

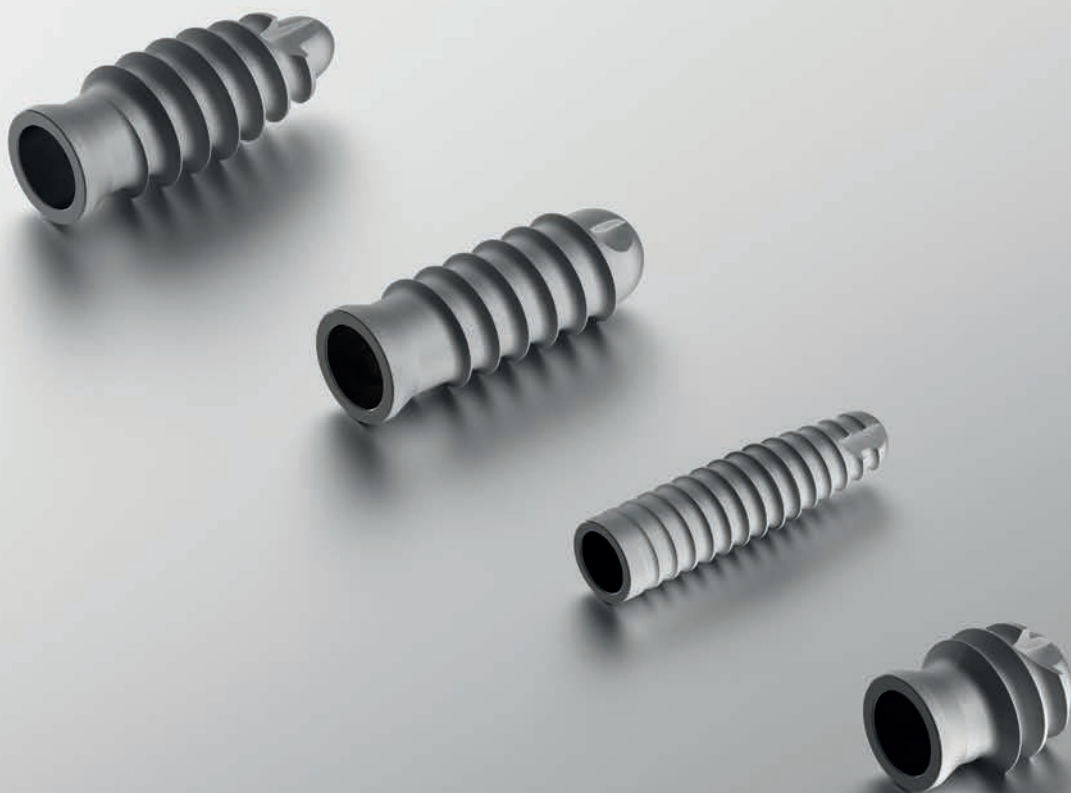
# XCN<sup>®</sup> news

IL BOLLETTINO DEL SISTEMA IMPLANTARE LEONE



Protesi conometrica

**XCN**<sup>®</sup> IMPLANT  
SYSTEM



**SOLO VERI SORRISI.**

**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





FIRENZE  
6-7 MAGGIO  
2022

15°  
CONGRESSO  
XCN

**RINASCI  
MENTO**  
CONTEMPORANEO  
IN IMPLANTOPROTESI

## Finalmente!

Questo XCN® News esce in occasione di un grande evento dal vivo qui nella nostra sede ISO: il nostro 15° Congresso XCN®.

Finalmente, dopo questi anni di restrizioni dovute alla pandemia che hanno limitato la possibilità di incontri in presenza, oggi 6 maggio 2022, torniamo ad incontrarci per parlare di implantologia.

Durante i mesi scorsi, mentre lavoravamo all'organizzazione del Congresso, cresceva in noi la voglia di realizzare qualcosa di nuovo e stimolante e abbiamo vissuto questo incontro come una rinascita, uno schiudersi di nuove opportunità. Ecco il perché del titolo *"Rinascimento contemporaneo in implantoprotesi"* per sottolineare il valore di nuovo inizio che diamo a queste giornate.

Abbiamo invitato relatori di altissimo profilo che hanno aderito alla nostra richiesta con entusiasmo. Saranno proprio loro a mostrarci come l'evoluzione della moderna implantologia stia svoltando dal passato e, sempre più, le caratteristiche della sistematica XCN® si rivelino adeguate a questa prospettiva.

Sarà sottolineato il valore del carico immediato e della conometria, affronteremo la diffusione di tecniche chirurgiche e protesiche sempre più digitalizzate, alla base di tutte le novità che smuovono il mercato, così come l'importanza della centralità del paziente, l'approfondita diagnosi e l'appropriata documentazione dei casi. Faremo tutti insieme il punto sullo stato dell'arte nell'implantoprotesi contemporanea e cercheremo di capire quali saranno le strade da percorrere per lo sviluppo futuro delle terapie implantari.

Queste due giornate saranno anche l'occasione per mostrarvi quello che abbiamo fatto in questi due anni di lavoro dietro le quinte. Leone ha investito tempo e capitali nella ricerca e nella realizzazione di nuovi prodotti, che potrete trovare nel nuovo catalogo fresco di stampa, di cui siamo molto orgogliosi e che segnano per noi l'inizio di una nuova stagione.

Per finire, proprio per festeggiare finalmente insieme questa ripartenza, abbiamo organizzato una visita guidata alla bellissima mostra a Palazzo Strozzi *"Donatello, il Rinascimento"* alla quale seguirà una cena in Piazza SS. Annunziata, una delle piazze simbolo del Rinascimento fiorentino.

Elena Pozzi

Dott. R. Turrini

## Riabilitazione della mandibola atrofica con protesi All-on-four

**PAROLE CHIAVE**

atrofia ossea, edentulia totale inferiore, Cone Beam, All-on-four, impianto Max Stability, carico immediato, moncone MUA, protesi avvitata

pag. 4

## Corsi di implantologia e giornate di chirurgia dal vivo

pag. 12

Dott. G. Musiello

## Carico immediato in Toronto conometrica: inconare è meglio che avvitare

**PAROLE CHIAVE**

atrofia ossea, edentulia totale superiore, carico immediato, impianto Max Stability, GBR, biomateriali, protesi conometrica, moncone MUA-Conic, cappette Fixed, CAD-CAM, cement-free

pag. 13

## Novità dal Catalogo prodotti implantologia 10ª edizione

pag. 26

Dott. G. Del Pidio

## Riabilitazione implantoprotesica a carico immediato mediante "Weld Technique"

**PAROLE CHIAVE**

edentulia multipla, post-estrattivo immediato, carico immediato, impianto Max Stability, GBR, sincristallizzatrice endorale, protesi conometrica, moncone MUA-Conic, cappetta Weld, cement-free

pag. 28

Dott. F. Dell'Innocenti

## Riabilitazione di incisivi laterali superiori agenesici con approccio ortodontico e impianti Narrow 2.9

**PAROLE CHIAVE**

agenesia, ortodonzia pre-protetica, impianto Narrow 2.9, carico immediato, corona singola, moncone temporaneo, moncone anatomico 360°, CAD-CAM, zona estetica

pag. 39

Dott. D. Testi, Dott.ssa E. Bigelli, Dott. S. Di Massimo, Odt. F. Di Massimo, Odt. R. Covuccia

## Riabilitazione protesica totale tramite overdenture conometrica

### PAROLE CHIAVE

edentulia totale, overdenture conometrica, moncone MUA-Conic, cappetta Mobile, moncone a testa sferica

pag. 50

Visita la nuova sezione on line: video tutorial delle procedure protesiche

pag. 55

Aggiornamento Pubblicazioni scientifiche sul Sistema Implantare Leone XCN®

pag. 56

Dott. A. Fioroni, Dott. D. Guerra, Dott. G. Guerra, Dott. G. Dodaj, Dott. L. Palazzo

## Soluzioni mini invasive del mascellare superiore atrofico. Follow up a lungo termine

### PAROLE CHIAVE

atrofia ossea, trattamento di pazienti parodontopatici, mini rialzo del seno mascellare, tecniche osteotomiche, post-estrattivo immediato, zona molare, tuberosità, follow up, mantenimento osseo

pag. 57

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.



Ortodonzia e Implantologia

**LEONE S.p.A.**

Via P. a Quaracchi, 50  
50019 Sesto Fiorentino (FI)  
tel. 055 30441 fax 055 374808  
info@leone.it www.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 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-01-22/33

*La carta ha un impatto molto significativo sull'ambiente. Per farsi un'idea dell'effetto che ha la tradizionale carta sull'ecosistema, basti pensare che per produrre una tonnellata di carta dalla cellulosa vergine è necessario abbattere ben 15 alberi. Il formato di questa pubblicazione è stato ridimensionato. Scegliendo un formato più piccolo abbiamo dimezzato la quantità di carta utilizzata per la stampa, riducendo l'impatto ambientale.*

# Riabilitazione della mandibola atrofica con protesi All-on-four

Dott. Renato Turrini

Libero professionista a Massarosa (LU)

## PAROLE CHIAVE

atrofia ossea, edentulia totale inferiore, Cone Beam, All-on-four, impianto Max Stability, carico immediato, moncone MUA, protesi avvitata

Il concetto "Tutto su quattro" si basa sull'inserimento di due impianti assiali nella zona anteriore e due impianti distali inclinati ("tiltati"), solidarizzati attraverso una protesi fissa avvitata a carico immediato. Il successo di questa tecnica è fortemente legato alla semplicità del protocollo chirurgico e protesico, scientificamente documentato da numerosi studi con follow up ultradecennali. La tecnica All-on-four è apprezzata anche dai pazienti sia per i buoni risultati estetici e la buona funzione masticatoria che si ottengono, sia perché il carico immediato consente di avere subito i denti. Infine dispone di un buon rapporto costo/benefici.

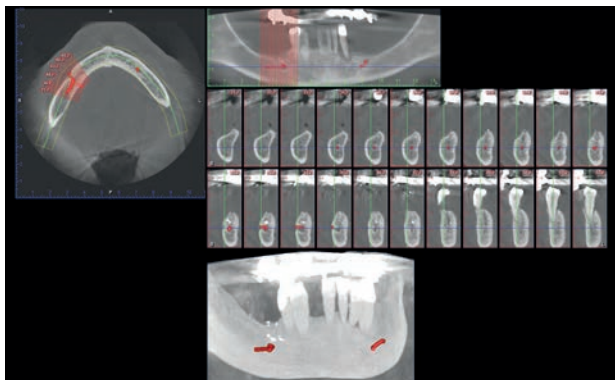
L'utilizzo di impianti inclinati permette di ridurre il cantilever distale della protesi e di evitare complessi interventi di chirurgia avanzata, sfruttando al massimo i volumi ossei nei settori posteriori; gli impianti distali tiltati vengono posizionati nell'area adiacente al nervo alveolare inferiore o lungo la parete anteriore del seno mascellare. La pianificazione di un intervento All-on-four parte necessariamente da un esame Cone Beam che permette uno studio iniziale 3D per valutare il grado di atrofia, scegliere la tipologia, il diametro e la lunghezza degli impianti, individuare la posizione

ottimale evitando strutture anatomiche sensibili ed esaminare la qualità ossea. Sulla base delle prime impronte è inoltre necessaria un'attenta valutazione preliminare dell'estetica, la linea del sorriso, il supporto delle labbra ecc., anche per intercettare la necessità di osteoplastiche durante l'intervento chirurgico. Il chirurgo può scegliere tra una tecnica chirurgica a mano libera a lembo aperto, aiutandosi con l'apposita dima chirurgica All-on-four per l'inclinazione degli impianti, o una tecnica chirurgica guidata. Presupposto per il carico immediato è una buona stabilità primaria di tutti gli impianti. Un valido aiuto sono sicuramente gli impianti Max Stability XCN® che, grazie al loro macro design, facilitano questo compito.

Nella sistemica XCN® Leone la protesi a carico immediato viene realizzata con appositi cilindri in titanio, sui quali si incolla o si salda la struttura metallica di supporto, per assicurare la passività e garantire una robusta stabilità di collegamento fra gli impianti. La protesi viene poi fissata su monconi MUA con una grande vite protesica che ha un diametro di 2 mm, ed è quindi semplice da manovrare, oltre a essere estremamente robusta.

## CASO CLINICO

A titolo esemplificativo si riporta il caso clinico di una signora di 60 anni che si è rivolta a noi per riabilitare l'arcata inferiore con una soluzione protesica fissa. Dall'esame clinico e radiografico emerge che i pochi elementi naturali residui non sono più recuperabili. Dopo aver illustrato alla paziente le soluzioni percorribili, si decide in comune accordo per una riabilitazione implantoprotesica All-on-four a carico immediato. Si esegue quindi un esame Cone Beam (Figg. 1-4) e si evidenziano i forami mentonieri e il canale incisivo per pianificare la posizione, il diametro, la lunghezza e l'inclinazione degli impianti da inserire.



Figg. 1-4 - Cone Beam pre-operatoria

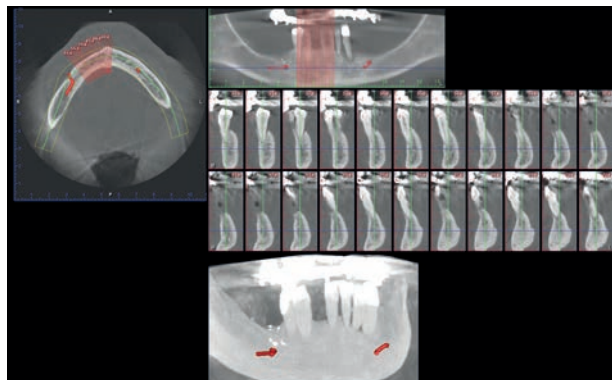


Fig. 2

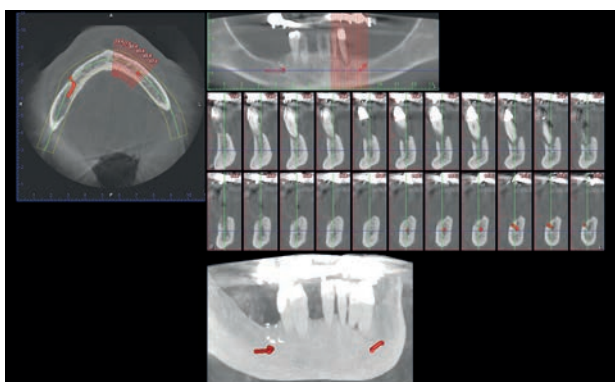


Fig. 3

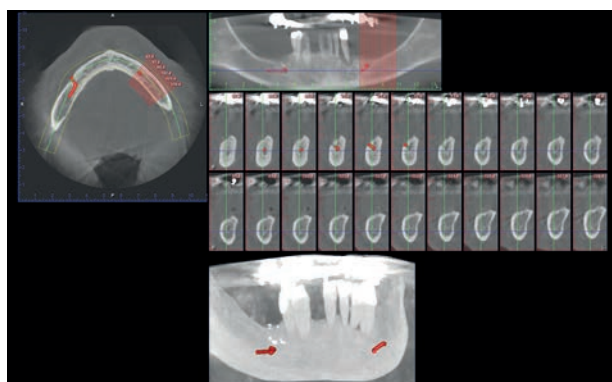


Fig. 4

L'intervento chirurgico segue il protocollo standard All-on-four con tecnica chirurgica a mano libera:

- estrazione di tutti gli elementi presenti (Fig. 5);
- toilette chirurgica, lavaggio con Rifocin antibiotico e apertura lembo (Fig. 6);
- appiattimento della cresta per creare un profilo osseo quanto più omogeneo (Fig. 7);
- isolamento dei forami mentonieri e marcatura della loro posizione in cresta con matita copiativa (Fig. 8);
- posizionamento della dima All-on-four XCN® in un foro diametro 2,2 mm realizzato con la fresa pilota in zona mediana (Figg. 9, 10);
- preparazione dei quattro siti implantari, distalmente inclinati, con fresa lanceolata da piezoelettrico, fresa pilota e frese elicoidali con stop (Figg. 11-13);
- inserimento di quattro impianti Max Stability XCN®, uno Ø 4,5 mm L 14 in posizione 44 e gli altri tre Ø 3,75 L 14 mm in posizione 42 e 34 e L 12 in posizione 32 (Figg. 14, 15);
- scelta dei monconi MUA con gli Abutment Gauge (Fig. 16);
- inserimento dei quattro monconi MUA, ai quali è stato rimosso l'esagono 360° per il carico immediato, che sono quindi liberamente posizionabili a 360° (Fig. 17);
- attivazione definitiva dei monconi MUA negli impianti con il percussore con punta in PEEK (Fig. 18); questo passaggio richiede pochi secondi, dato che non ci sono viti di connessione impianto-moncone da avvitare;
- riempimento del difetto osseo in posizione 44 con osso autologo e spugna di collagene; l'osso autologo è stato recuperato con una pinza ossivora durante la fase iniziale di regolarizzazione della cresta ossea (Fig. 19);
- presa impronta intraoperatoria della posizione dei monconi MUA (Figg. 20, 21);
- protezione dei monconi MUA con apposite viti di guarigione (Fig. 22).



