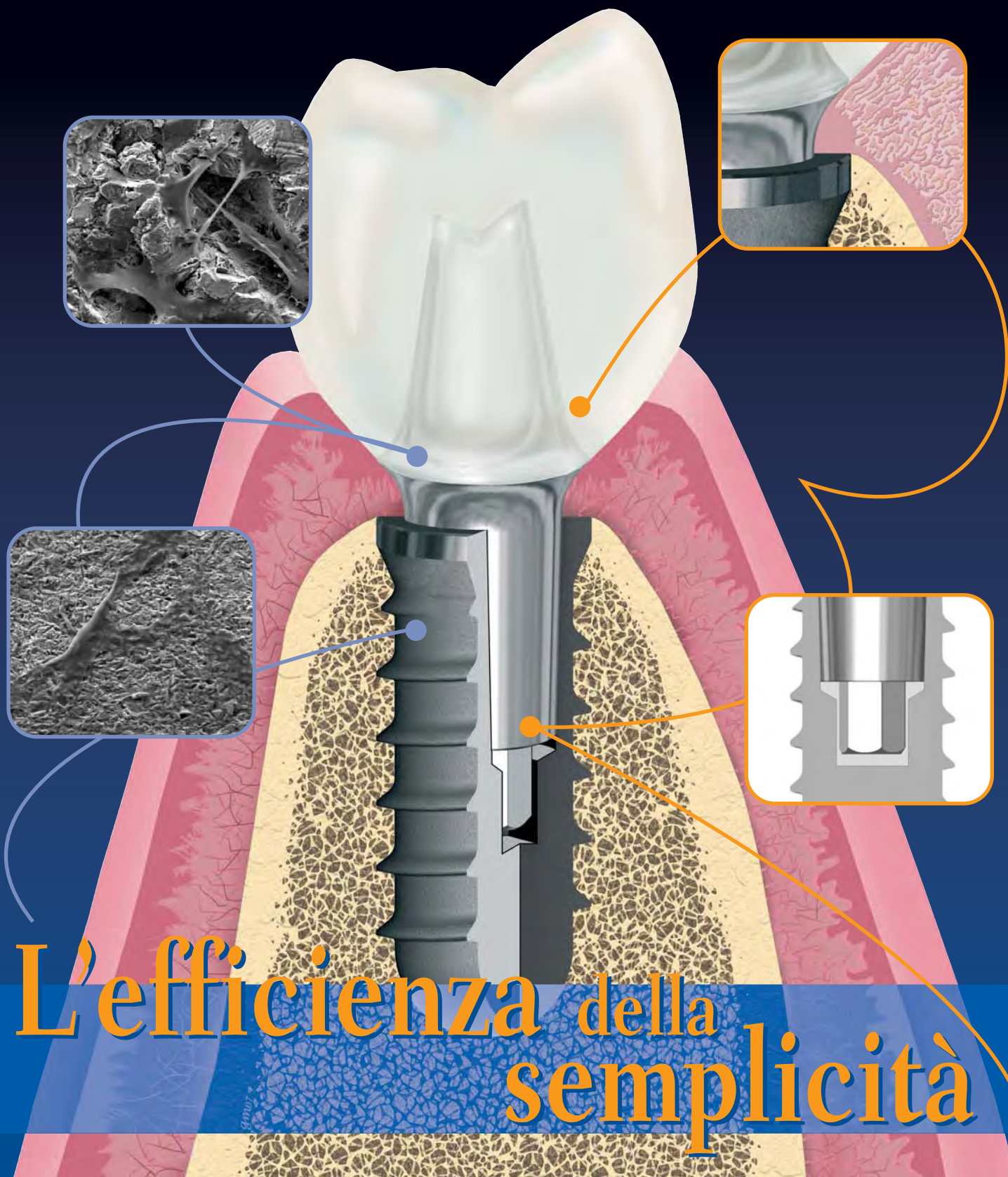


EXACONE

News



IL BOLLETTINO DEL SISTEMA IMPLANTARE LEONE



L'efficienza della
semplicità

Monoimpianti per overdenture O-ring

L'efficienza della semplicità in 8 mosse



1
Incidere
la gengiva con
il mucotomo



2
Utilizzare la fresa a pallina



3
Utilizzare la
fresa pilota



4
Prelevare il monoimpianto
dalla confezione



5
Inserire il monoimpianto



6
Inserire
gli altri monoimpianti



7
Fissare le
microcuffie



8
Il sorriso del
vostro paziente

Beneficio immediato con recupero funzionale e stabilizzazione della protesi nella stessa seduta dell'intervento mini invasivo.

