notizia anamnestica particolarmente rilevante.

Si decide per l'inserimento di quattro impianti  $\emptyset$  4,1 x 10 mm con tecnica chirurgica in due fasi (figg. 3-5).

A distanza di 3 mesi si effettua la seconda fase chirurgica e si posizionano dei tappi di guarigione standard (figg. 6-7); dopo 15 giorni dalla riapertura degli impianti viene presa l'impronta (figg. 8-10).

La prima fase di laboratorio consiste nel posizionamento su tre monconi della placca di Gerber per ottenere le registrazioni oclusali (figg. 11-12).

Si effettuano le registrazioni oclusali con placche di Gerber, si controllano l'altezza facciale, i movimenti di lateralità, la protrusiva e la relazione centrica (arco gotico) (figg. 13-16).

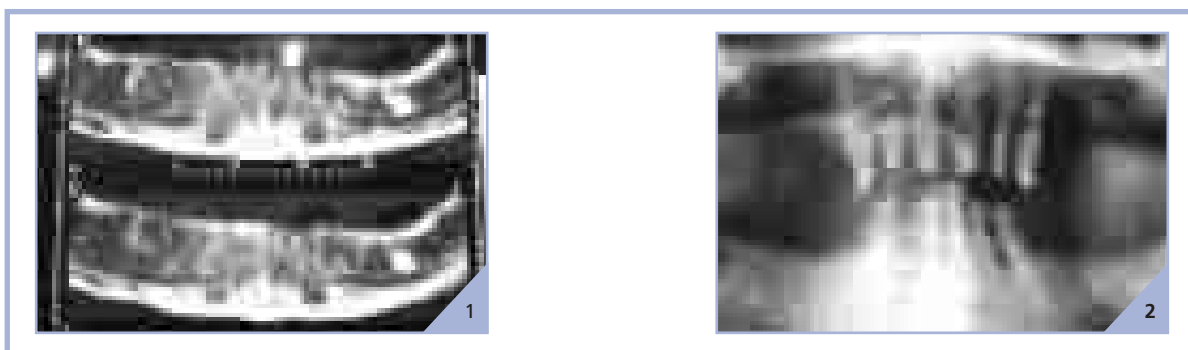
Il modello in gesso è montato su articolatore (fig. 17) secondo le regole oclusali della protesi fissa con guida canina o in funzione di gruppo.<sup>(1,2,3)</sup> La barra è stata progettata singolarmente, con retainers per dispositivi di ancoraggio in teflon, ed è stata avvitata sui monconi per barra (figg. 18-19).

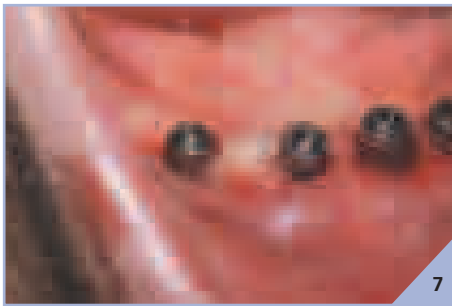
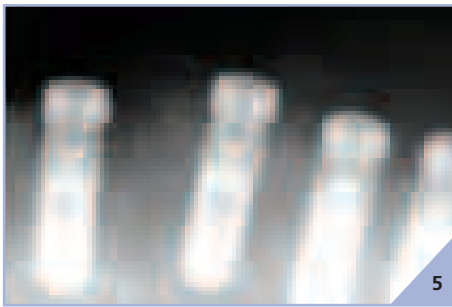
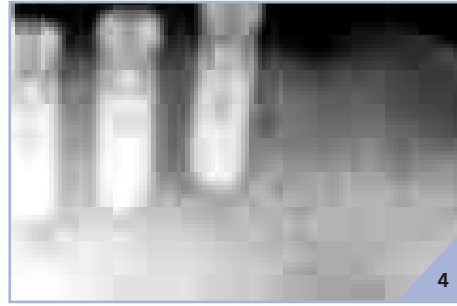
Prima dell'inconamento definitivo si provano i monconi e la barra direttamente sul paziente (figg. 20-21).