Fig. 5 - Estrazione degli elementi naturali non recuperabili

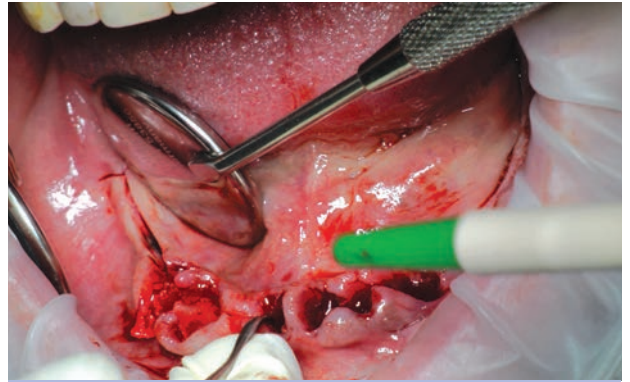


Fig. 6 - Toilette chirurgica



Fig. 7 - Regolarizzazione della cresta ossea



Fig. 8 - Posizione del forame mentoniero riportata in cresta con matita copiativa

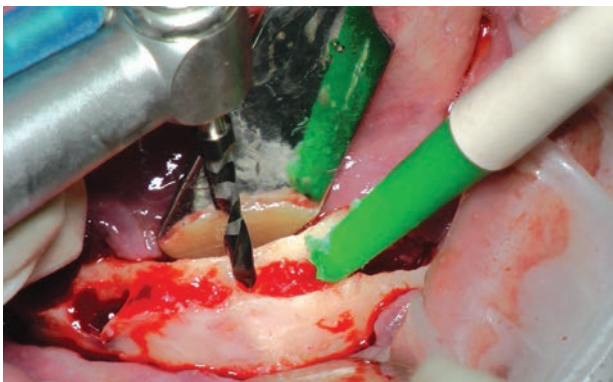


Fig. 9 - Realizzazione di un foro Ø 2,2 mm per la dima All-on-four

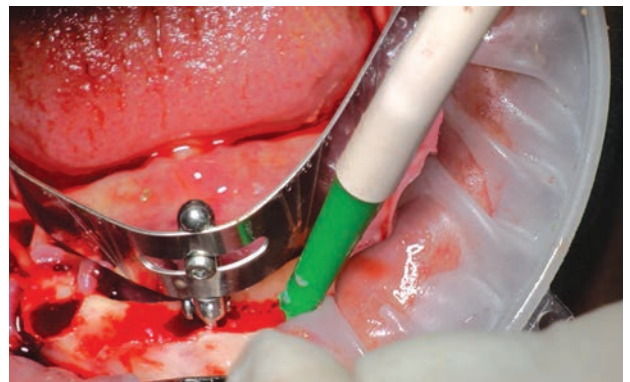


Fig. 10 - Dima All-on-four in sede



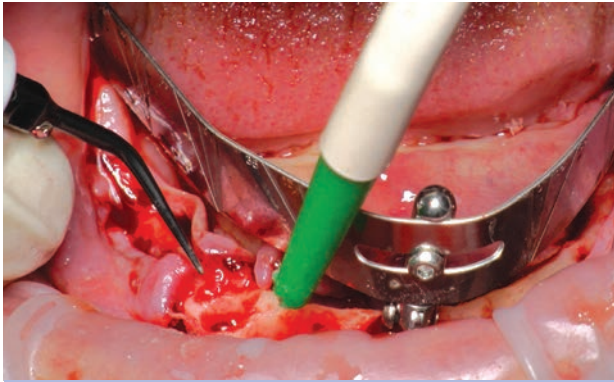


Fig. 11 - Realizzazione del foro d'entrata con il piezoelettrico

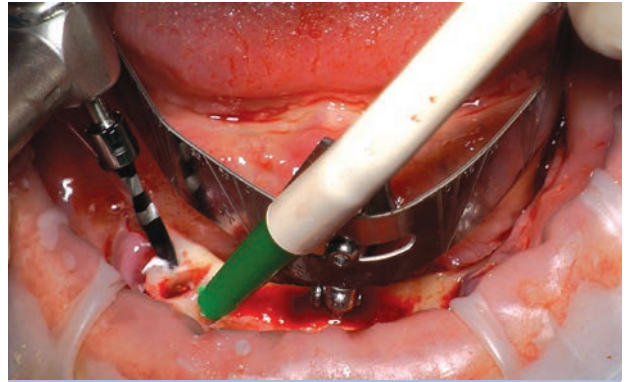


Fig. 12 - Passaggio della fresa pilota corta con stop di profondità, inclinandola in posizione 44 a 35°



Fig. 13 - Allargamento del sito chirurgico con la fresa elicoidale corta Ø 2,8 mm con stop di profondità

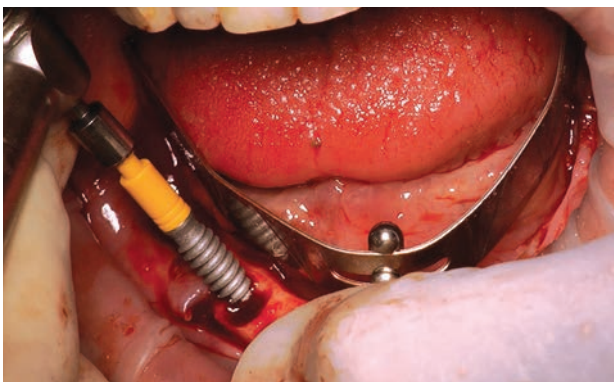


Fig. 14 - Inserimento dell'impianto Max Stability Ø 4,5 L 14 in posizione 44

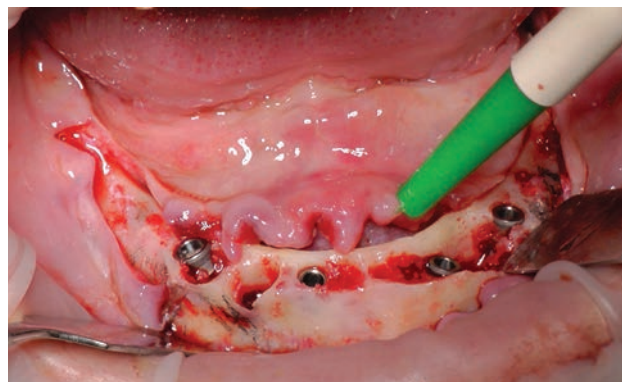


Fig. 15 - Quattro impianti Max Stability inseriti: Ø 4,5 L 14 in posizione 44, tre Ø 3,75, L 14 in posizione 42 e 34 e L 12 in posizione 32

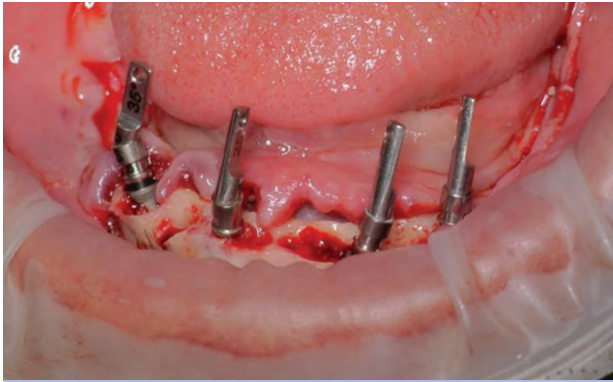


Fig. 16 - Abutment Gauge inseriti negli impianti per scegliere l'inclinazione dei monconi e l'altezza del tratto transmucoso

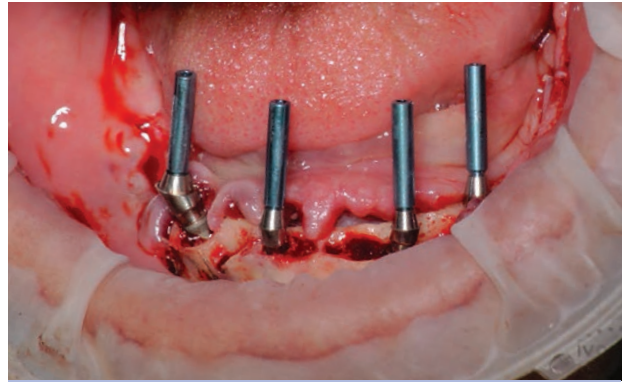


Fig. 17 - Monconi MUA posizionati negli impianti, forniti montati su una lunga vite polifunzionale per facilitare il loro orientamento nella ricerca del parallelismo desiderato

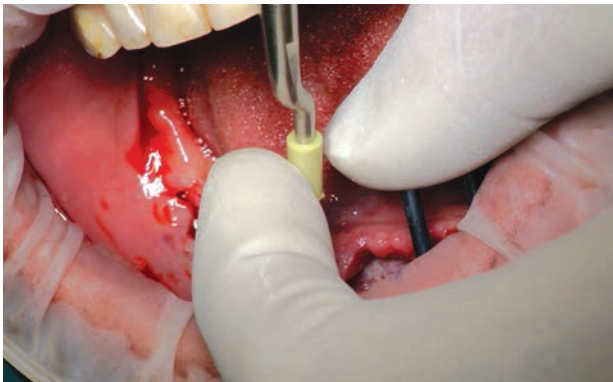


Fig. 18 - Attivazione dei monconi MUA negli impianti con il percussore con punta in PEEK



Fig. 19 - Difetto osseo in posizione 44 riempito con osso autologo



Fig. 20 - Transfer da riposizionamento avvitati sui monconi MUA

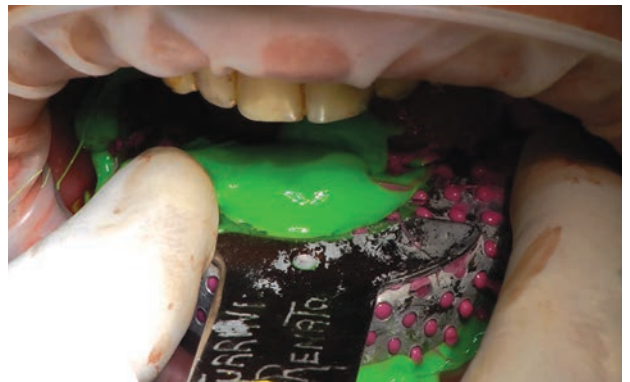


Fig. 21 - Presa d'impronta con un cucchiaio chiuso



Fig. 22 - Monconi MUA protetti con viti di guarigione

L'indomani mattina viene provata la struttura metallica e la protesi diagnostica (Figg. 23-25).

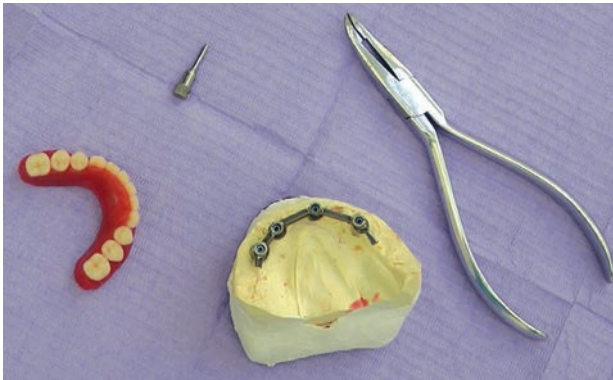


Fig. 23 - Struttura in titanio realizzata con cilindri da saldatura posizionata su analoghi-moncone MUA, protesi diagnostica, avvitatore manuale protesico montato sul raccordo per viti, pinza Weingart

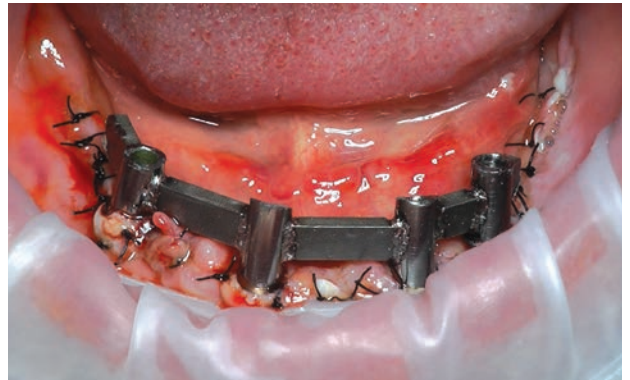


Fig. 24 - La mattina del giorno seguente: verifica del fit passivo della struttura in titanio sui monconi MUA



Fig. 25 - Prova della protesi diagnostica che necessita di alcune modifiche, presa del morso

Nel pomeriggio dello stesso giorno si consegna la protesi a carico immediato All-on-four (Figg. 26-31).



Fig. 26 - Protesi All-on-four pronta per la consegna, viti di connessione MUA, avvitatore manuale protesico montato sul raccordo per viti



Fig. 27 - Vista inferiore della protesi All-on-four



Fig. 28 - Situazione clinica dopo aver rimosso le viti di guarigione MUA



Fig. 29 - Nel pomeriggio: protesi All-on-four posizionata sui monconi MUA e serraggio delle viti a 20 Ncm



Fig. 30 - Vista occlusale della protesi dopo aver chiuso i canali d'accesso alle viti



Fig. 31 - Protesi All-on-four in sede

Il controllo clinico e radiografico a 7 mesi conferma l'osteointegrazione degli impianti senza alcuna perdita ossea (Figg. 32-34). La paziente è pienamente soddisfatta sia dal risultato estetico che funzionale.

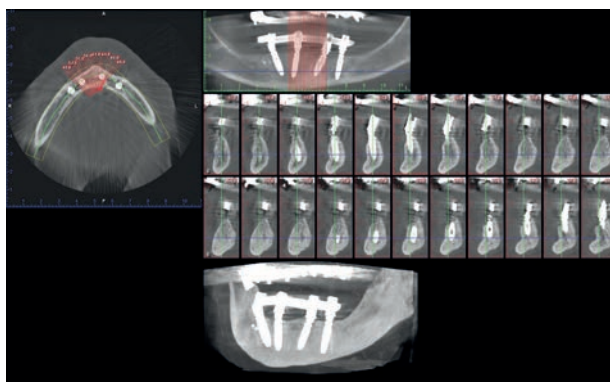


Fig. 32 - Cone Beam a distanza di 7 mesi dall'intervento chirurgico – cross sections centrali

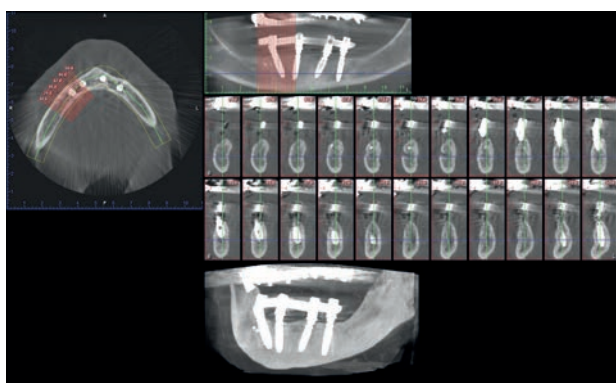


Fig. 33 - Cone Beam a distanza di 7 mesi dall'intervento chirurgico – cross sections lato destro

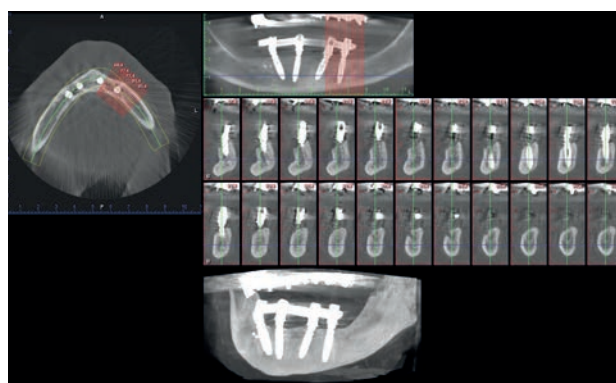


Fig. 34 - Cone Beam a distanza di 7 mesi dall'intervento chirurgico – cross sections lato sinistro

**REALIZZAZIONI  
PROTESICHE**

Laboratorio odontotecnico Soncini & Ceragioli - Pietrasanta (LU)



ISTITUTO STUDI  
ODONTOIATRICI

## Corsi di **implantologia**

### • CORSO DI APPROFONDIMENTO CLINICO-PRATICO CON IMPIANTI A CONNESSIONE CONOMETRICA

Relatori: Dott. M. Guerra, Dott. S. Belcastro, Dott. L. Palazzo

**18-19 Novembre 2022**

ROMA

ODONTOIATRI

### • CORSO DI APPROFONDIMENTO CLINICO-PRATICO CON IMPIANTI A CONNESSIONE CONOMETRICA

Relatore: Dr. L. Targetti

**21-22 Novembre 2022**

FIRENZE

ISO

Istituto Studi Odontoiatrici

ODONTOIATRI

### • CORSI PRATICI CON INTERVENTI SU PAZIENTE

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

**Date da concordare con i relatori**

CAGLIARI

Info: Dott. N. Russo  
334/3417994

ODONTOIATRI



## GIORNATE DI **CHIRURGIA DAL VIVO** PER ODONTOIATRI E **PROTESI SU IMPIANTI** PER ODONTOTECNICI

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

**FIRENZE**

**17 OTTOBRE**  
2022

**28 NOVEMBRE**  
2022

**CHIRURGIA**

**RELATORE: DOTT. L. TARGETTI**

**PROTESI**

**RELATORE: ODT. M. PISA**

**PRESSO**

**ISO**  
ISTITUTO STUDI  
ODONTOIATRICI

**GLI INCONTRI SONO GRATUITI - ISCRIZIONE OBBLIGATORIA**



SEGRETERIA TEL. **055304458** MAIL [iso@leone.it](mailto:iso@leone.it) [www.leone.it/iso](http://www.leone.it/iso) SEGUICI SU



# Carico immediato in Toronto conometrica: inconare è meglio che avvitare

Dott. Giuseppe Musiello

Libero professionista a Vico del Gargano - Foggia

## PAROLE CHIAVE

atrofia ossea, edentulia totale superiore, carico immediato, impianto Max Stability, GBR, biomateriali, protesi conometrica, moncone MUA-Conic, cappette Fixed, CAD-CAM, cement-free

Il paziente S.A. di anni 63 ASA 2, da sempre seguito dalla collega e amica Dott.ssa Elisa Salandra, dopo oltre 10 anni di protesi combinata, decide di liberarsi dello scheletrato posteriore chiedendo una riabilitazione completa fissa all'arcata superiore. La collega mi espone il caso e accetta, dopo essersi consultata con il paziente, la mia ipotesi terapeutica: effettuare un carico immediato conometrico post-estrattivo, sacrificando alcuni elementi dentari. La grave atrofia orizzontale di tutto il primo e terzo sestante complicherà la procedura chirurgica (Figg. 1-3).

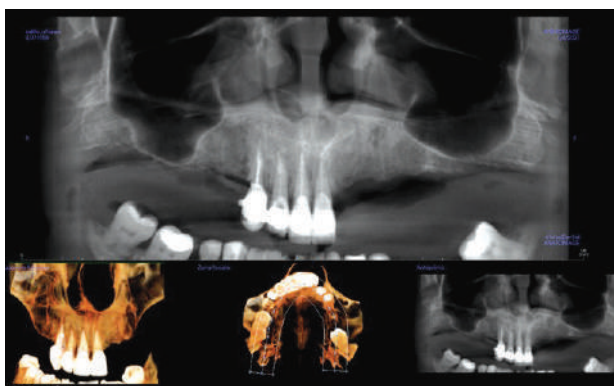


Fig. 1 - Panorex iniziale



Fig. 2 - Visione coronale del mascellare

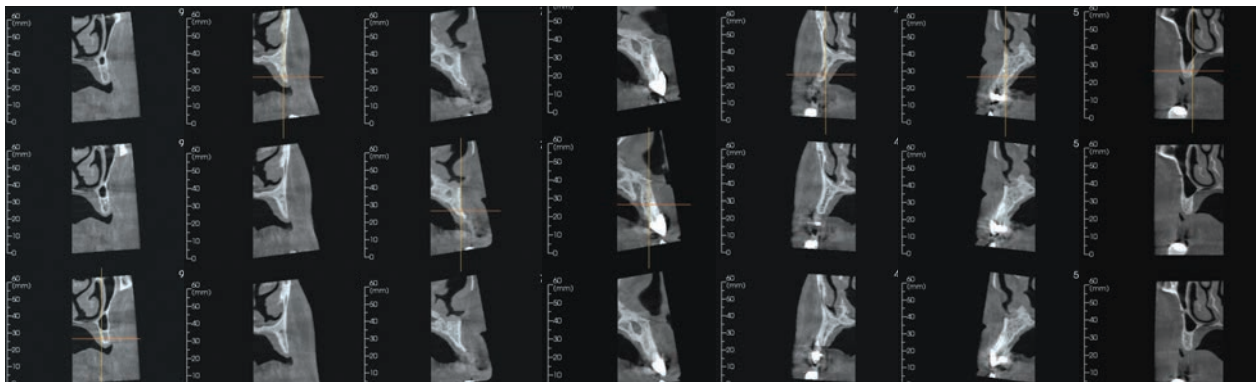


Fig. 3 - Cross 13, 14, 16, 21, 22, 24 e 26

Alla base di ogni riabilitazione è doveroso partire da un'attenta analisi protesica oltre che radiologica e questo è possibile grazie alla stretta collaborazione con il nostro amico Odt. Daniele Andaloro. Grazie al suo contributo è stata realizzata una protesi mobile pre-estrattiva e una replica della stessa in resina trasparente utilizzata in fase chirurgica come dima (Fig. 4).



Fig. 4 - Progetto protesico analogico e dima protesica

All'esteso il tavolo operatorio con tutti gli strumenti necessari all'esecuzione dell'intervento ed effettuata l'anestesia, ho proceduto alle estrazioni dentarie nel modo più atraumatico possibile (Figg. 5, 6).