Inserimento semplice anche in mandibole atrofiche ed estremamente riassorbite grazie al diametro ridotto di 2,7mm.

Possibile riutilizzo della protesi preesistente con le esclusive microcuffie.

Fabbricati in titanio grado medicale. Design autofilettante con ottima stabilità primaria.

Il collo liscio e tronco conico favorisce il sigillo mucoso. Resistenza alla torsione oltre 140 Ncm.



Ortodonzia e Implantologia

Cultura, formazione e industria: un'interazione indispensabile

Lo scorso 30 marzo abbiamo festeggiato qui alla Leone il decennale del nostro Leoclub. Sono dieci anni che, due volte all'anno, raduniamo presso la nostra sede ortodontisti da tutta Italia organizzando una manifestazione che ha raggiunto i più alti livelli scientifici in materia ortodontica. Questa volta il XXI incontro Leoclub ha ospitato il XII Simposio delle Scuole ortodontiche che per la prima volta si è tenuto nella sede di un'azienda privata.

I partecipanti sono stati oltre 450 ed i protagonisti venti giovani che, in rappresentanza di altrettante Scuole di Specializzazione e corsi universitari, hanno avuto l'occasione di presentare le proprie tesi e i lavori di ricerca svolti nell'ultimo biennio. Una commissione di docenti, presieduta dalla professoressa Isabella Tollaro, dell'Università di Firenze, ha premiato i sei lavori giudicati migliori. Durante il Leoclub si sono svolte inoltre tre "chat room", momenti di incontro e discussione su argomenti di attualità ortodontica. I temi trattati sono stati: i mini impianti ortodontici, la biomeccanica a bassa frizione e la merceologia ortodontica. Il successo ottenuto da questa manifestazione è la conferma di quanta richiesta di cultura e formazione ci sia nel nostro settore e proprio per questo la Leone investe da sempre in questa attività. Il calendario corsi del nostro Istituto Studi Odontoiatrici è sempre più fitto di appuntamenti: dimostrazioni, conferenze, corsi pratici di ortodonzia e implantologia si susseguono settimana dopo settimana. Per quanto riguarda l'implantologia abbiamo varato un programma di educazione continua che prevede corsi sia nella nostra sede di Firenze che su tutto il territorio nazionale. Obiettivo di questo programma è quello di fornire al professionista di ogni livello un'adeguata offerta di conoscenza e approfondimento, proponendo varie opportunità di formazione sia teorica che pratica, occasioni di scambio di esperienze e collaborazione professionale nel tempo. Sempre per l'implantologia l'evento più importante di quest'anno sarà senz'altro il 2° Congresso Exacone™, che si terrà il 28 settembre qui a Firenze presso la sede ISO. Il tema della giornata "Influenza del micro e macro design implantare sui tessuti di sostegno" sarà introdotto dal Dr. Leonardo Targetti. Il programma, di respiro internazionale, prevede la presentazione del lavoro del Dr. Dietmar Weng riguardo ai vantaggi dell'utilizzo di impianti con "platform switching" sia dal punto di vista estetico funzionale che di risultato a lungo termine. Il Dr. Weng è uno dei massimi esperti internazionali di questo argomento ed i suoi lavori sono stati presentati ai più importanti congressi di tutto il mondo. Successivamente sarà interessante ascoltare le relazioni di due componenti del nostro Exacone Team: il Dr. Salvatore Belcastro, con un intervento dal titolo "Correlazioni fra test in vitro ed evidenze cliniche con gli impianti Exacone™" e il Dr. Salvatore Dettori sul tema "Estetica e biomeccanica con impianti dalla diversa geometria tras mucosa". L'attualità degli argomenti che verranno affrontati in questa occasione ci portano a pensare che sarà nuovamente una giornata in cui la conoscenza e la cultura saranno di stimolo alla ricerca ed alla crescita professionale di tutti: professionisti, universitari e industria. Crediamo fortemente che la formazione e la cultura odontoiatrica debbano andare a braccetto con l'industria perché, solo così, ci potrà essere uno sviluppo della ricerca e dell'innovazione fondamentale in un settore medico scientifico quale quello del dentale.

Ci auguriamo dunque che la vostra partecipazione ai nostri prossimi incontri sia sempre più numerosa e da parte nostra ci impegniamo ad organizzare eventi sempre più stimolanti e aderenti alle esigenze della moderna odontoiatria.