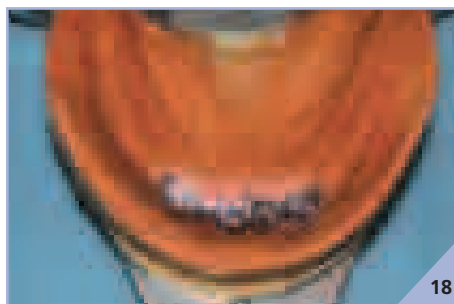
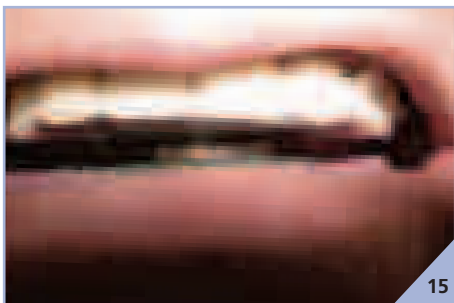
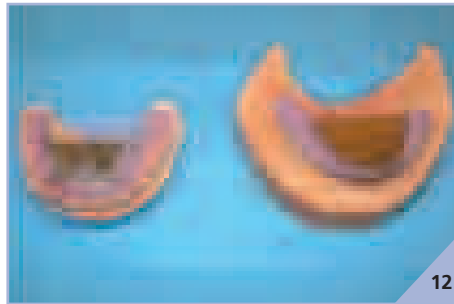
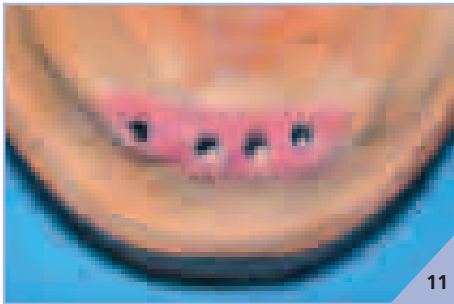
I risultati finali appaiono soddisfacenti sia per la funzionalità che per l'estetica anche in considerazione della facilità di gestione della terapia (figg. 22-23).

## Parole chiave

edentulia totale inferiore, due fasi, overdenture, barra









## Bibliografia

1. H.C. Karkazis; "EMG activity of the masseter muscle in implant supported overdenture wearers during chewing of hard and soft food". *J. Oral Rehabil.*, 29 (10), 986, 2002
2. Heydecke G. et al.; "Within subject comparison of maxillary fixed and removable implant prosthesis: Patient satisfaction and choice of prosthesis". *Clin. Oral Implants Res.*, 14 (1), 125, 2003
3. Van Kampen F.M. et al.; "The influence of various attachment types in mandibular implant-retained overdentures on maximum bite force and EMG". *J. Dent. Res.* 81 (3), 170, 2002

# I perché

## sul sistema implantare EXACONE™

a cura dell'Ing. Sara Savasta  
Reparto ricerca e sviluppo Leone S.p.A.

*Da questo numero desideriamo dedicare spazio alle risposte che quotidianamente diamo ai nostri clienti con l'intento di aiutare, anche da queste pagine, a far comprendere la semplicità, i pregi e i benefici per il paziente che il nostro sistema implantare può dare.*

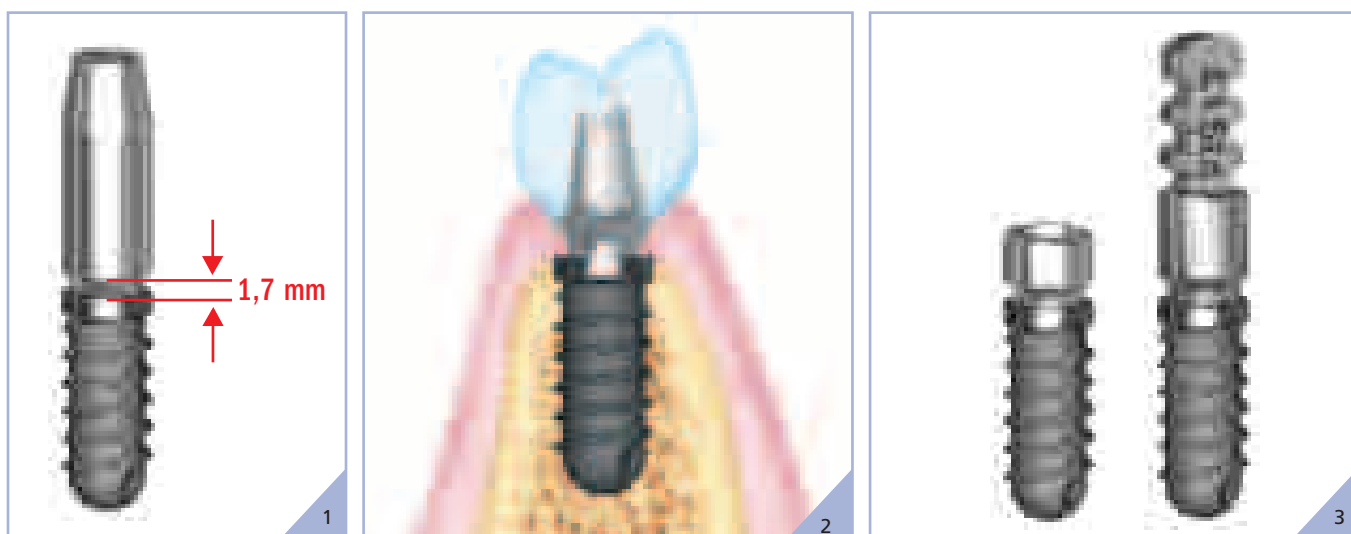
*Oggi iniziamo rispondendo a due delle domande più frequenti che ci vengono poste ed invitiamo i nostri lettori a sottoporci qualsiasi quesito al quale saremo ben lieti di rispondere il più ampiamente possibile.*