Fig. 5 - Situazione iniziale

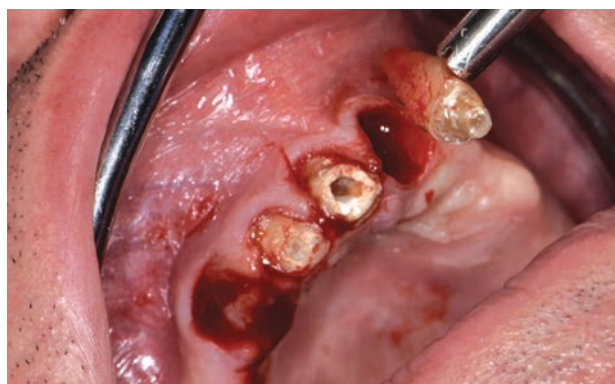


Fig. 6 - Estrazione atraumatica



Dopo aver provato il perfetto adattamento della dima protesica, ho utilizzato la stessa per demarcare i punti d'ingresso degli impianti con la fresa lanceolata (Fig. 7). Ho quindi scolpito un lembo a tutto spessore, scheletrizzando il mascellare e isolando il fascio vascolo-nervoso naso-palatino (Fig. 8).



Fig. 7 - Mappatura dei fori iniziali secondo progetto chirurgico protesico



Fig. 8 - Isolamento del fascio vascolo-nervoso naso-palatino

L'intervento è proseguito con la regolarizzazione della cresta ossea alveolare residua al fine di ottenere un unico piano osseo per la futura protesi, recuperando chips ossei che verranno utilizzati nella successiva GBR (Figg. 9-12). Si è così ottenuta una cresta ossea ben regolare, con uno spessore residuo di soli 3,5 mm nel terzo sestante (Fig. 13).

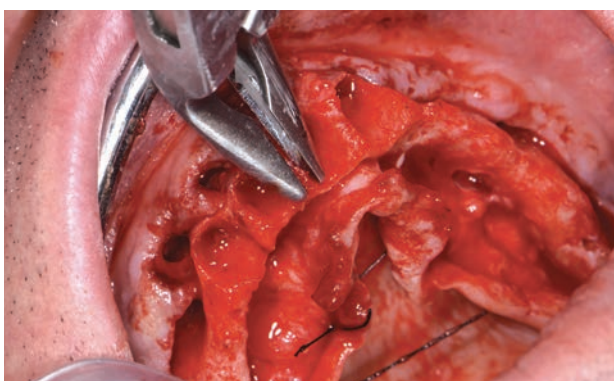


Fig. 9 - Alveoplastica

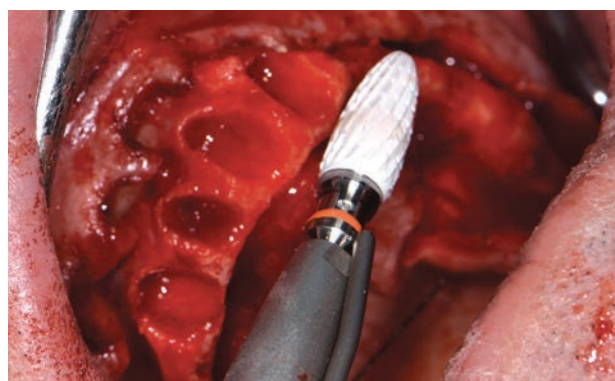


Fig. 10 - Regolarizzazione della cresta con l'ausilio di fresa in ceramica

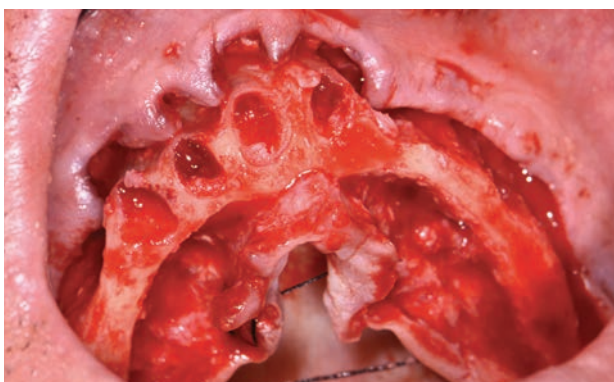


Fig. 11 - Cresta ossea appiattita



Fig. 12 - Chips ossei da utilizzare nella GBR additiva

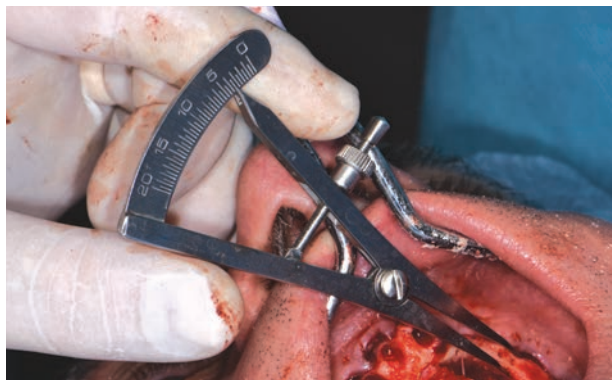


Fig. 13 - Spessore della cresta ossea residua di 3,5 mm

Mediante l'utilizzo della dima chirurgica All-on-four e dei fori di demarcazione precedentemente realizzati, è stato relativamente semplice procedere all'inserimento degli impianti, tutti XCN® Max Stability Ø 3,75 mm da 12 e 14 mm di lunghezza (Figg. 14-16).



Fig. 14 - Dima chirurgica in posizione

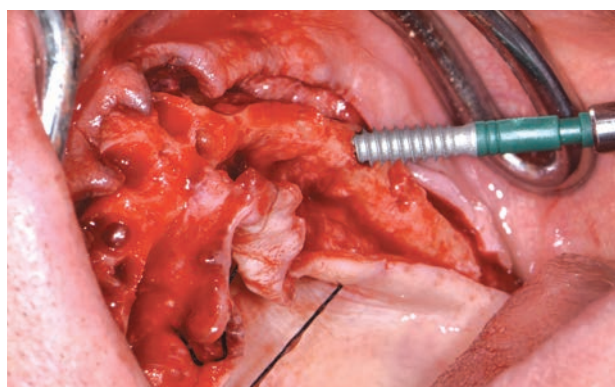


Fig. 15 - Inserimento impianto tiltato

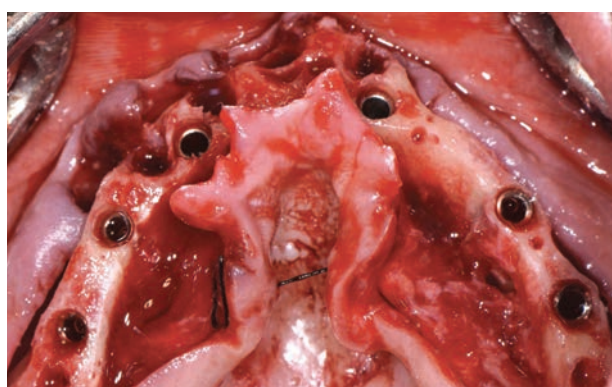


Fig. 16 - Visione oclusale a fine inserimento implantare

Una volta posizionati gli impianti, sono passato alla scelta delle altezze transgingivali e delle angolazioni dei monconi MUA con l'ausilio degli Abutment Gauge (Fig. 17). Questa rappresenta la fase critica dell'intervento, ma grazie alla possibilità di ruotare i monconi MUA a 360°, alla grande variabilità di MUA disponibili e alla buona visibilità offerta dalla lunga vite polifunzionale premontata sul moncone, ho parallelizzato senza problemi i sei monconi MUA (Figg. 18, 19).

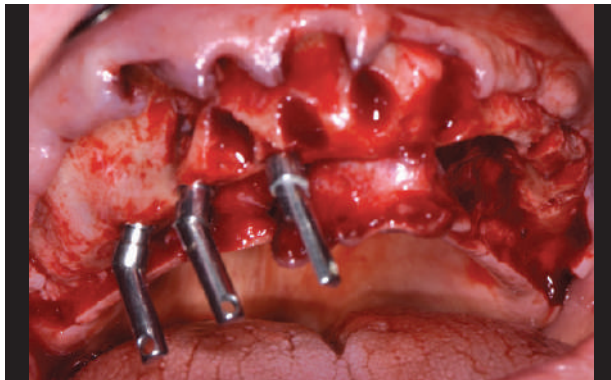


Fig. 17 - Utilizzo degli Abutment Gauge per la scelta dei monconi MUA

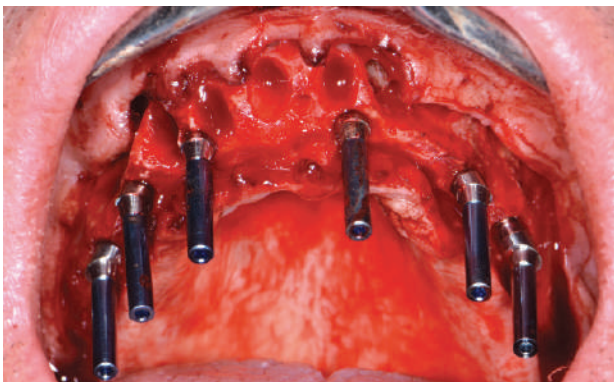


Fig. 18 - Monconi MUA inseriti e parallelizzati intraoralmente

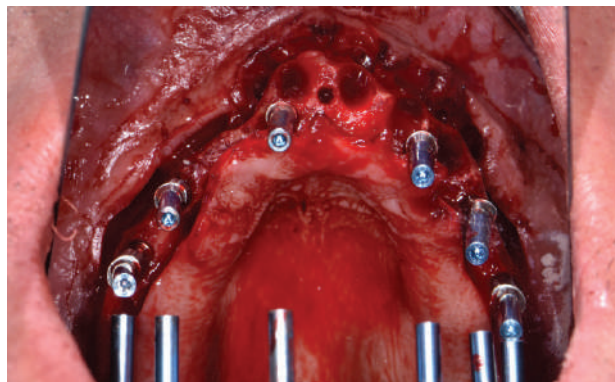


Fig. 19 - Visione oclusale; si apprezza anche il forte riassorbimento orizzontale nel secondo quadrante

Infine, mi sono dedicato alla fase ricostruttiva del mascellare con l'ausilio di una membrana in pericardio e un mix di particolato osseo collagenato e autologo precedentemente recuperato. Ho utilizzato gli stessi MUA come ancoraggio della membrana con la "tecnica del bavaglino" (Figg. 20-22).



Fig. 20 - Ancoraggio della membrana con "tecnica del bavaglino"

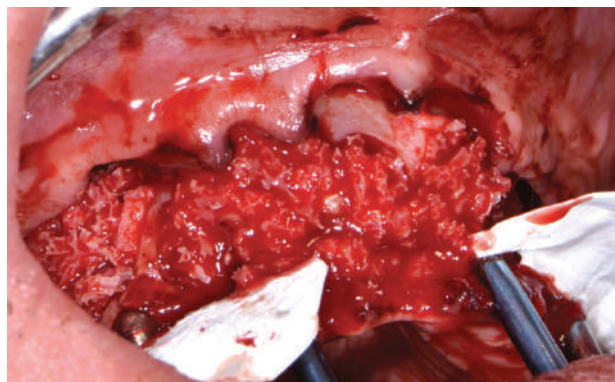


Fig. 21 - Difetti ossei riempiti con un mix di osso collagenato e autologo

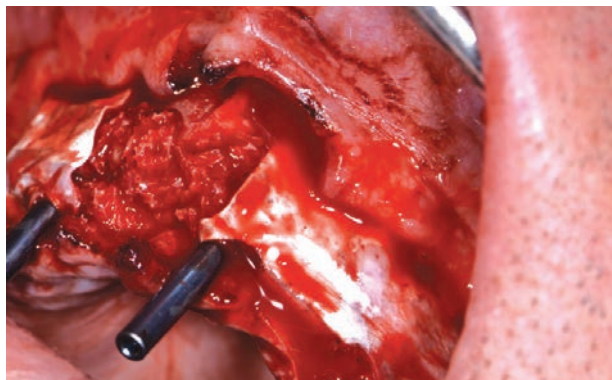


Fig. 22 - Membrane in pericardio in posizione

Successivamente ho applicato gli adattatori Conic sui monconi MUA, serrandoli con il cricchetto dinamometrico a 20 Ncm per trasformarli in monconi conometrici, e posizionato le cappette Fixed in PEEK sopra i monconi (Figg. 23, 24). Ed è proprio in questa fase che personalmente trovo il più grande vantaggio nell'utilizzo del sistema conometrico Leone, perché trasformare una semplice protesi mobile pre-estrattiva in una Toronto conometrica provvisoria costa in tempo e fatica quanto una normale ribasatura intraorale; è stato sufficiente scaricare la protesi mobile in corrispondenza dei monconi, riempire le cavità con della resina da ribasatura intraorale e posizionare la protesi sopra le cappette Fixed in modo da inglobarle nella protesi. Se si hanno competenze odontotecniche adeguate, si può procedere in autonomia alla sgrassatura, rifinitura e lucidatura della stessa una volta rimossa dal cavo orale. Concordando col tecnico il lavoro, in circa 2 ore è possibile avere in studio la Toronto conometrica provvisoria pronta ad essere incontrata (Fig. 25).

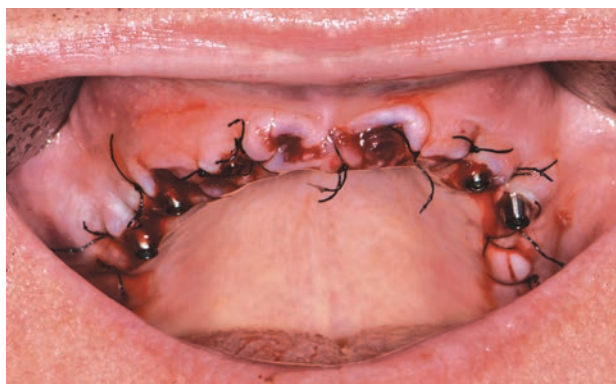


Fig. 23 - Adattatori Conic avvitati sui monconi MUA

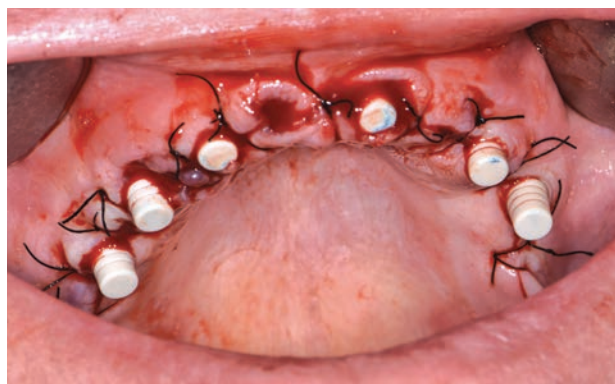


Fig. 24 - Cappette Fixed applicate sui monconi MUA-Conic



Fig. 25 - Toronto conometrica provvisoria

Mi piace sottolineare l'enorme vantaggio di questa sistematica nel momento della consegna della protesi provvisoria, perché non ci sono viti da serrare, fori da chiudere col composito o cementi da utilizzare, ma basterà semplicemente far calzare il manufatto protesico e, con l'ausilio del percussore con la punta in PEEK, applicare dei colpi assialmente ai monconi, attivare la conometria e godersi il nuovo sorriso del paziente (Figg. 26-30).



Fig. 26 - Applicazione della Toronto conometrica provvisoria



Fig. 27 - Fissaggio della Toronto conometrica con l'ausilio del percussore con punta in PEEK



Fig. 28 - Visione intraorale a fine intervento con Toronto conometrica attivata



Fig. 29 - Sorriso del paziente a fine intervento

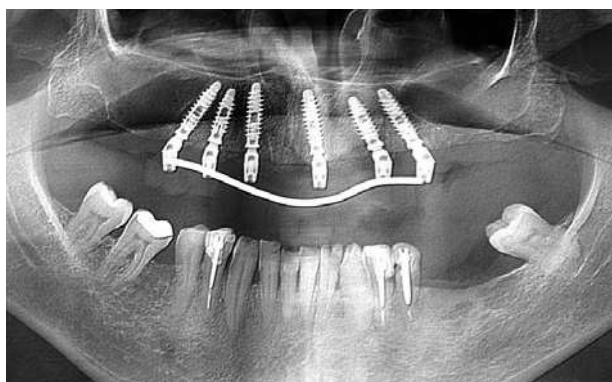


Fig. 30 - OPT fine intervento

Dopo 5 mesi il risultato del nostro lavoro è stato molto confortante alla visione radiologica 2D, ma soprattutto nella 3D dove si è potuto apprezzare l'entità della GBR (Figg. 31, 32).

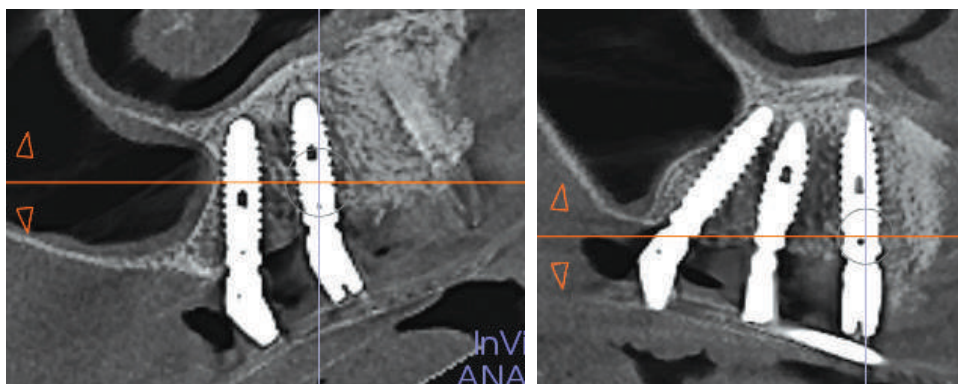


Fig. 31 - Impianti 24, 25 e 13, 14, 15

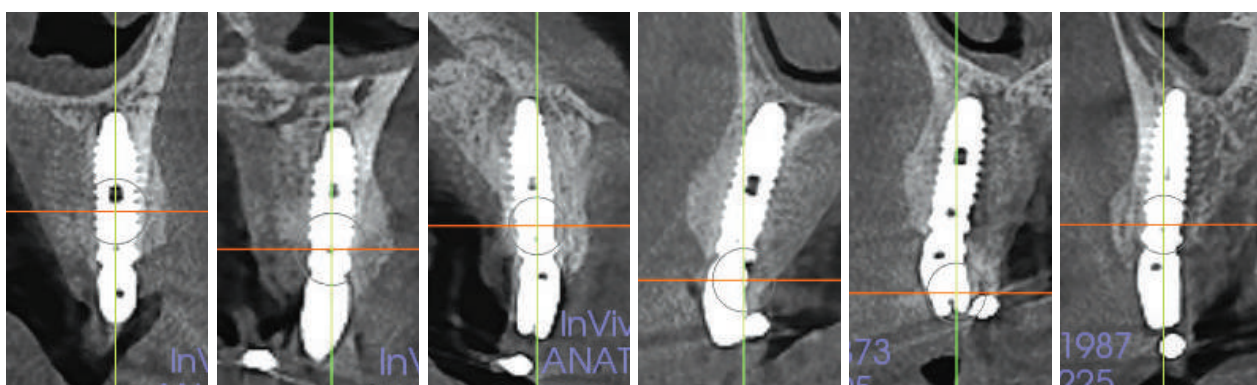


Fig. 32 - Impianti 13, 14, 15 tiltato, 21, 23 e 26

Appurato che nei mesi di guarigione il paziente avesse seguito le dovute restrizioni alimentari e fosse stato attentamente seguito dalla collega Dott.ssa Elisa Salandra, in particolare negli assetamenti occlusali che hanno richiesto le opportune manovre correttive, siamo arrivati alla realizzazione del lavoro protesico definitivo.