Elena Pozzi

Dr. Vittorio Zavaglia, Dr.ssa Alessandra Nori, Dr. Raffaele Vacirca

Possibilità e limiti del trattamento chirurgico-implantare nei disabili con difficoltà di collaborazione

Parole chiave

pag. 4

Dr. Luigi Lucchiari

Edentulia superiore totale riabilitata con protesi amovibile su barra avvitata

Parole chiave

pag. 10

Prodotti Leone

pag. 14

Dr. Bruno Rocchetti

Protesi su impianti come protesi su elementi naturali

Parole chiave

pag. 17

Dr. Marino Miccini

Inserimento di un impianto post-estrattivo con G.B.R.

Parole chiave

pag. 26

Dr. Salvatore Belcastro, Dr. Fesal El Zoobi, Dr. Leonardo Palazzo, Dr. Mario Guerra

Opzioni terapeutiche impianto-protetico nel paziente edentulo: protesi tipo Toronto Bridge cementata

Parole chiave edentulia totale, due fasi, overdenture, protesi fissa, Toronto Bridge

pag. 30

Corsi di implantologia

pag. 38

Dr. Camillo Ubaldo Laici, Dr. Marco Messi

Protocollo esecutivo per la realizzazione di una protesi telescopica su impianti Exacone™ *

Parole chiave edentulia totale superiore, atrofia ossea, protesi telescopica, passivazione indiretta, estetica

pag. 40

Giornate propedeutiche di pratica implantologica su paziente

pag. 44

Dr. Gianni Lazzarato

Tecnica BAOSFE e impianti Leone: riabilitazione impianto-protetico e follow-up a due anni di un impianto in zona 2.4

Parole chiave BAOSFE, mini rialzo, due fasi, lembo, dente singolo, moncone fresato, follow up

pag. 46

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

Spedizione gratuita

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

IT-12-06/05



Ortodonzia e Implantologia

LEONE S.p.A.

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

Tel. 055.30.441 – Fax 055.37.48.08

e-mail: info@leone.it – www.leone.it

Possibilità e limiti del trattamento chirurgico-implantare nei disabili con difficoltà di collaborazione

Dr. Vittorio Zavaglia, Dr.ssa Alessandra Nori, Dr. Raffaele Vacirca
UO di Odontostomatologia Chirurgica e Speciale - Ospedali Riuniti Torrette di Ancona

La riabilitazione protesica, e in particolare quella realizzata su impianti, presenta notevoli difficoltà nel paziente disabile poiché la capacità di collaborazione, anche se massima relativamente all'handicap, condiziona fortemente le modalità d'intervento.

Infatti nel paziente disabile le diverse fasi di realizzazione della protesi su impianti possono avere dei limiti progettuali e/o richiedere l'ausilio della sedazione endovenosa o dell'anestesia generale.

Sulla base della nostra esperienza, a partire dal 1996, sono stati stabiliti alcuni criteri preferenziali per la realizzazione di un progetto implantoprotesico: il risparmio biologico dei tessuti dentali, il mantenimento di una buona igiene domiciliare, la sostituzione di un dente singolo, la localizzazione anteriore degli impianti e il contenimento del numero di sedute.

La selezione dei pazienti da sottoporre a trattamento implantoprotesico prevede un'accurata anamnesi, una corretta valutazione dell'anatomia della zona ricevente e della situazione funzionale, delle condizioni psicologiche e soprattutto della collaborazione nella fase chirurgica, post-chirurgica, protesica e di mantenimento.

Nell'arco di dieci anni di esperienza abbiamo utilizzato il protocollo standardizzato da Brånemark (1977) per l'osteointegrazione, che richiede una fixture sommersa nell'osso, un periodo di guarigione di 3-6 mesi e l'assenza di carico.

L'avvento del carico immediato in implantoprotesi ha posto il problema di verificare se questo nuovo obiettivo poteva essere raggiunto nel paziente disabile tramite la progettazione di una protesi a carico immediato utilizzando un sistema implantare che adotta la connessione impianto-moncone di tipo conometrico puro.

Per carico immediato s'intende l'applicazione di carichi

e forze sugli impianti subito dopo il loro posizionamento; tale carico può avvenire al termine della seduta chirurgica (Huraka e Borelli 1993, Ledermann 1996, Piattelli 1997, Brånemark 1999, Horiuchi 2000), o entro 24 ore dal posizionamento dell'impianto (Ericsson 2000), o entro 72 ore (Piattelli 1998, Jaffin 2000), oppure entro 7 giorni (Levine 1998, Salama 1998).