### Perché il moncone Leone non arriva a “battuta” sul collo dell'impianto?

Tutti i monconi Leone presentano un tratto di raccordo tra la linea di accoppiamento con l'impianto e l'inizio del tratto cilindrico, la sua lunghezza è di circa 1,7 mm (fig. 1).

Quando l'impianto è inserito dentro l'osso e il moncone è attivato questo tratto corrisponderà al tratto transmucoso. Come si può notare dalla figura 2 esso presenta la particolarità di consentire un maggior volume gengivale e un diametro più piccolo rispetto a quello dell'impianto, il vantaggio consiste nell'ottenere un perimetro più piccolo da difendere contro agenti esterni (placca, batteri, ecc). Tutto questo è stato avvalorato da numerosi studi <sup>[1,2,3]</sup>, che hanno richiamato il cosiddetto meccanismo dello “**spostamento della piattaforma**” (**platform switching**), il concetto è vantaggioso e consente di ottenere un miglior mantenimento dei tessuti molli per ridurre il riassorbimento osseo peri-implantare.

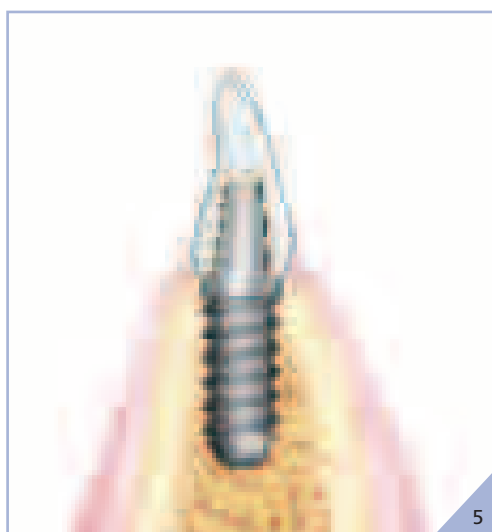
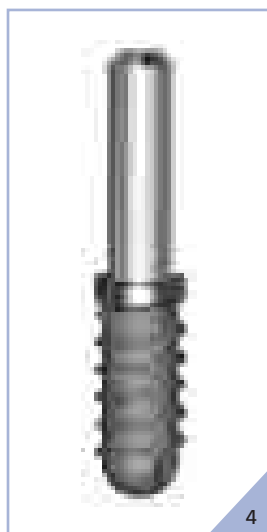
I casi clinici con gli impianti Leone dimostrano <sup>[4]</sup> come questo profilo favorisca l'adesione dei tessuti molli che andranno a formare un vero e proprio sigillo mucoso. Questa caratteristica è esaltata dalla stabilità dei tessuti molli attorno al moncone dovuta alla natura della connessione (cono Morse) assolutamente priva di micromovimenti e di infiltrazioni batteriche all'interno dell'impianto. Analogamente anche il tappo di guarigione e il transfer non arrivano a battuta sul collo dell'impianto (fig. 3).



# I perché

**Il tratto transmucoso del moncone emerge dai tessuti molli, come posso correggere questo inestetismo?**

Nel caso di zona estetica e con spessore gengivale inferiore a 1,7 mm (casi molto rari) è possibile correggere l'inestetismo, se si è in fase chirurgica, pianificando il posizionamento dell'impianto leggermente sotto cresta (circa 1 mm). Se l'impianto è già stato posizionato deve essere utilizzato un moncone SLIM (fig. 4) e la corona cementata direttamente sul collo dell'impianto (fig. 5). È importantissimo sottolineare il fatto che se viene adottato il moncone SLIM devono essere utilizzati anche il corrispondente tappo di guarigione e transfer (fig. 6).