Di grande aiuto sono stati i nuovi transfer per monconi MUA-Conic per poter rilevare un'impronta a strappo (Figg. 33, 34). L'ottimo aspetto dei tessuti molli, una volta rimossa la protesi provvisoria, ha confermato che tutto stava procedendo per il meglio e la buona riuscita della GBR orizzontale (Fig. 35).

Alla presa dell'impronta abbiamo associato la registrazione occlusale della protesi provvisoria (Fig. 36) che è stata utilizzata dal tecnico per il montaggio in articolatore, previa registrazione di un arco facciale.



Fig. 33 - Transfer a strappo per monconi MUA-Conic

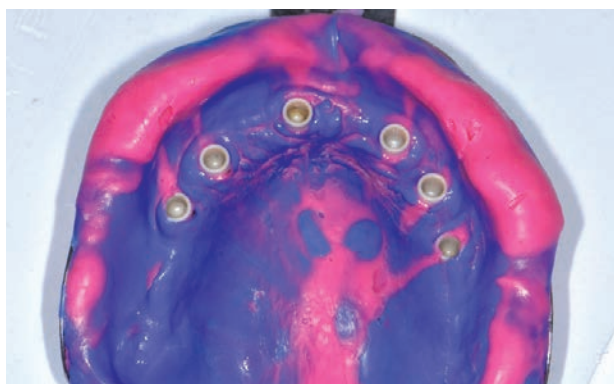


Fig. 34 - Impronta in silicone bicomponente monofase



Fig. 35 - Situazione clinica al momento della presa dell'impronta; si noti l'ottimo aspetto del tessuto molle e la nuova architettura dell'intero mascellare ricostruito



Fig. 36 - Registrazione oclusale della protesi provvisoria

Questo ci ha permesso di replicare tutte le informazioni impresse nella protesi provvisoria: dimensione verticale, rapporti intermascellari, dinamiche oclusali, aspetti estetici e fonetici, ma soprattutto ha dimostrato la precisione dell'impronta stessa. Da questo momento in poi il workflow è stato seguito dall'Odt. Daniele Andaloro e coadiuvato dalla collega Dott.ssa Elisa Salandra e dal sottoscritto, un continuo "in and out" tra il mondo analogico e digitale, con tutte le dovute prove che hanno portato alla finalizzazione del manufatto protesico definitivo con un framework in titanio fresato, con denti e flangia in composito; il risultato è stato una protesi Toronto con un peso di soli 11,6 gr (Figg. 37-45).



Fig. 37 - Montaggio in articolatore

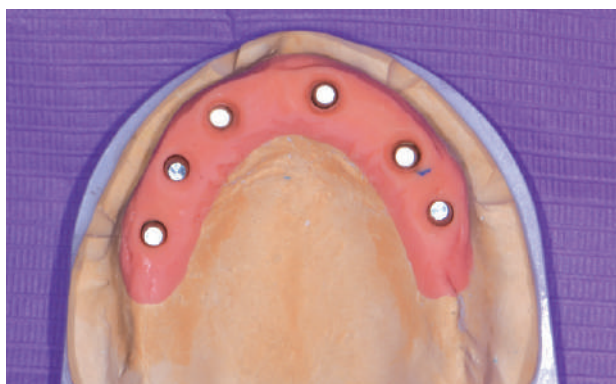


Fig. 38 - Modello master analogico

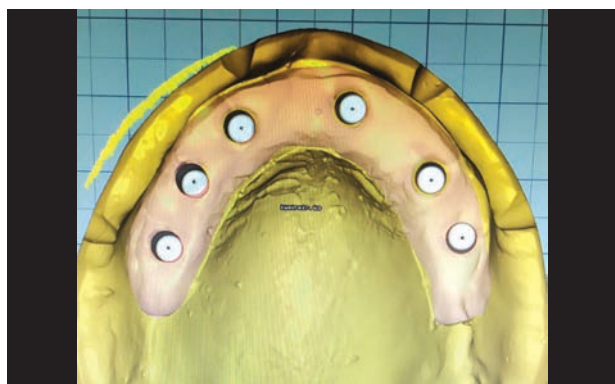


Fig. 39 - Modello master digitalizzato

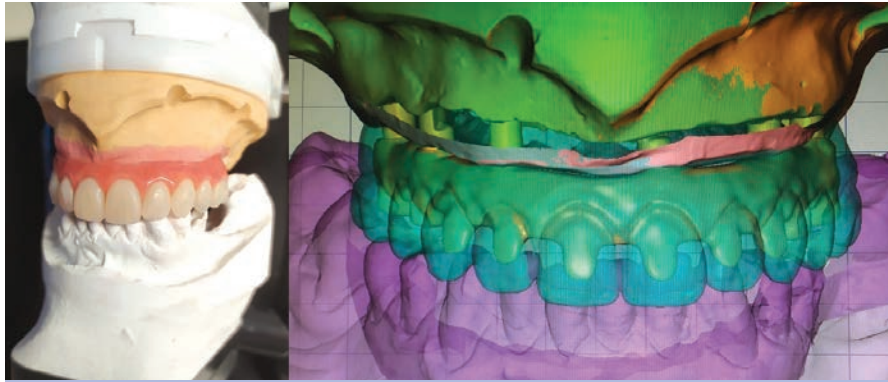


Fig. 40 - Dall'articolatore analogico al digitale

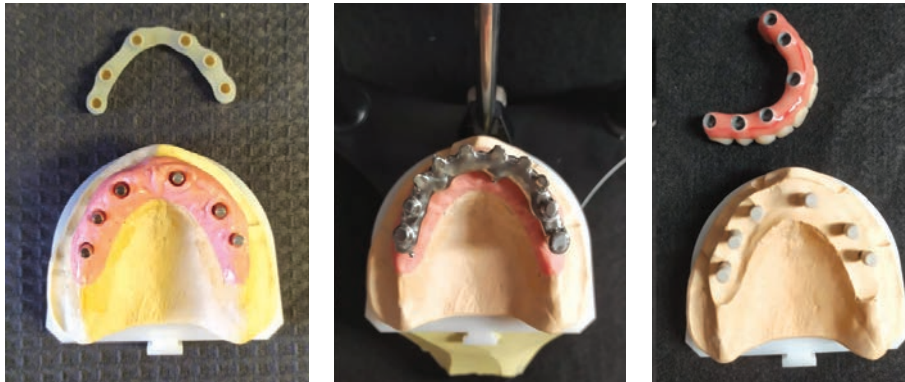


Fig. 41 - Fasi di realizzazione della struttura in titanio fresato



Fig. 42 - Progettazione CAD del framework in titanio

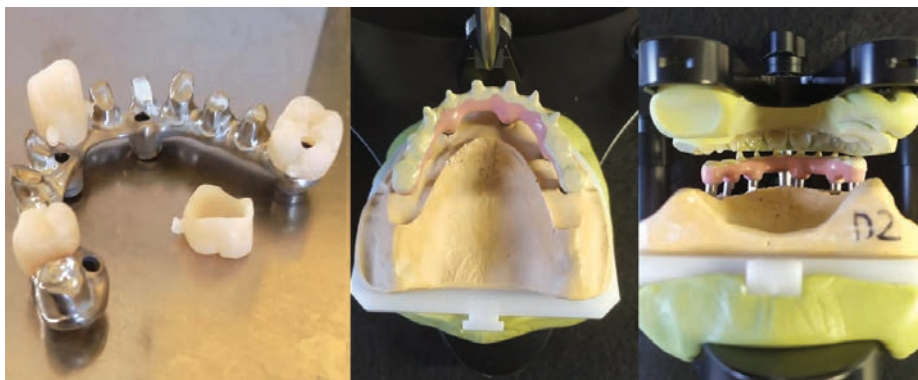


Fig. 43 - Montaggio dei denti in composito





Fig. 44 - Toronto conometrica finita; il bello della leggerezza

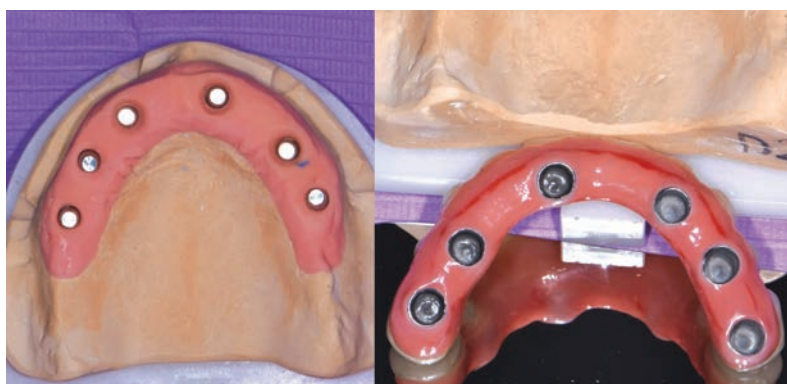


Fig. 45 - Protesi Toronto conometrica pronta per la cementazione intraorale sulle cappette Fixed

Nel giorno della consegna, grazie alla grande semplicità della sistematica protesica utilizzata, è stato sufficiente applicare e attivare delle nuove cappette Fixed sui MUA-Conic, controllare la passività della protesi e la buona stabilità oclusale e procedere alla cementazione intraorale della protesi utilizzando un comune cemento resinoso duale. Una volta atteso i tempi indicati dalla casa produttrice del cemento, non abbiamo fatto altro che rimuovere la protesi con un semplice martelletto levacorone, pulire gli eccessi di cemento e attivare nuovamente la Toronto conometrica, operazione che potrà essere fatta ad ogni igiene e controllo periodico con un grande risparmio economico e di tempo alla poltrona rispetto a tutti gli altri sistemi avvitati (Figg. 46-52).



Fig. 46 - Situazione clinica al momento della consegna della protesi definitiva



Fig. 47 - Cappette Fixed attivate sui monconi MUA-Conic



Fig. 48 - Carico del cemento all'interno della struttura



Fig. 49 - Cementazione intraorale



Fig. 50 - Protesi appena rimossa post cementazione



Fig. 51 - Protesi ripulita e lucidata



Fig. 52 - Protesi attivata

Ringrazio la Dott.ssa Elisa Salandra per avermi affidato questo caso, l'Odt. Daniele Andaloro per aver seguito tutte le mie indicazioni e per averci accompagnato in questa nuova avventura, ma soprattutto il paziente S.A. per aver sopportato la documentazione fotografica di tutte le fasi che l'hanno portato al suo nuovo sorriso (Figg. 53-55).



Figg. 53-55 - Sorriso del paziente



Fig. 54



Fig. 55

**REALIZZAZIONI  
PROTESICHE**

*Odt. Daniele Andaloro - Foggia*

È USCITO IL  
**NUOVO CATALOGO LEONE**  
**PRODOTTI PER IMPLANTOLOGIA**  
10<sup>a</sup> edizione



SCOPRI DI PIÙ  
[www.leone.it](http://www.leone.it)

SEGUICI  
  

**richiedi**  
**la tua copia**



**new**

# SCOPRI LE NOVITÀ!



## KIT STRUMENTI PROTESICI (PAG. 92)

con gli strumenti base per la scelta, l'attivazione e la rimozione dei monconi e un'ampia disponibilità di supporti per contenere ulteriori strumenti protesici



## PERCUSSORE DOUBLE FORCE (PAG. 95)

che permette una maggiore precisione nell'applicazione della forza grazie all'utilizzo semplificato e dispone di due modalità di rilascio della forza: *FULL* e *HALF*

## Nuovi accessori per protesi conometrica:



### CAPPETTA LIGHT (PAG. 79)

che consente di modulare la ritenzione di una protesi, sia fissa che rimovibile, in funzione del numero degli impianti e delle piattaforme protesiche (verde, gialla)



### TRANSFER MONCONE MUA-CONIC (PAG. 82)

per rilevare la posizione del moncone MUA Conic attivato nell'impianto in bocca



### ANALOGHI-MONCONE MUA-CONIC (PAG. 82)

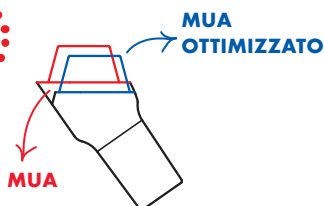
per replicare nel modello in gesso la posizione del moncone MUA-Conic attivato nell'impianto in bocca

TIPOLOGIA DI CAPPETTA

SUPERFICIE DI TENUTA

<b>LIGHT</b> PEEK		 <b>new</b>
<b>MOBILE</b> PEEK		
<b>FIXED</b> PEEK		
<b>WELD</b> Ti		

**GH OTTIMIZZATO**  
PER UNA MIGLIORE  
ESTETICA  
vedi pag. 89

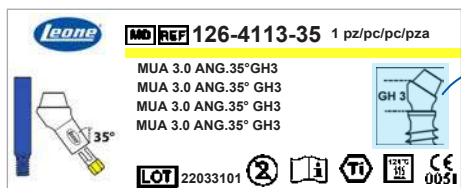


## MONCONI CON GH OTTIMIZZATO

l'altezza gengivale dei seguenti monconi è stata ottimizzata: ExaConnect, MUA e MUA-Conic.

Mediante il codice QR a pagina 89 del nuovo catalogo prodotti, oppure collegandosi al link [www.leone.it/info-transmucoso](http://www.leone.it/info-transmucoso), è possibile conoscere le misure del tratto transmucoso dei monconi con GH ottimizzato.

L'etichetta dei monconi con GH ottimizzato si contraddistingue da questo nuovo elemento



Esempio: moncone MUA 35° GH 3

# Riabilitazione implantoprotesica a carico immediato mediante "Weld Technique"

Dott. Giordano Del Pidio

Libero professionista a Genzano di Roma (RM)

## PAROLE CHIAVE

edentulia multipla, post-estrattivo immediato, carico immediato, impianto Max Stability, GBR, sincristallizzatrice endorale, protesi conometrica, moncone MUA-Conic, cappetta Weld, cement-free

## INTRODUZIONE

*I ritmi di vita sempre più serrati, la necessità di continui rapporti interpersonali e un'attenzione sempre maggiore all'estetica, spingono i clinici a trovare delle soluzioni sempre più rapide. In un'unica seduta si eseguono estrazioni – impianti – provvisorio e il risultato immediato deve essere estetico e confortevole: una protesi mobile provvisoria viene sempre meno tollerata. Le moderne tecnologie come la TC Cone Beam, la rilevazione di un'impronta digitale e l'elaborazione CAD del manufatto protesico permettono una prima fase del trattamento estremamente confortevole per il paziente, che potrà inoltre visualizzare in anteprima quale sarà il possibile risultato finale.*

*Descriveremo di seguito due casi clinici trattati con protesi fissa conometrica a carico immediato.*

*Il carico immediato viene eseguito con la realizzazione, direttamente nel cavo orale, di una struttura in titanio mediante "Weld Technique". Questa tecnica permette l'immediata solidarizzazione degli impianti e il loro carico immediato, senza la necessità di prendere un'impronta subito dopo l'atto chirurgico.*

*Data la necessità di avere una grande stabilità primaria, la scelta di elezione sono gli impianti XCN® Max Stability che, grazie al loro macro design, semplificano questo compito. Per la realizzazione della struttura sono necessari, oltre ai monconi MUA, degli adattatori Conic, per la loro trasformazione in monconi conometrici, sui quali vengono poi inserite le cappette conometriche Weld in titanio che saranno unite tra di loro con un filo, anch'esso in titanio, mediante l'ausilio di una sincristallizzatrice endorale. La valigetta "All-on-four/six", messa a disposizione dall'azienda Leone, semplifica la realizzazione di interventi di carico immediato, dato che contiene tutti gli accessori protesici necessari.*

## CASO CLINICO n. 1

Paziente maschio di 75 anni che presenta la necessità di sostituire l'intero gruppo frontale inferiore per problematiche parodontali (Figg. 1, 2). L'esistenza di quote ossee adeguate, una occlusione stabile nei settori posteriori e la volontà di non ricorrere a una protesi parziale mobile provvisoria, ci fanno optare per questo tipo di tecnica.



Fig. 1 - Situazione clinica iniziale



Fig. 2 - Ortopantomografia iniziale

Dopo aver studiato il caso, progettato e realizzato un provvisorio per poter accogliere la struttura metallica che andremo a realizzare, si procede all'estrazione in maniera atraumatica degli elementi dentali da 34 a 44; una volta regolarizzato il piano osseo, si procede all'inserimento degli impianti, tutti XCN® Max Stability: in sede 34 (4,5 x 12), 32 (3,75 x 12), 42 (3,75 x 12) e 44 (4,5 x 12) (Fig. 3).

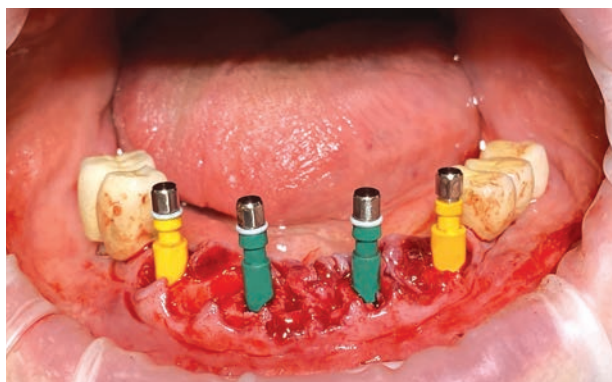


Fig. 3 - Impianti Max Stability in situ con i carrier riposizionati negli impianti

Determinata l'altezza e l'inclinazione dei monconi MUA utilizzando gli Abutment Gauge, si procede all'attivazione dei monconi negli impianti mediante percussore con punta in PEEK. Si fissano su di essi gli adattatori Conic, sui quali si attivano le cappette Weld prima di eseguire la sutura (Figg. 4-8).



Fig. 4 - Valigetta "All-on-four/six" che contiene tutti gli accessori protesici necessari per interventi di carico immediato (disponibile nella versione "gialla" per piattaforma 3.0 e "verde" per piattaforma 2.2)

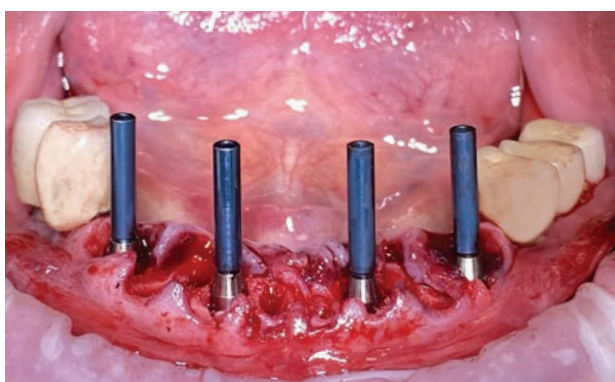


Fig. 5 - Monconi MUA posizionati negli impianti; le viti polifunzionali premontate facilitano l'orientamento dei monconi

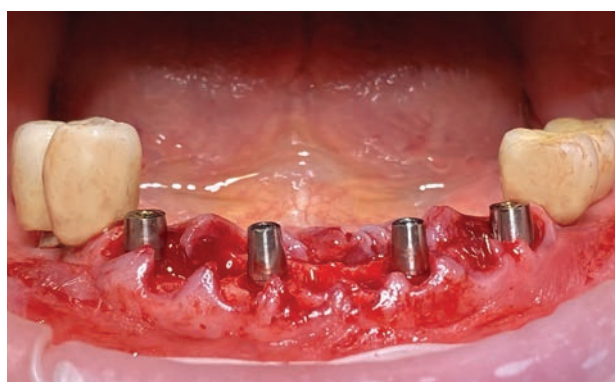


Fig. 6 - Adattatori Conic fissati sui monconi MUA

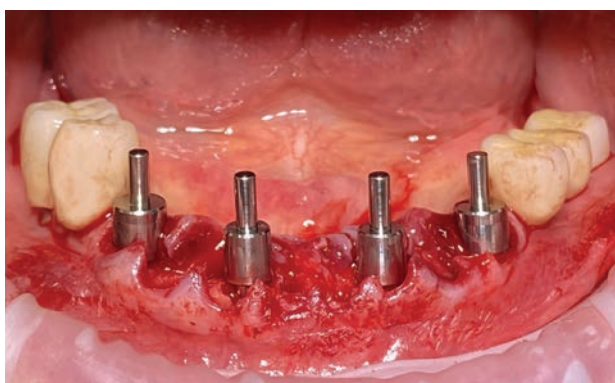


Fig. 7 - Cappette Weld attivate sui monconi MUA-Conic

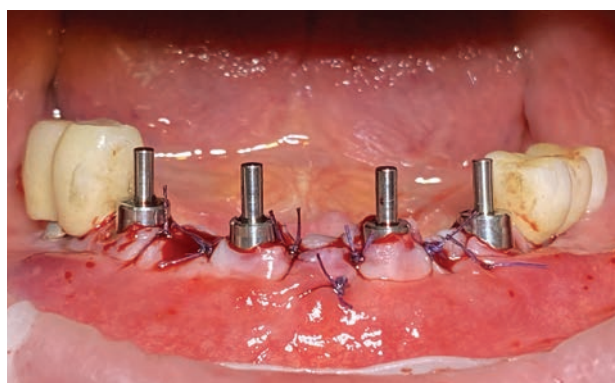


Fig. 8 - Sutura

A questo punto si passa alla modellazione del filo in titanio da 2 mm che deve essere il più possibile aderente all'antenna delle cappette Weld, in maniera da minimizzare eventuali tensioni che si possono creare a livello implantare in seguito alla saldatura (Figg. 9-11).





Fig. 9 - Sincristallizzatrice endorale usata per la saldatura

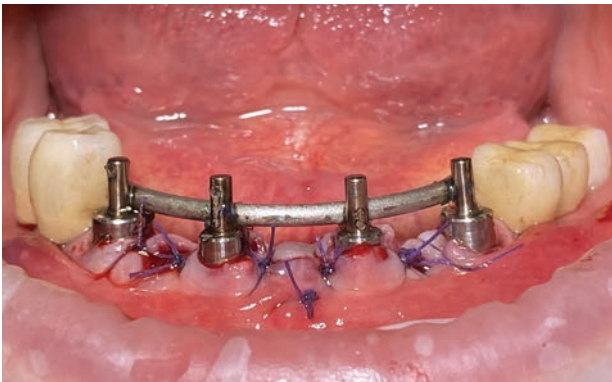


Fig. 10 - Filo in titanio da 2 mm saldato alle antenne delle cappette Weld

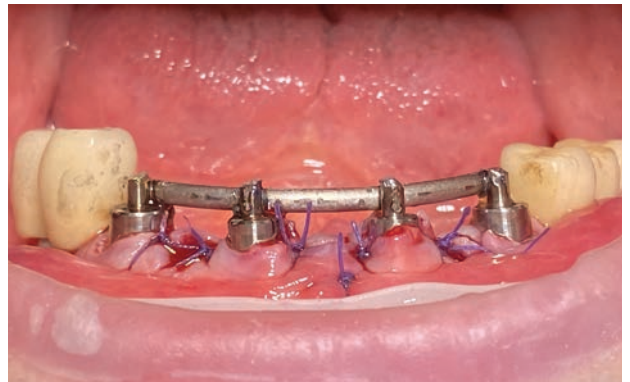


Fig. 11 - Antenne delle cappette Weld accorciate

Il guscio provvisorio, precedentemente preparato, viene poi ribasato sulla struttura in titanio mediante una resina rinforzata in composito. A indurimento avvenuto, con l'ausilio di un martelletto levacorone si rimuove la protesi, che viene rifinita e lucidata (Figg. 12, 13).



Fig. 12 - Vista vestibolare della protesi rifinita e lucidata con cappette conometriche Weld inglobate



Fig. 13 - Vista inferiore della protesi rifinita e lucidata con cappette conometriche Weld inglobate

Una volta riapplicata nel cavo orale del paziente, si manda la protesi conometrica in connessione sui monconi MUA-Conic (Figg. 14-16). La protesi non viene più smontata per 6 mesi e durante questo periodo viene rivolta particolare attenzione al mantenimento di una corretta igiene orale. Il controllo clinico e radiografico a 6 mesi rivela un ottimo stato di salute dei tessuti molli e stabilità dei tessuti ossei periimplantari (Figg. 17, 18). Possiamo quindi passare alla realizzazione della protesi definitiva.



Fig. 14 - Protesi conometrica elettrosaldata a carico immediato in situ



Fig. 15 - Sorriso del paziente

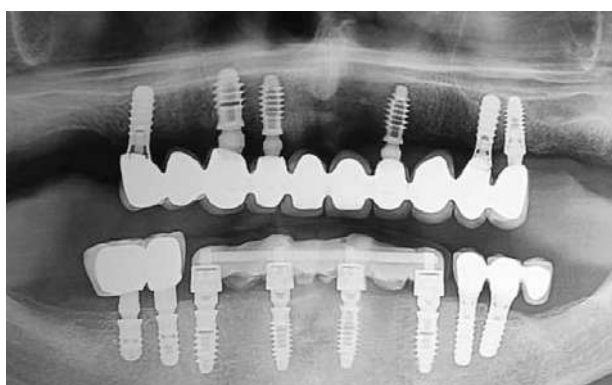


Fig. 16 - Ortopantomografia post-operatoria

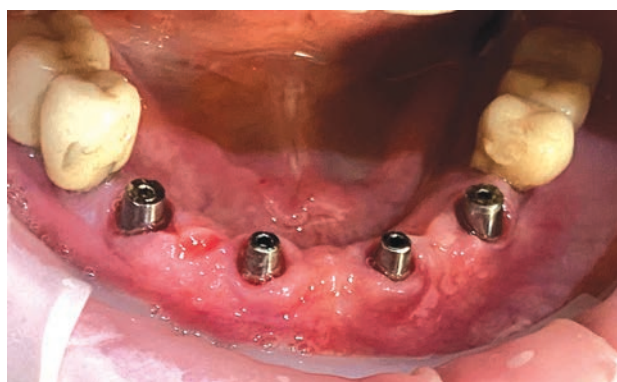


Fig. 17 - Controllo clinico a 6 mesi dopo aver rimosso la protesi conometrica; si noti l'ottimo stato di salute dei tessuti molli periimplantari

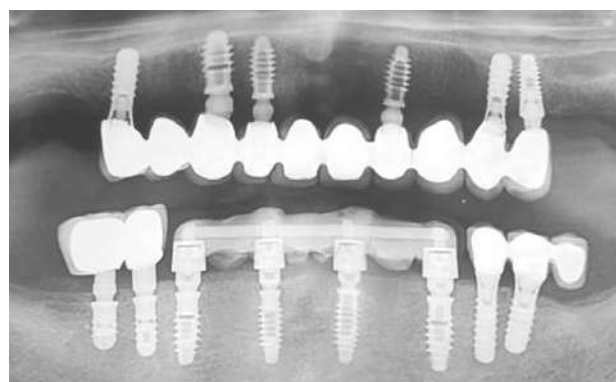


Fig. 18 - Controllo radiografico a 6 mesi; si noti la stabilità dei tessuti duri periimplantari

**CASO CLINICO n. 2**

Paziente donna di 66 anni, giunta alla mia osservazione per la mobilità delle corone storiche 12-26 (Figg. 19, 20).



Fig. 19 - Situazione clinica iniziale



Fig. 20 - Ortopantomografia iniziale

Rimossa la vecchia protesi si eseguono le estrazioni e, una volta regolarizzata la superficie ossea, si procede all'inserimento degli impianti: in sede 13 (XCN® Classix 3,3 x 10), nelle sedi 22 e 24 (XCN® Max Stability 3,75 x 12) e nelle sedi 25 e 26 (XCN® Max Stability 3,75 x 14) (Figg. 21, 22).

La preparazione dei siti viene effettuata a 40 giri/min, in modo da evitare l'utilizzo di soluzione fisiologica per il raffreddamento e permettere il recupero di una notevole quantità di osso autologo.

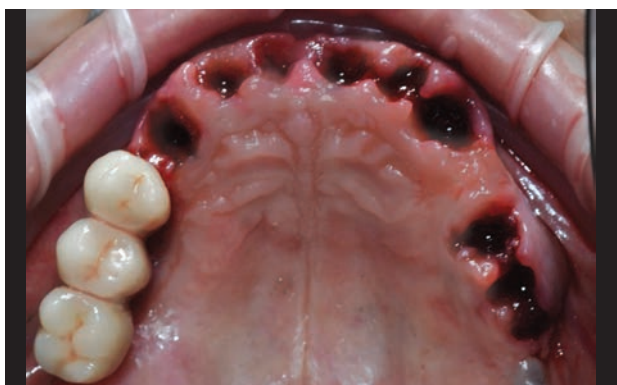


Fig. 21 - Alveoli post-estrattivi



Fig. 22 - Impianti in situ con i carrier riposizionati negli impianti

Dopo aver scelto le corrette combinazioni di altezza e inclinazione dei monconi MUA, si inseriscono i monconi negli impianti prestando attenzione a posizzarli il più paralleli possibili tra di loro (Figg. 23, 24). Si avvitano gli adattatori Conic sopra i monconi MUA serrandoli a 20 Ncm con l'apposito cricchetto dinamometrico.

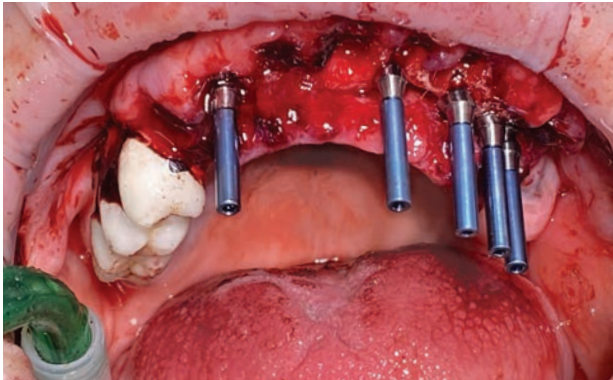


Fig. 23 - Monconi MUA parallelizzati negli impianti; la vite polifunzionale offre un'ottima visibilità

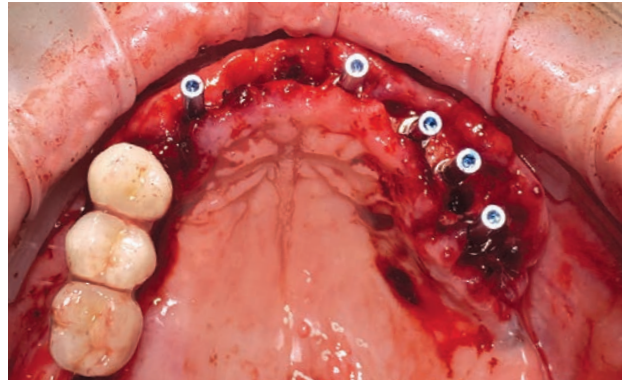


Fig. 24 - Monconi MUA parallelizzati negli impianti, vista oclusale

L'osso autologo recuperato, mescolato con un mix cortico/spongioso, viene utilizzato per rigenerare i siti estrattivi; il tutto viene poi ricoperto con membrane in collagene e suturato al fine di assicurare un corretto volume dei tessuti periimplantari duri e molli (Figg. 25, 26).

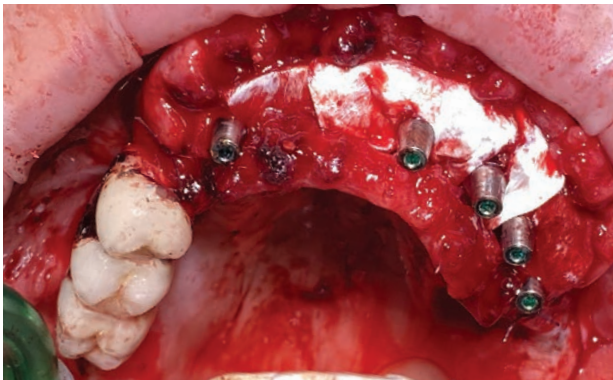


Fig. 25 - Adattatori Conic fissati sui monconi MUA; GBR nei siti estrattivi

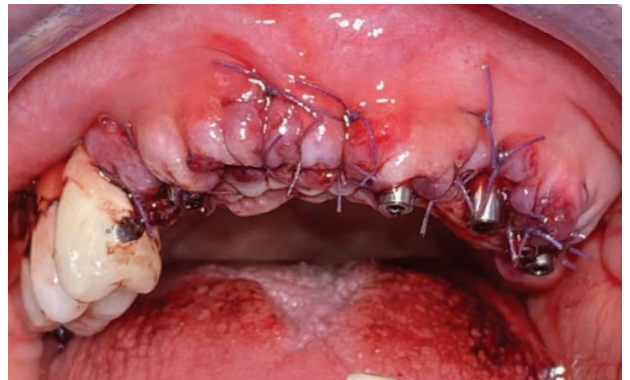


Fig. 26 - Sutura

Successivamente si attivano le cappette conometriche Weld sui monconi MUA-Conic e, dopo aver modellato il filo in titanio per raggiungere il miglior adattamento possibile, si procede alla saldatura intraorale (Figg. 27-30).

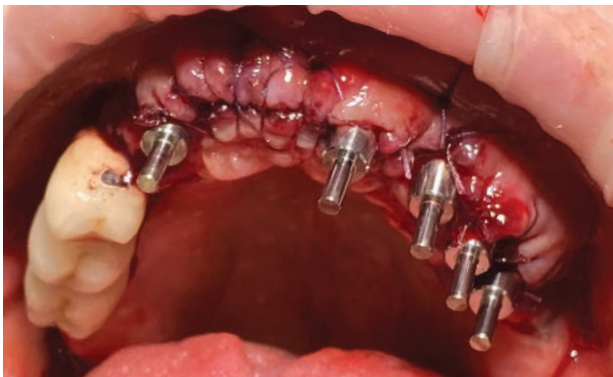


Fig. 27 - Cappette Weld attivate sui monconi MUA-Conic

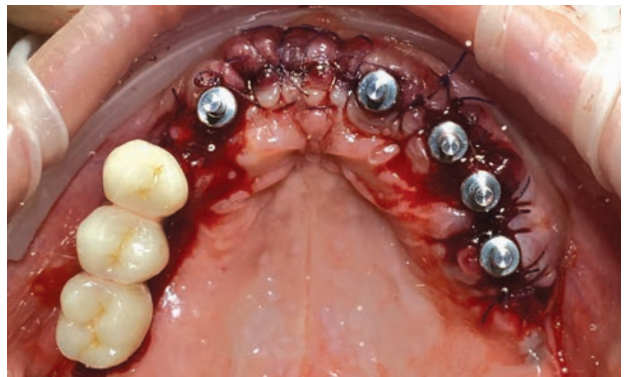


Fig. 28 - Vista oclusale delle cappette Weld attivate sui monconi MUA-Conic



Fig. 29 - Filo in titanio saldato alle antenne delle cappette Weld

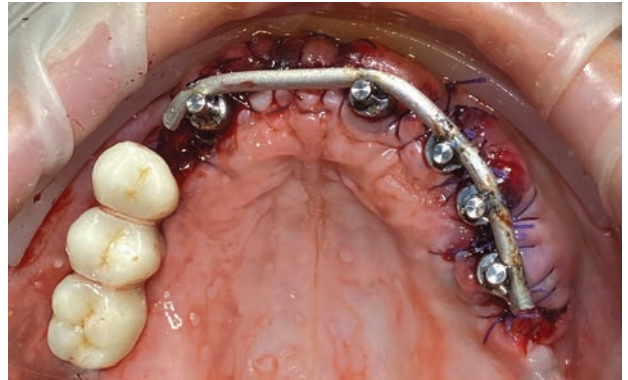


Fig. 30 - Vista oclusale del filo in titanio saldato alle antenne delle cappette Weld

La struttura così realizzata viene poi inglobata all'interno del provvisorio precedentemente preparato mediante ribasatura con resina rinforzata in composito, ottenendo così una protesi immediata estetica ed estremamente stabile (Figg. 31-36).



Fig. 31 - Vista vestibolare della protesi rifinita e lucidata con cappette conometriche Weld inglobate



Fig. 32 - Vista palatale della protesi rifinita e lucidata con cappette conometriche Weld inglobate



Fig. 33 - Protesi conometrica elettrosaldata a carico immediato in situ



Fig. 34 - Sorriso della paziente



Fig. 35 - Ortopantomografia post-operatoria



Fig. 36 - Controllo radiografico a 6 mesi; si noti la stabilità dei tessuti duri periimplantari

## CONCLUSIONI

L'approccio al carico immediato con la tecnica della saldatura intraorale è una metodica che permette il carico degli impianti immediatamente dopo la procedura chirurgica, senza la necessità di dover realizzare un'impronta subito dopo l'intervento e senza dover far tornare il paziente il giorno successivo. L'adattamento e la ribasatura del provvisorio immediato avvengono con il paziente ancora anestetizzato e ciò si traduce in un maggiore comfort. Di contro si prolunga il tempo alla poltrona ma, una volta messa appunto la procedura, diventa trascurabile.

Ai ben noti benefici della connessione conometrica "Morse Taper" della sistemica implantare XCN® Leone (sigillo microbiologico, assenza di micro-gap e micro-movimenti), l'utilizzo del moncone MUA aggiunge un ulteriore grande vantaggio: una volta posizionato nell'impianto non viene più rimosso e tutte le procedure successive vengono eseguite al di fuori del solco gengivale; questo garantisce grande stabilità dei tessuti duri e molli periimplantari nel tempo.

La realizzazione di una protesi conometrica, rispetto alla classica Toronto Bridge avvitata, consente di avere un manufatto più estetico, non essendo presenti i fori passanti per le viti, e semplifica notevolmente il carico immediato stesso e tutte le successive sedute di manutenzione e igiene alla poltrona.