## Bibliografia

1. Gadhia M.H., Holt R.L., A new implant design for optimal esthetics and retention of interproximal papillae, *Implant Dent.* 2003; 12(2):164-9
2. Holt R.L., Rosenberg M.M., Zinser P.J., Ganeles J., A concept for a biologically derived, parabolic implant design, *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2002 Oct; 22(5):473-81
3. Gardner D.M., Platform switching as a means to achieving implant esthetics: a case study, *NYSJD [New York State Dental Journal]* 2005 Apr; 34:34-7
4. Targetti L., Meli R., Esquiaga H., Soluzioni per il condizionamento dei tessuti molli peri-implantari, *Quintessenza Internazionale* 2005 Gennaio-Febbraio; 65-74

Per informazioni sul sistema implantare Exacone™ rivolgersi a:

### UFFICIO ASSISTENZA CLIENTI

Tel: 055 304451

Fax: 055 304444

e-mail: [implant@leone.it](mailto:implant@leone.it)

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 della legge 675/96 è vostro diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o dell'aggiornamento dei dati in nostro possesso.

#### Spedizione gratuita

Realizzazione grafica: GIULIA MENDUNI  
Stampa: ABC TIPOGRAFIA s.r.l. Sesto Fiorentino

IT-02-04/03

[www.leone.it](http://www.leone.it)



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](mailto:info@leone.it) – [www.leone.it](http://www.leone.it)



# 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

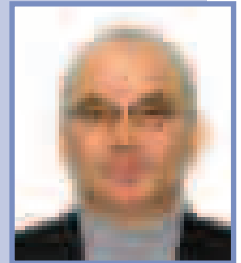
**Exacone Team** in coordinamento con la Leone e i partner commerciali dell'azienda svolge una intensa attività di aggiornamento didattico e scientifico-culturale su tutto il territorio nazionale

Una sezione del sito [www.leone.it](http://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. Salvatore Belcastro*



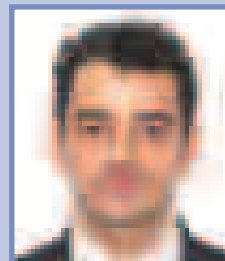
*Dr. Alberto Frezzato*



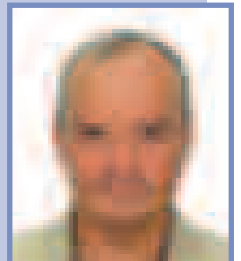
*Dr. Fulvio Floridi*



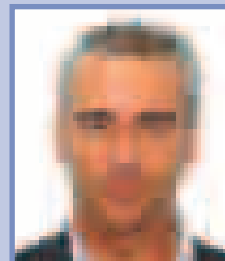
*Dr. Mario Guerra*



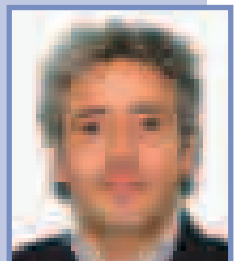
*Dr. Roberto Meli*



*Dr. Luigi Lucchiarì*



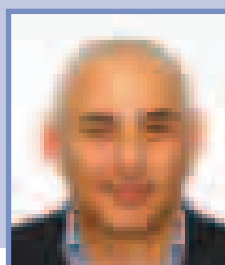
*Dr. Marino Miccini*



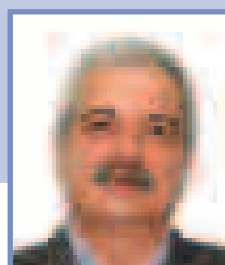
*Dr. Dario Mercuri*



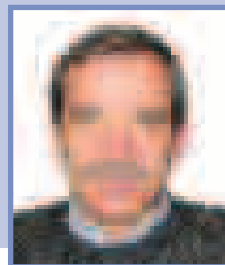
*Dr. Leonardo Targetti*



*Dr. Alfonso Sinisi*



*Dr. Bruno Rocchetti*



*Dr. Salvatore Dettori*



*Dr. Leonardo Palazzo*

# L'efficienza della semplicità!



**EXACONE™**



**Ortodonzia e Implantologia**