**REALIZZAZIONI  
PROTESICHE**

*Odt. Davide Brillante – Roma*

**XCN**<sup>®</sup> MUA-Conic



## **LE OPZIONI CONOMETRICHE**

**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



**XCN<sup>®</sup>** Max Stability



**ELEVATA STABILITÀ**  
PRIMARIA

**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





# Riabilitazione di incisivi laterali superiori agenesici con approccio ortodontico e impianti Narrow 2.9

Dott. Fabrizio Dell'Innocenti

Libero professionista a Ponsacco (PI)

## PAROLE CHIAVE

agenesia, ortodonzia pre-protetica, impianto Narrow 2.9, carico immediato, corona singola, moncone temporaneo, moncone anatomico 360°, CAD-CAM, zona estetica

*Le agenesie degli incisivi laterali rappresentano un problema di sempre maggiore riscontro nella pratica odontoiatrica. Le esigenze funzionali ed estetiche del paziente richiedono la conoscenza di approcci*

*terapeutici diversi in funzione del quadro clinico. L'approccio convenzionale rimane sempre quello ortodontico e implantoprotesico.*

## CASO INIZIALE

Paziente di sesso femminile di anni 13 in dentizione mista.

Alla prima visita l'anamnesi della paziente rivela familiarità relativa all'agenesia degli incisivi laterali (Figg. 1-3). Le indagini radiografiche confermano le agenesie e indicano le linee del piano di cura.



Fig. 1 - Situazione iniziale: dentizione mista, visione frontale



Fig. 2 - Situazione iniziale: dentizione mista, visione lato destro



Fig. 3 - Situazione iniziale: dentizione mista, visione lato sinistro

### **Trattamento ortodontico con apparecchiature fisse**

La scelta è per una ortodonzia fissa per entrambe le arcate, finalizzata alla creazione del fisiologico spazio per gli incisivi laterali (Figg. 4-9).



Fig. 4 - Inizio trattamento ortodontico, chiusura diastema 11-21, visione frontale

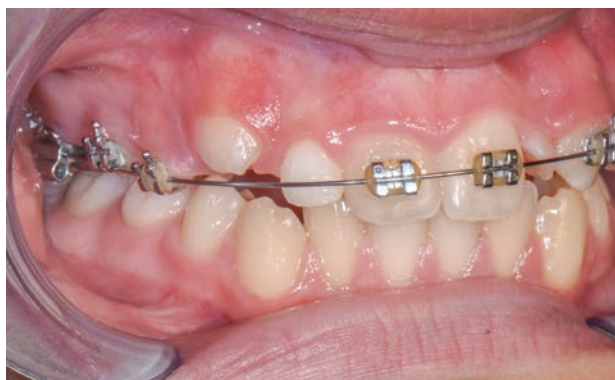


Fig. 5 - Inizio trattamento ortodontico, chiusura diastema 11-21, visione lato destro

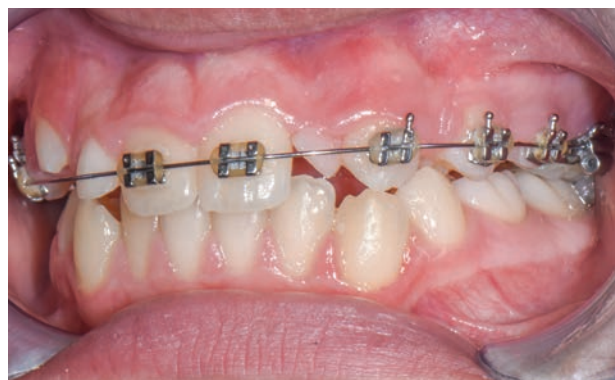


Fig. 6 - Inizio trattamento ortodontico, chiusura diastema 11-21, visione lato sinistro



Fig. 7 - Creazione spazi posizione 12 e 22, visione frontale

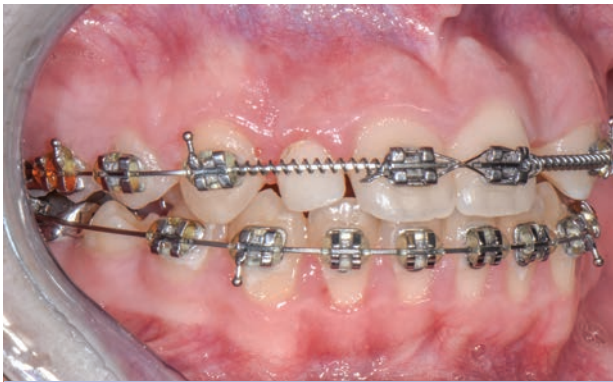


Fig. 8 - Creazione spazi posizione 12 e 22, visione lato destro

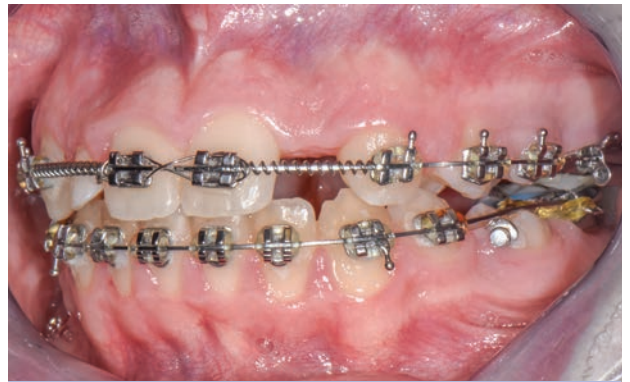


Fig. 9 - Creazione spazi posizione 12 e 22, visione lato sinistro

### La scoperta radiologica della malformazione radicolare

Durante il movimento ortodontico i controlli radiologici slatentizzano una malformazione della radice dell'incisivo centrale destro che riduce lo spazio osseo disponibile e condiziona notevolmente la preparazione del sito implantare (Figg. 10, 11).

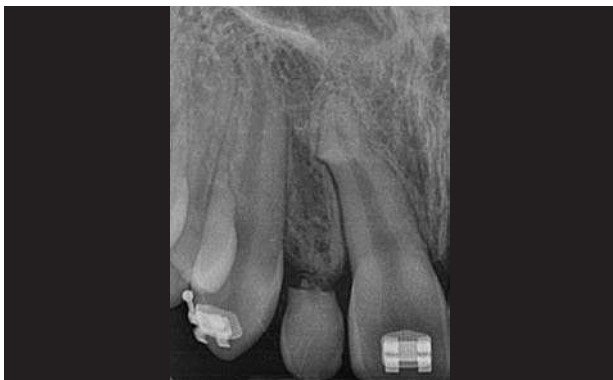


Fig. 10 - RX zona 13, 12, 11: malformazione della radice del numero 11 che riduce lo spazio disponibile zona 12



Fig. 11 - RX zona 21, 22, 23: spazio disponibile zona 22 esiguo ma uniforme

### Pianificazione 3D del posizionamento implantare

Mai come in situazioni al limite diventa indispensabile un esame CBCT dove lo studio della terza dimensione dello spazio offre il valore aggiunto necessario per la perforazione implantare corretta (Figg. 12,13).

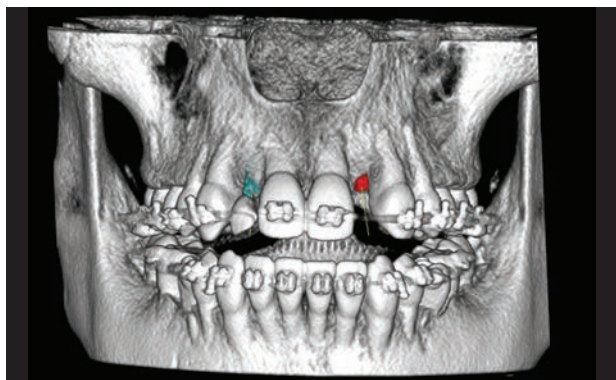


Fig. 12 - Esame CBCT alla fine del trattamento ortodontico e pianificazione implantare

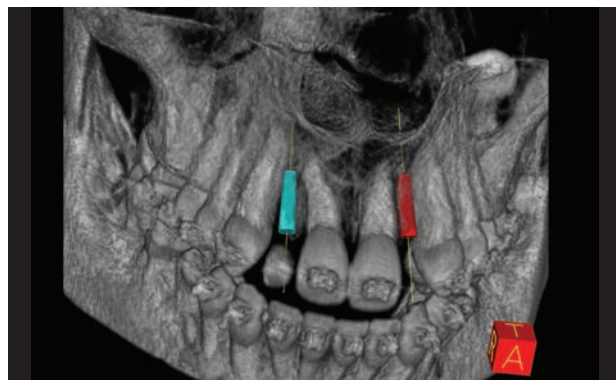


Fig. 13 - Pianificazione 3D del posizionamento implantare

### La scelta dell'implianto Leone Narrow

La sistemica Leone mette a disposizione un macrodesign di impianto particolare per situazioni di atrofia ossea e spazi ristretti. Si tratta dell'implianto Narrow con diametro ridotto di 2.9 mm, cilindrico nella porzione coronale, conico in apice e con una spira ridotta in altezza. Queste caratteristiche lo rendono maggiormente performante in spazi ossei esigui (Fig. 14).



Fig. 14 - Impianto XCN® Narrow 2.9

## La tecnica piezochirurgica

L'utilizzo di una metodica ultrasonica nella preparazione del sito implantare ci permette di esercitare un minor trauma sull'osso ottenendone addirittura un maggior addensamento (Figg. 15-22).



Fig. 15 - Rimozione dente deciduo 62

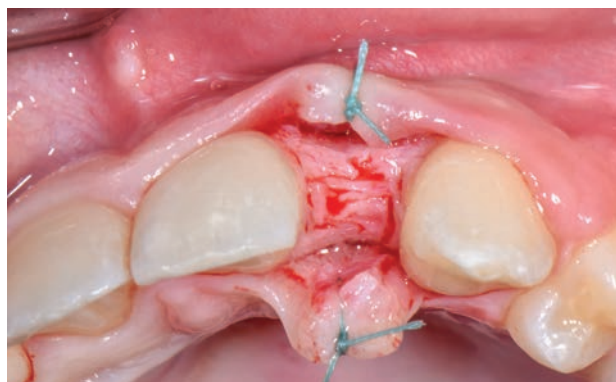


Fig. 16 - Visione della cresta ossea dopo rimozione del deciduo

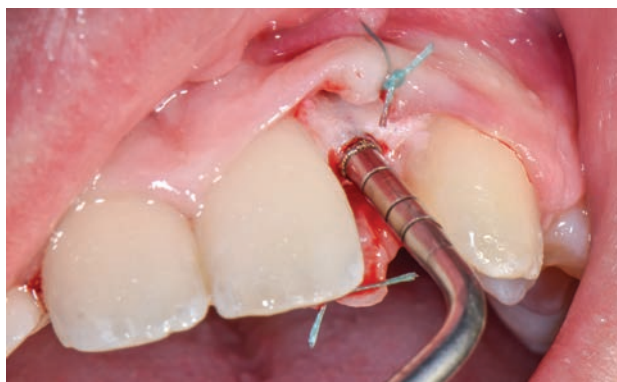


Fig. 17 - Preparazione atraumatica del sito implantare con tecnica piezochirurgica

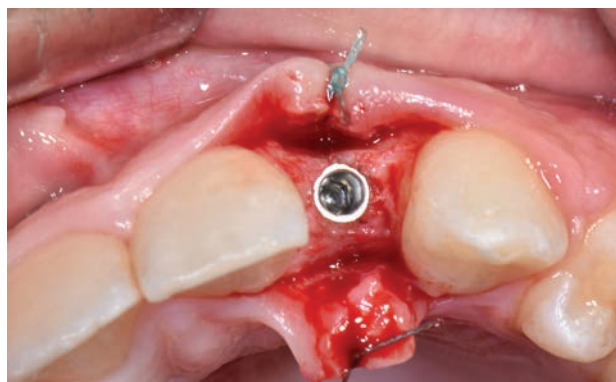


Fig. 18 - Impianto XCN® Narrow 2.9 inserito pari cresta ossea



Fig. 19 - Applicazione di tappi di guarigione Standard GH 5 in attesa dei provvisori immediati



Fig. 20 - Tappo di guarigione inserito per pochi minuti in attesa del perfezionamento dei monconi temporanei eseguito in studio

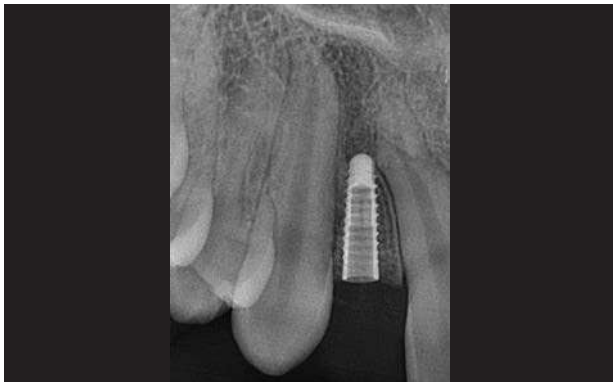


Fig. 21 - RX endorale post-inserimento posizione 12

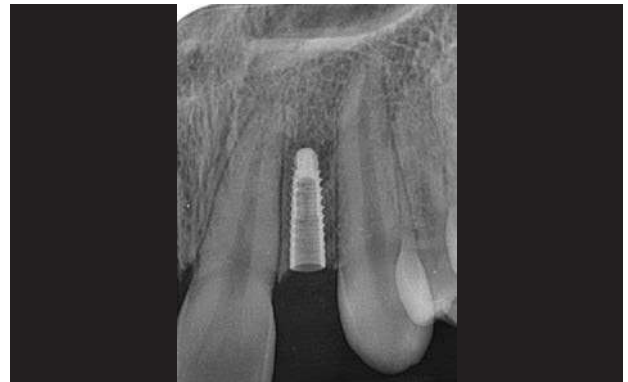


Fig. 22 - RX endorale post-inserimento posizione 22

### Il carico immediato

Subito dopo l'inserimento carichiamo gli impianti utilizzando monconi temporanei in PEEK e provvisori in resina. La naturale elasticità del PEEK rende il carico immediato più sicuro (Figg. 23-26).



Fig. 23 - Preparazione dei monconi temporanei previa realizzazione di un modello in gesso eseguito su impronta



Fig. 24 - Provvisori realizzati con cementazione extra-orale pronti per la consegna



Fig. 25 - Provvisori attivati negli impianti a carico immediato



Fig. 26 - Controllo clinico a 4 mesi

### Finalizzazione del caso clinico

Trascorsi quattro mesi si procede alla fase finale. Si rimuovono i monconi temporanei e si rileva un'impronta tradizionale. Con tecnica CAD-CAM viene realizzata per ambedue i siti una porzione individualizzata in zirconia da incollare sul moncone anatomico angolato a 25°.

Separatamente viene realizzata una corona in zirconia ceramica da cementare intraoralmente dopo il fissaggio dei monconi negli impianti. La realizzazione di una porzione personalizzata in zirconia permette di portare la chiusura della corona a filo gengiva per rendere più facile l'asportazione del cemento. Trattandosi di monconi angolati, la porzione individualizzata ha una tacca in asse al cono per l'appoggio della punta piatta che consente una corretta attivazione del moncone. La realizzazione di due monconi ibridi titanio-zirconia e di due corone in zirconia ceramica ci permette di ottenere un'ottima estetica finale (Figg. 27-44).



Fig. 27 - Scelta e personalizzazione dei monconi anatomici inclinati a 25°

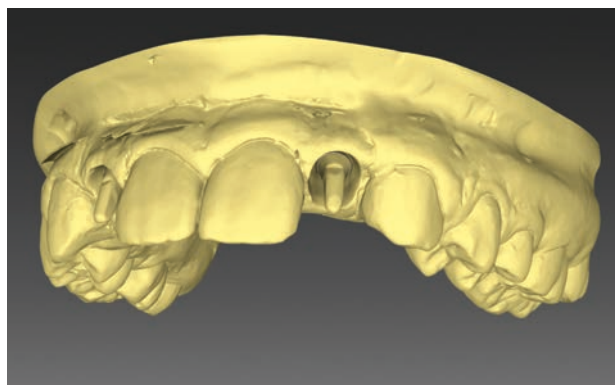


Fig. 28 - Scansione del modello master con monconi

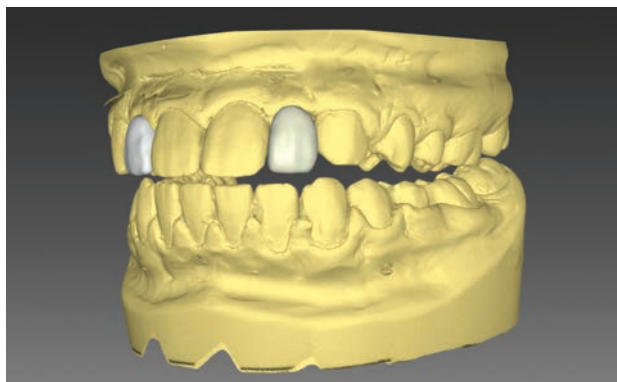


Fig. 29 - Progettazione delle corone

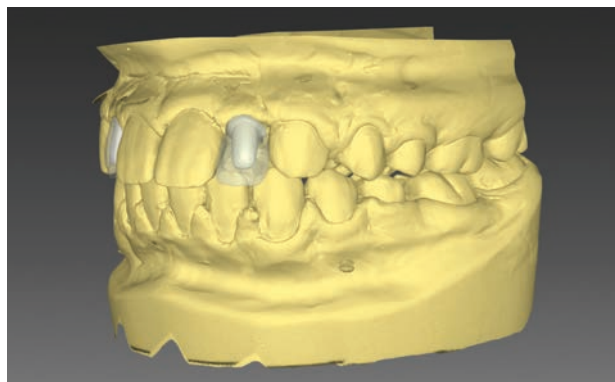


Fig. 30 - Progettazione delle porzioni di moncone individualizzate da incollare sui monconi anatomici

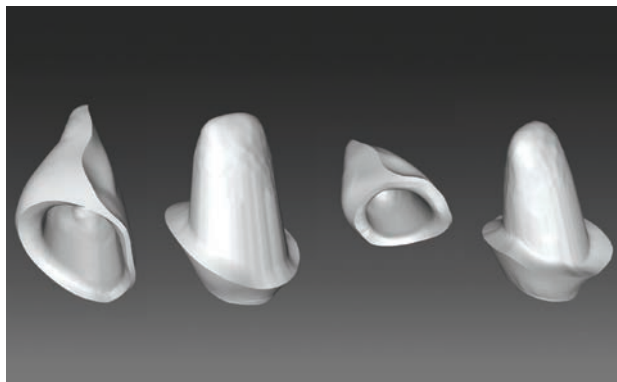


Fig. 31 - Progetti finiti e pronti per la fresatura



Fig. 32 - Porzioni di moncone individualizzate e corone in zirconia prima della sinterizzazione



Fig. 33 - Porzioni di moncone individualizzate e corone in zirconia sinterizzate

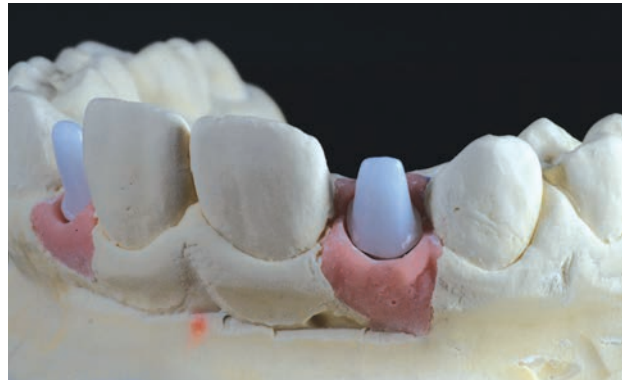


Fig. 34 - Porzioni di moncone individualizzate: la chiusura per le corone è a filo gengiva



Fig. 35 - Tacca realizzata sulle porzioni di moncone individualizzate per la battuta in asse al cono

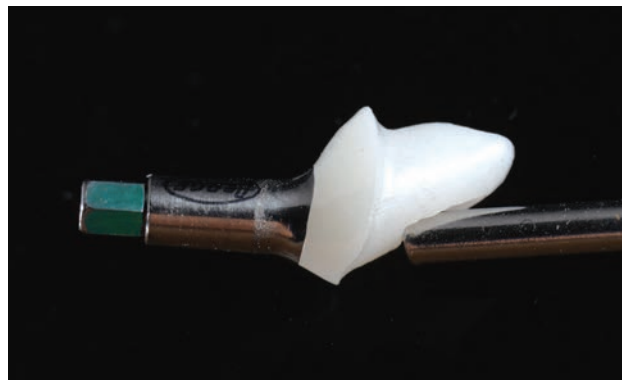


Fig. 36 - Porzione individualizzata incollata sul moncone anatomico: dettaglio della posizione della tacca per la battuta



Fig. 37 - Monconi individualizzati e corone pronte per la finitura estetica in ceramica



Fig. 38 - Corone ceramizzate e finite pronte per essere cementate nel cavo orale del paziente



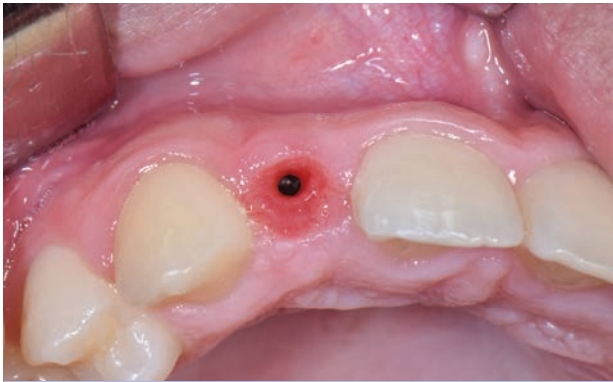


Fig. 39 - Visione dell'impianto in posizione 12 dopo rimozione del provvisorio



Fig. 40 - Monconi personalizzati attivati negli impianti



Fig. 41 - Copertura della tacca in asse al cono con resina composita



Fig. 42 - Corone cementate sui monconi personalizzati visione frontale



Fig. 43 - Corone cementate sui monconi personalizzati visione lato destro



Fig. 44 - Corone cementate sui monconi personalizzati visione lato sinistro

**Caso iniziale/caso finale** (Figg. 45,46)



Figg. 45, 46 - Confronto: inizio trattamento – fine trattamento

**Controllo clinico e radiologico a 24 mesi** (Figg. 47-49)

Al controllo clinico e radiologico dopo 24 mesi è possibile apprezzare la salute dei tessuti molli, la conservazione ottimale del margine osseo crestale e il mantenimento dell'allineamento dentale.

Quanto sopra riteniamo possa essere garantito dalla stabilità della connessione cono Morse e dall'assenza di micromovimenti anche sui carichi dislocanti.



Fig. 47 - Controllo clinico a 24 mesi



Fig. 48 - RX endorale a 24 mesi posizione 12



Fig. 49 - RX endorale a 24 mesi posizione 22

**REALIZZAZIONI  
PROTESICHE**

*Odt. Massimiliano Pisa, Titolare Laboratorio Dental Giglio - Firenze*

**TRATTAMENTO  
ORTODONTICO**

*Dott. Gianluca Ceccanti*

**XCN<sup>®</sup> 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



# Riabilitazione protesica totale tramite overdenture conometrica

Dott. Davide Testi\*, Dott.ssa Elena Bigelli\*, Dott. Sergio Di Massimo\*,  
Odt. Fabio Di Massimo\*\*, Odt. Renzo Covuccia\*\*

\*Libero professionista a Roma

\*\* Titolare Laboratorio Di Massimo srl, Roma

## PAROLE CHIAVE

edentulia totale, overdenture conometrica, moncone MUA-Conic, cappetta Mobile, moncone a testa sferica

In questo articolo vogliamo illustrare la realizzazione di una overdenture tramite l'utilizzo della conometria per la connessione tra moncone e protesi, attraverso le seguenti fasi:

- 1) PIANIFICAZIONE
- 2) FASE CHIRURGICA
- 3) FASE PROTESICA
- 4) FOLLOW UP

## 1) PIANIFICAZIONE

La paziente si presenta alla nostra osservazione con edentulia parziale nei settori latero-posteriori inferiori e nel settore frontale superiore (Fig. 1).

In arcata superiore le riabilitazioni protesiche fisse si presentavano incongrue e con monconi colliquati. Pertanto, si decide di procedere con la bonifica totale di entrambe le arcate e la realizzazione di due protesi totali mobili (Fig. 2), in attesa della guarigione ossea e del conseguente posizionamento degli impianti.



Fig 1 - OPT iniziale



Fig. 2 - Protesi totali mobili superiore e inferiore

## 2) FASE CHIRURGICA

---

Trascorsi 3 mesi per la guarigione ossea post-estrazioni, previo studio della CBCT, si procede con la prima fase chirurgica di posizionamento di due impianti (Classix 3,3 x 10 mm) in zona 3.3 e 4.3, sui quali si prevede l'utilizzo di monconi a testa sferica.

A distanza di 6 settimane si procede con il posizionamento di 4 impianti in arcata superiore (Classix 3,3 x 10 mm) in zona 1.4 ,1.6 ,2.4 e 2.6 (Fig. 3).



Fig. 3 - Controllo clinico a 1 settimana dal posizionamento degli impianti

## 3) FASE PROTESICA

---

Dopo la guarigione della seconda fase chirurgica, la protesizzazione è stata eseguita con due monconi a testa sferica inferiormente e due cuffie in titanio anodizzato con cappetta media arancione, inglobate nel cavo orale all'interno della protesi mobile, con conseguente ribasatura (Fig. 4).



Fig. 4 - Protesi mobile inferiore dopo aver inglobato intraoralmente le cuffie con cappetta media arancione

In arcata superiore, invece, sono stati utilizzati 4 monconi MUA-Conic che sono stati posizionati e assemblati in laboratorio (Figg. 5-9).

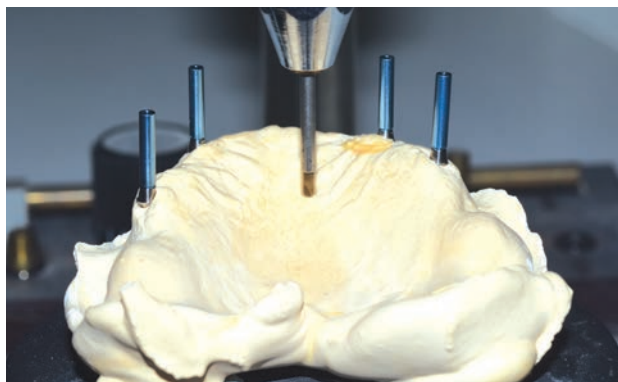


Fig. 5 - Parallelizzazione dei monconi MUA sul modello

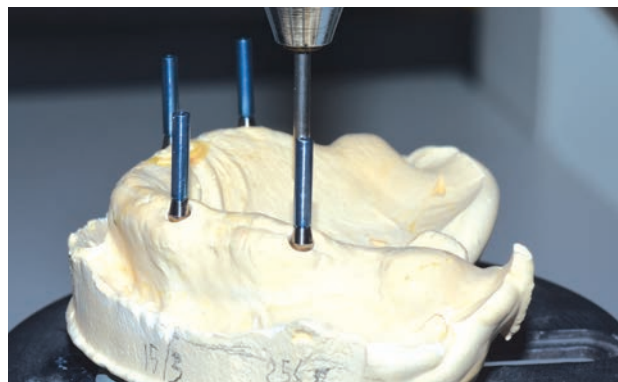


Fig. 6 - La vite polifunzionale premontata sui monconi MUA facilita la loro parallelizzazione



Fig. 7 - Monconi MUA parallelizzati con viti polifunzionali

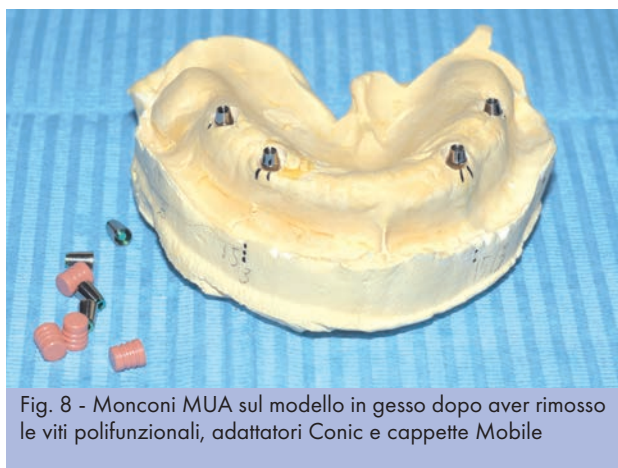


Fig. 8 - Monconi MUA sul modello in gesso dopo aver rimosso le viti polifunzionali, adattatori Conic e cappette Mobile



Fig. 9 - Adattatori Conic fissati sui monconi MUA sul modello in gesso, per trasformarli in monconi MUA-Conic, cappette Mobile

Il fissaggio delle cappette Mobile nella protesi mobile è stato realizzato nel cavo orale per garantire la passività (Fig. 10). Abbiamo deciso di lasciare in una prima fase il palato, prestando attenzione che non interferisca con l'attivazione delle cappette conometriche.



Fig. 10 - Protesi mobile superiore dopo aver inglobato intracoralmente le cappette Mobile

La paziente ha notato nell'immediato un'ottima stabilità, che, unita a notevole ritenzione e comfort, le ha consentito da subito di sentire entrambe le protesi molto stabili.

#### 4) FOLLOW UP

Il follow up a 6 mesi ha sottolineato la facilità, da parte della paziente, nel mantenimento di una corretta igiene sui monconi MUA-Conic, maggiore rispetto ai monconi a testa sferica (Figg. 11, 12).



Fig. 11, 12 - Controllo clinico a 6 mesi dalla protesizzazione



Fig. 12

A distanza di 1 anno, per aumentare il comfort e la percezione dei sapori, abbiamo deciso di ridurre la resina in corrispondenza del palato (Fig. 13). Il controllo clinico e radiografico ad 1 anno mostra tessuti gengivali sani e stabili e un buon mantenimento dei tessuti ossei periimplantari in entrambe le arcate (Figg. 14-16).



Fig. 13 - Protesi superiore dopo 1 anno con riduzione della resina sulla superficie palatale

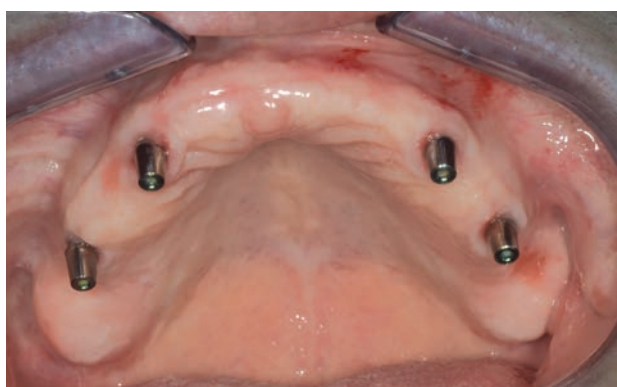


Fig. 14 - Arcata superiore dopo 1 anno



Fig. 15 - Arcata inferiore dopo 1 anno

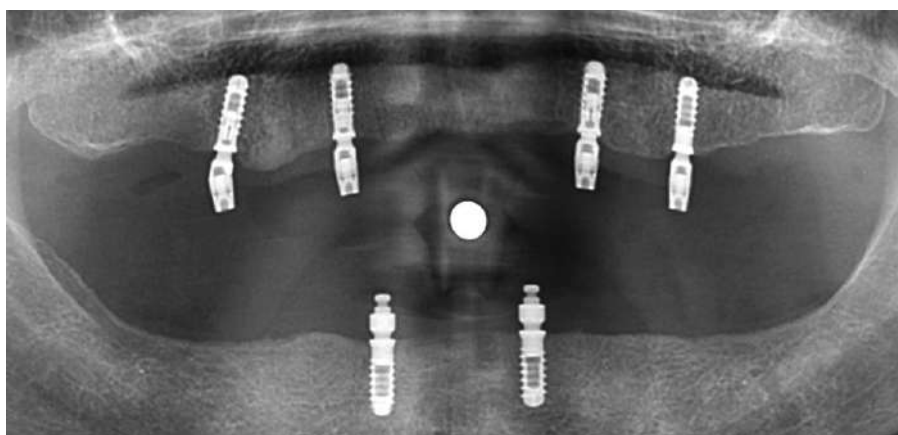
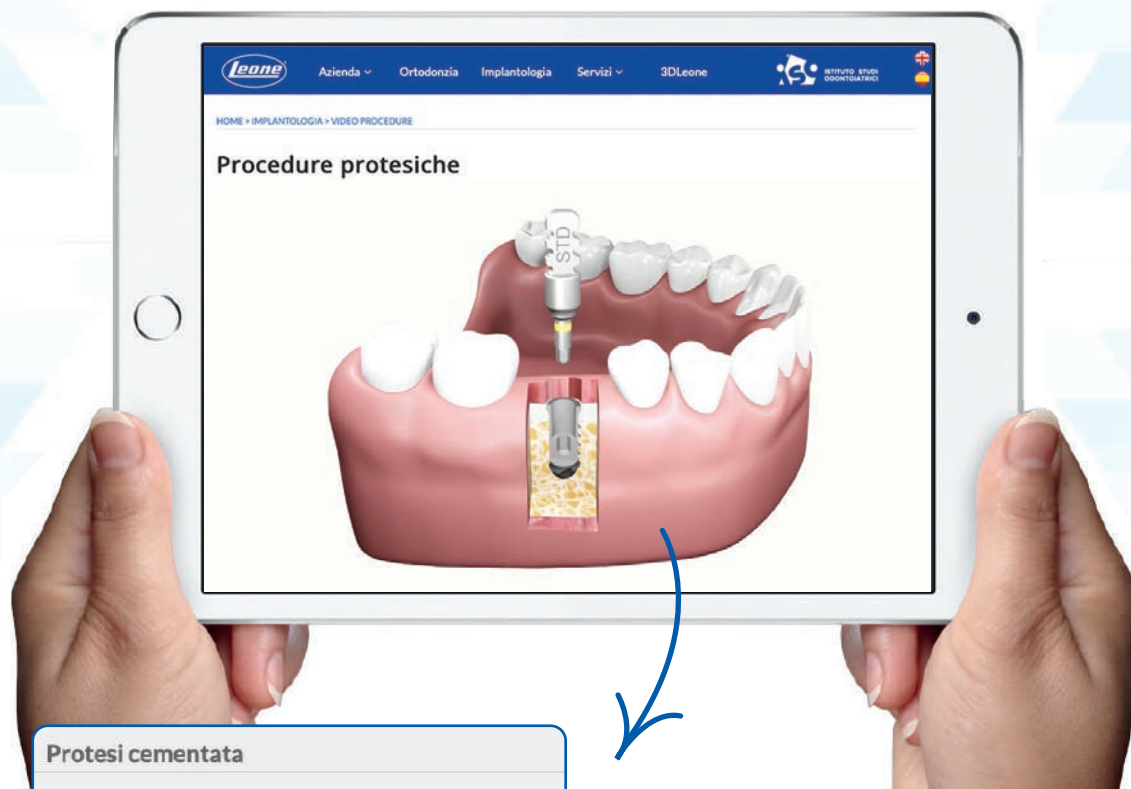


Fig. 16 - Controllo radiografico dopo 1 anno



[WWW.LEONE.IT/IMPLANTOLOGIA/VIDEO/PROCEDURE.PHP](http://WWW.LEONE.IT/IMPLANTOLOGIA/VIDEO/PROCEDURE.PHP)

VISITA LA NUOVA SEZIONE SUL NOSTRO SITO!  
CONSULTA I VIDEO TUTORIAL DELLE PROCEDURE PROTESICHE



### Protesi cementata



Impronta Implant Level



Realizzazione modello di gesso Implant Level

### Workflow digitale

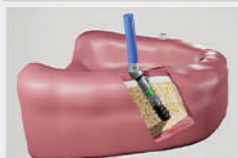


Impronta ottica intraorale Implant Level



Realizzazione modello prototipato Implant Level

### Protesi avvitata multipla



Attivazione monconi MUA negli impianti e presa impronta su MUA



Realizzazione modello di gesso con analoghi-moncone MUA



Avvitamento ponte/barra sui monconi MUA

### Protesi conometrica



Scelta monconi



Personalizzazione e assemblaggio dei monconi MUA-Conic



VISITA LA  
PAGINA SUL  
NOSTRO SITO

DISPONIBILI ON LINE I COLLEGAMENTI CON GLI ABSTRACT DELLE PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE

**RIABILITAZIONE DI ARCATA SUPERIORE CON TORONTO A CARICO IMMEDIATO**

Dell'Innocenti F

*Italian Dental Journal 2022;XVII(1):26*

**TORONTO A CARICO IMMEDIATO: UN NUOVO MODO DI INTERPRETARE VECCHI CONCETTI OTTENENDO IL MASSIMO DA OGNUNO DI ESSI**

Dell'Innocenti F

*Implant Tribune Italian Edition 2022;XI(1):1,6-7*

**MINI-INVASIVE REHABILITATION WITH REMOVABLE TOTAL PROSTHESIS WITH MIXED CONOMETRIC CONNECTION ON 1.4-1.5-2.2 (2.9 MM) IMPLANT ABUTMENTS AND 1.6-2.3-2.4 DENTAL ABUTMENTS: A TWO YEAR FOLLOW-UP**

Zanotti G, Luciano U, Montagna P, Pardo A, Zerman N, Modena N, Poscolere A, Magi M, Zambotti T, Alberti C, Donadello D, Zarantonello M, Iurlaro A, Giuliani D, Cominzioli A, Balliu F, De Santis D

*J Biol Regul Homeost Agents 2021;35(no.5 S1):23-32*

**RIABILITAZIONE DI MASCELLARE ATROFICO CON TORONTO CONOMETRICA. IGIENE A DUE ANNI**

Guerra D, Palazzo L

*Italian Dental Journal 2021;XVII(8):29*

**RIPROTESIZZAZIONE DI UN IMPIANTO IN POSIZIONE ESTETICA CON CORONA SINGOLA AVVITATA**

Meli R

*Italian Dental Journal 2021;XVI(5):21*

**IMPIANTI POST-ESTRATTIVI IMMEDIATI. UNICA SCELTA IMPLANTARE?**

Frezzato I, Frezzato A, Palazzo L

*Il Dentista Moderno 2021;XXXIX(6):44-59*

**ENUCLEAZIONE CHIRURGICA DI ESTESA CISTI ODONTOGENA DEL MASCELLARE SUPERIORE DOPO PLANNING CON STAMPA 3D**

Palazzo L

*Dental Academy 2021; <http://www.dentaljournal.it/enucleazione-chirurgica-cisti-odontogena-mascellare-planning-stampa-3d/>*

**STAMPA 3D COME AUSILIO DIAGNOSTICO IN UN CASO DI RIABILITAZIONE IMPLANTARE DEL MASCELLARE SUPERIORE**

Palazzo L

*Dental Academy 2021; <http://www.dentaljournal.it/stampa-3d-ausilio-diagnostico-riabilitazione-implantare-mascellare-superiore/>*

**OVERDENTURE SU MONCONI CONOMETRICI: DUE CASI CLINICI**

Belcastro S, Natali A, Guerra D

*Italian Dental Journal 2021;XVI(1):25*

**COMPUTER GUIDED IMPLANT PLACEMENT THROUGH IMPACTED CANINE AND IMMEDIATE PROVISIONALIZATION**

Russo N, Coppola G, Montisci D, Palazzo L, Lenzo A, Mascolo A, Ciaravolo M

*Int J Computer Science Issues 2020;17(6)*

**COMPLEX MAXILLARY PROSTHETIC RESTORATION WITH TITANIUM BAR AND SMALL DIAMETER IMPLANTS**

Russo N, Coppola G, Montisci D, Palazzo L, Lenzo A, Ciaravolo M, Mascolo A

*SunText Rev Dental Sci 2020;1(2)*

L'elenco completo è consultabile nel nostro sito

**[www.leone.it/servizi/pubblicazioni-scientifiche-implantologia.php](http://www.leone.it/servizi/pubblicazioni-scientifiche-implantologia.php)**

# Soluzioni mini invasive del mascellare superiore atrofico. Follow up a lungo termine

Dott. Alessandro Fioroni\*, Dott. Domenico Guerra\*, Dott. Giovanni Guerra\*,  
Dott. Golden Dodaj\*, Dott. Leonardo Palazzo\*/\*\*/\*\*

\*Servizio di Odontoiatria di Gubbio, Direttore Dott. Mario Guerra

\*\*Referente del Servizio di Odontoiatria di Marsciano

\*\*\* Docente del Modulo di Parodontologia nell'insegnamento di Implantologia

presso il Corso di Laurea Specialistica in Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università degli Studi di Perugia

## PAROLE CHIAVE

atrofia ossea, trattamento di pazienti parodontopatici, mini rialzo del seno mascellare, tecniche osteotomiche, post-estrattivo immediato, zona molare, tuberosità, follow up, mantenimento osseo

*Il limitato spessore osseo in senso verticale dei settori mascellari posteriori, dovuto ai danni causati dalla malattia parodontale e alla pneumatizzazione del seno mascellare, rende particolarmente difficoltoso l'uso di protesi a supporto implantare. Partendo da una corretta diagnosi, l'elevazione laterale del seno mascellare può essere considerato, attualmente, un intervento di routine e predicibile nella ricostruzione preimplantare del mascellare atrofico superiore. Il settore posteriore superiore atrofico però può essere*

*gestito anche attraverso un approccio conservativo, che prevede l'intervento di mini rialzo del seno mascellare (Little Sinus Lifting) e l'impiego di impianti inclinati inseriti nella regione della tuberosità o posizionati nel sito post-estrattivo dei molari, al fine di utilizzare al massimo l'osso disponibile. La preparazione del sito chirurgico avviene attraverso l'uso di osteotomi concavi e convessi, al fine di compattare e migliorare la qualità dell'osso.*

## CASO CLINICO n. 1

Il paziente si presenta con frattura del dente in posizione 1.5 e con una grave compromissione parodontale dell'elemento 1.6 (Fig. 1).

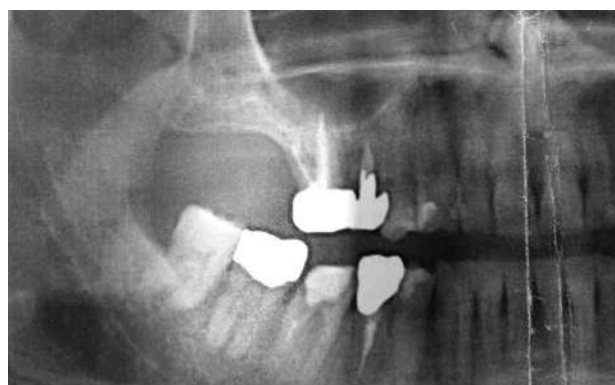


Fig. 1 - Dettaglio OPT del primo quadrante: grave atrofia ossea verticale nel settore posteriore

Il piano di trattamento prevede, previo consenso del paziente, l'estrazione dei due denti compromessi 1.5 e 1.6 (Figg. 2-4) e l'inserimento immediato di due impianti con rialzo crestale del seno. Il differimento della chirurgia implantare a 4 mesi dalle estrazioni avrebbe comportato un'ulteriore perdita di osso, con l'impossibilità poi di procedere con l'approccio crestale: si sarebbe dovuto procedere con un grande rialzo del seno a due tempi.



Fig. 2 - Visione laterale del primo quadrante



Fig. 3 - Estrazione dell'elemento 1.5 fratturato



Fig. 4 - Estrazione dell'elemento 1.6 con grave compromissione parodontale

In posizione 1.5, avendo un'altezza verticale della cresta ossea di 8 mm, si effettua un piccolo rialzo del pavimento del seno mascellare (Fig. 5) con l'obiettivo di guadagnare circa 3-4 mm (secondo le linee guida di Summers) per poter inserire un impianto Classix 4,1x10 mm in posizione sottocrestale (Fig. 6). Si utilizza solo l'osteotomo convesso 3.5 per preparare il sito, compattare l'osso e fratturare il pavimento del seno, mantenendo integra la mucosa sinusale.



Fig. 5 - Controllo dell'altezza ossea (circa 8 mm) e preparazione del sito con osteotomo convesso 3.5

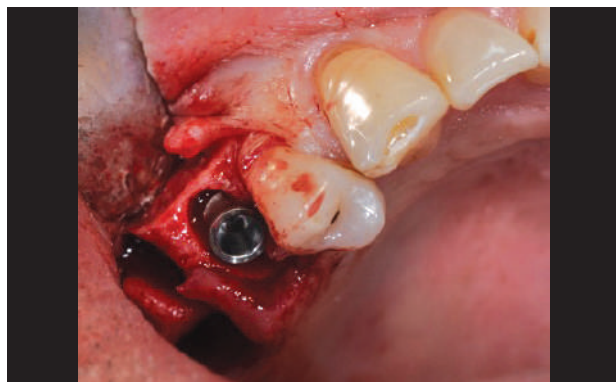


Fig. 6 - Impianto Classix 4,1 x 10 mm inserito in posizione 1.5 sottocrestale

In posizione 1.6 la corticale vestibolare dell'alveolo è assente, rendendo difficoltoso il posizionamento implantare (Fig. 7). Si decide di inserire un impianto Classix 4,8 x 8 mm sottocrestale, utilizzando l'alveolo della radice palatina (Fig. 8). Per preparare il sito, compattare l'osso e rialzare il pavimento del seno mascellare, si utilizza solo l'osteotomo convesso 4.2.

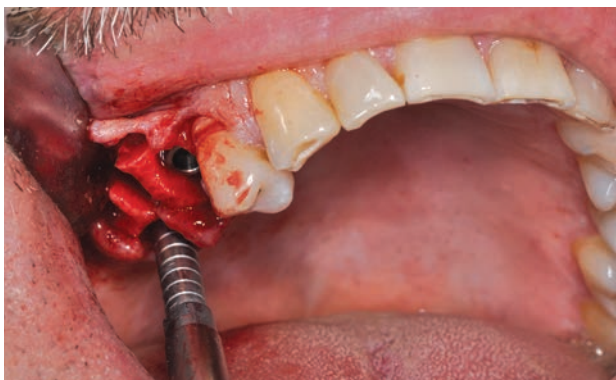


Fig. 7 - La corticale vestibolare in posizione 1.6 è assente; preparazione dell'alveolo palatale con l'osteotomo convesso 4.2



Fig. 8 - Impianto Classix 4.8 x 8 mm inserito in posizione 1.6 nell'alveolo della radice palatina

Vista l'ottima stabilità primaria degli impianti, nonostante la scarsa disponibilità ossea, si opta per una chirurgia monofase (Fig. 9).



Fig. 9 - Tappi di guarigione inseriti negli impianti

Al controllo a 4 mesi dal punto di vista radiografico si possono notare delle radiotrasparenze che potrebbero indicare un fallimento implantare (Fig. 10). Dal punto di vista clinico si evidenzia invece un'eccellente guarigione dei tessuti molli ed un'ottima osteointegrazione degli impianti, come si può evincere dal rumore metallico alla percussione sui tappi di guarigione (Fig. 11). Si procede dunque con la fase di protesizzazione (Figg. 12, 13).

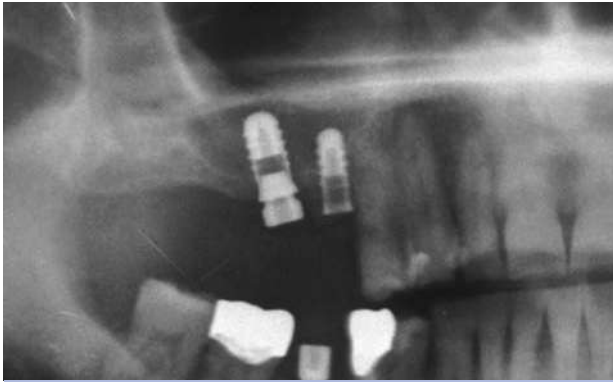


Fig. 10 - Controllo radiografico a 4 mesi: gli impianti sembrano vagare nel vuoto



Fig. 11 - Guarigione a 4 mesi dei tessuti molli



Fig. 12 - Il manufatto protesico



Fig. 13 - Consegna

Il controllo radiografico ad 1 anno dal carico (Fig. 14) mostra un ottimo mantenimento osseo a livello crestale, sebbene sia ancora presente radiotrasparenza sul corpo degli impianti.

A distanza di 6 anni si nota un mantenimento osseo a livello crestale, ma anche un rimodellamento osseo a livello delle superfici implantari (Fig. 15). La stabilità dei tessuti duri garantisce un ottimo stato di salute dei tessuti molli (Figg. 16, 17).



Fig. 14 - OPT a 1 anno dal carico



Fig. 15 - OPT a 6 anni dal carico



Fig. 16 - Vista vestibolare del primo quadrante a 6 anni dal carico



Fig. 17 - Vista occluso-palatale del primo quadrante a 6 anni dal carico

Di seguito elenchiamo tre casi con un follow up a medio e lungo termine che confermano la validità delle tecniche descritte.

## CASO CLINICO n. 2

Il paziente fumatore si presenta con una grave parodontite associata ad una scarsa igiene (Fig. 18). Il piano di trattamento prevede la rimozione dei denti compromessi sia sull'emiarcata superiore di sinistra che quella di destra e l'utilizzo di una chirurgia post-estrattiva immediata con rialzo crestale del pavimento del seno mascellare.

Dopo 9 anni dal carico notiamo come vi sia un buon mantenimento osseo a livello crestale (Fig. 19).

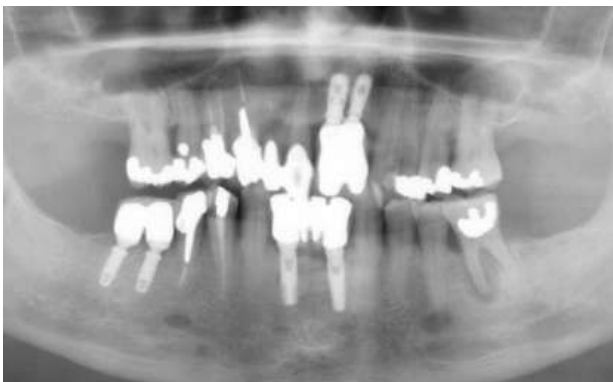


Fig. 18 - OPT iniziale

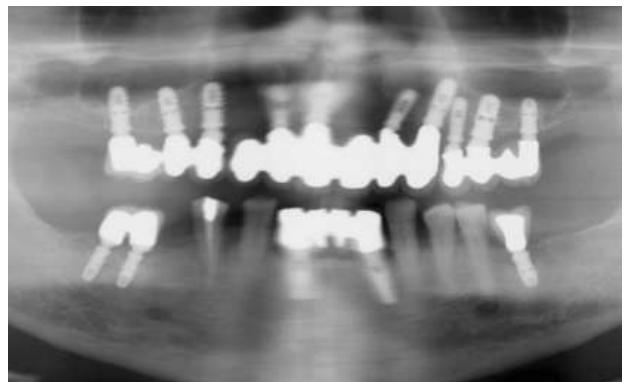


Fig. 19 - OPT a 9 anni dal carico

### CASO CLINICO n. 3

Nel terzo caso il paziente presenta una grave parodontite (Fig. 20). Il piano di trattamento prevede terapia chirurgico-parodontale e nei denti con prognosi più infausta un approccio chirurgico-conservativo come nel caso precedente: implantologia immediata post-estrattiva in posizione 1.4, 1.5 e 1.6 con rialzo crestale del seno mascellare.

A 11 anni dal carico notiamo un ottimo rimodellamento osseo a livello delle superfici implantari (Fig. 21).



Fig. 20 - Dettaglio OPT iniziale del secondo quadrante



Fig. 21 - Dettaglio OPT del secondo e terzo quadrante a 11 anni

### CASO CLINICO n. 4

Il paziente si presenta con parte del primo quadrante edentulo (Fig. 22). Il piano di trattamento prevede l'inserimento di due impianti, uno in zona 1.6 e uno con inclinazione disto palatale, andando a sfruttare come ancoraggio osseo la lamina orizzontale dell'osso palatino.

Il follow up a 12 anni dal carico mostra stabilità ossea sia a livello crestale che apicale (Fig. 23).



Fig. 22 - Dettaglio OPT iniziale del primo quadrante

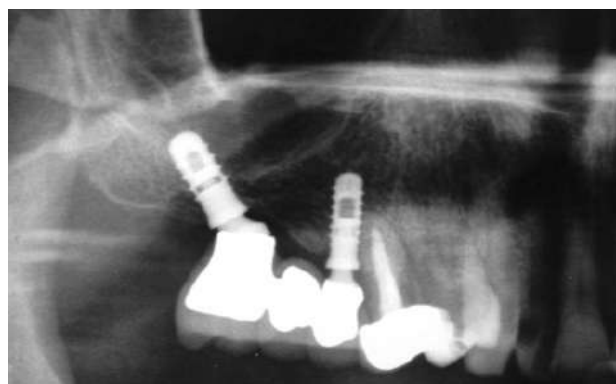


Fig. 23 - Dettaglio OPT a 12 anni dal carico



## BIBLIOGRAFIA

---

- Kremanov L. Placement of posterior mandibular and maxillary implants in patients with severe bone deficiency: a clinical report of procedure. *Int J Oral Maxillofac Implants* 2000;15:722-730
- Summers RB. The osteotome technique. Part 3. Less invasive methods of elevating the sinus floor. *Compendium* 1994;15:698
- Tatum H. Maxillary and sinus implant reconstruction. *Dent Clin North Am* 1986;30:207-229
- Zizmann Nu, Schärer P. Sinus elevation procedures in the resorbed posterior maxilla. Comparison of the crestal and lateral approaches. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1998;85:8-17
- Palazzo L, Guerra M, Belcastro S, Mannarino MR, Rossi C. Little sinus lifting nelle procedure chirurgiche implantari. *Doctor Os* 2006;17(6):599-607
- Palazzo L, Rossi C, Mannarino MR, Sessa M, Belcastro S, Floridi P, Guerra M. L'impiego di impianti nella regione della tuberosità come terapia alternativa all'intervento di grande rialzo del seno mascellare. Considerazioni anatomiche e chirurgiche. *Implantologia QE* 2010;3:31-38
- Belcastro S, Palazzo L, Guerra M. Studio clinico prospettico sul grande rialzo del pavimento del seno mascellare con l'utilizzo di impianti a connessione conometrica. *Italian Oral Surgery* 2012;11(1):5-20
- Frezzato I, Frezzato A. Note di anatomia chirurgica implantare. Il seno mascellare. *Il Dentista Moderno* 2020;XXXVIII(7):42-51
- Palazzo L, Rossi C, Fioroni A, Guerra D, Russo N, Rossi R. Ruolo della stampa 3D in fase diagnostica e nella preparazione chirurgica dei casi complessi. *Il Dentista Moderno* 2020;XXXVIII(7):52-59



## PROGETTO SENZARUSSARE

Il progetto **senzarussare** nasce con l'obiettivo di **sensibilizzare i pazienti** sui disturbi del sonno, indicando tutte le problematiche legate alle apnee ostruttive notturne e le terapie che vengono adottate, con un focus specifico sul ruolo dell'Odontoiatra come **"sentinella diagnostica"** rispetto alla sindrome OSA, e nei casi lievi/moderati, come **"terapeuta"** in grado di curare i pazienti attraverso dispositivi ortodontici su misura.

Tutta la comunicazione è incentrata sui **benefici del dormire "SENZA RUSSARE"** ed è trasmessa attraverso: il sito [www.senzarussare.it](http://www.senzarussare.it).

Inoltre, all'interno della web page, saranno **evidenziati i medici odontoiatri accreditati SENZARUSSARE.**

SENZA RUSSARE

# PERCHÉ DIVENTARE MEDICO ACCREDITATO SENZARUSSARE?

## PROMOZIONE E DIVULGAZIONE



### SENZARUSSARE.IT

Oltre ad essere menzionato all'interno del sito internet, come **medico accreditato "senzarussare"**, il paziente si potrà interfacciare con te: chiedendoti informazioni o prendendo un appuntamento; il tutto compilando un semplice form.



### FACEBOOK ED INSTAGRAM

Le tue competenze saranno trasmesse anche attraverso le nostre pagine social.



### DEPLIANT DEDICATO AL PAZIENTE

Solo per te supporti cartacei dedicati ai pazienti da utilizzare in sala d'attesa



### TOTEM PER STUDIO

Riceverai in esclusiva un totem SENZARUSSARE da esporre all'interno dello studio.

## SUPPORTO TECNICO e DIAGNOSTICO



### STRUMENTI E SERVIZI DIAGNOSTICI

Condizioni vantaggiose per l'acquisto di prodotti e servizi per la diagnosi.



### MAD LAB

Potrai sempre contare su una rete di laboratori abilitati alla costruzione di dispositivi antirussamento MAD Leone.

## VUOI DIVENTARE UN MEDICO ACCREDITATO SENZARUSSARE?

Partecipa al Corso di Approfondimento diretto della Dr.ssa Francesca Milano oppure per ulteriori informazioni contatta il nostro Ufficio Marketing: [clienti@leone.it](mailto:clienti@leone.it)

*Ridi e il mondo riderà con te  
Russa e dormirai da solo.  
(Anthony Burgess)*

# Complici del tuo Sorriso.

SCOPRI L'ALLINEATORE LEONE SU  
[DSLEONE.IT/ALLEO](https://www.dsleone.it/alleo)



**ALLEO È L'ALLINEATORE CAPACE DI ESPRIMERE AL  
MEGLIO LA PROFESSIONALITÀ DEI CLINICI ED ASSICURARE  
UN MAGGIORE COINVOLGIMENTO DEI PROPRI PAZIENTI  
NELL'ADERENZA AL TRATTAMENTO.**

**ALLEO®**



**Leone S.p.a. Ortodonzia e Implantologia**

Via P. a. Quaracchi 50 | 50019 Sesto Fiorentino | Firenze | Italia | tel. 055.304401 | fax 055.374808 | [info@leone.it](mailto:info@leone.it) | [www.leone.it](http://www.leone.it)