Il successo del protocollo del carico immediato su impianti è dato da un'ottima stabilità primaria, dalla protezione dell'interfaccia osteoimplantare, dal sovraccarico e, non ultimo, dalle dimensioni del microgap esistente a livello della connessione impianto-moncone in cui si accumulano specie batteriche anaerobiche responsabili di peri-implantiti, riassorbimento della cresta ossea e cattivo odore.

La stabilità primaria dipende dalla qualità dell'osso (D1-D2), dalla quantità d'osso (bicorticalismo), dalla geometria dell'impianto (disegno macroscopico a vite), dalla tecnica chirurgica di preparazione, dalla presenza di uno splintaggio rigido degli impianti e dal posizionamento di un numero elevato di impianti (4-10).

Nel carico immediato l'osteointegrazione è possibile in presenza di carichi funzionali applicati immediatamente dopo l'inserimento degli impianti purché questi non vengano sovraccaricati.

Per sovraccarico s'intende la soglia critica di micromovimenti all'interfaccia osso-impianto (50-150 μ m) in funzione delle caratteristiche superficiali e del disegno implantare.

I micromovimenti indotti dalle forze funzionali all'interfaccia impianto-osso durante la guarigione stimolano la formazione di tessuto fibroso invece che di osso con fallimento dell'osteointegrazione.

Alcuni accorgimenti tecnici per ottenere il successo nel carico immediato sono l'uso di un impianto lungo e di diametro adeguato, che abbia una superficie trattata (TPS, HA e superfici sabbiolate e mordenzate), l'assenza di maschiatura del sito ricevente, la solidarizzazione degli impianti. Inoltre vi sono altri fattori che determinano il successo del carico immediato e sono: la situazione anatomica locale, le fasi protesiche, la selezione dei pazienti.

Per ciò che riguarda la situazione anatomica locale a livello della mandibola, la zona interforaminaria è la più favorevole per la presenza di osso denso e corticali spesse (bicorticalismo), mentre a livello del mascellare superiore abbiamo un osso di qualità inferiore con corticali più sottili e con un volume osseo disponibile, nelle zone distali, minore rispetto alle zone anteriori per la presenza dei seni mascellari; abbiamo comunque in entrambi i casi elevate percentuali di successo.

Riguardo le fasi protesiche bisogna avere degli accorgimenti che contribuiscano alla protezione dell'interfaccia osso-impianto, vale a dire una corretta distribuzione in arcata degli impianti, uno schema oclusale protettivo (carichi verticali) e un adattamento passivo della struttura protesica.

Infine, la selezione del paziente deve avvenire tenendo in considerazione che sono controindicazioni generali il fumo, il diabete non compensato, la radio-

terapia, mentre sono controindicazioni locali l'atrofia estrema, le parafunzioni, la densità ossea di tipo IV, l'elevata discrepanza intermascellare, la scarsa igiene orale.

Le difficoltà che si incontrano nella riabilitazione protesica dei pazienti scarsamente collaboranti impongono la ricerca di terapie più rapide e meno invasive mantenendo i requisiti di qualità che devono restare gli stessi di quelli scientificamente codificati.

L'utilizzo del carico immediato su impianti, nella nostra esperienza anche se in fase iniziale, può costituire una valida risposta a queste esigenze tenendo conto dei vantaggi che tale metodica può presentare in questo tipo di pazienti.

Il maggiore vantaggio è rappresentato dall'utilizzo, fra le tante esistenti, della connessione conometrica, e dal sigillo che si crea all'interfaccia moncone-impianto che facilita il rispetto dei tessuti peri-implantari.

Sono vantaggiosi inoltre la flessibilità protesica (facilità di riposizionamento del transfer nell'analogo senza errori di posizione, assenza di usura delle parti costituenti l'ancoraggio, presente invece nei sistemi avvitati durante le fasi di laboratorio), le tolleranze eccellenti, l'alta precisione meccanica, l'elevata stabilità dell'interfaccia, il facile uso clinico (contenimento del numero delle sedute), il profilo di emergenza e l'estetica ottimali, l'ottimo rapporto qualità-prezzo.

Caso clinico

Il caso clinico di seguito presentato riguarda una paziente di 41 anni affetta da corea di Huntington la cui collaborazione seppure buona era saltuaria e prevalentemente legata alla variabilità dell'umore, anche nel contesto di una singola seduta.

Giunta alla nostra osservazione la paziente presentava un'edentulia parziale a carico dell'arcata superiore e inferiore con presenza di elementi dentali già preparati per manufatti protesici successivamente rimossi e presenza di protesi parziale rimovibile (fig. 1).

L'ortopantomografia (fig. 2) evidenziava residui radicolari multipli, granulomi apicali e otturazioni incongrue. Sono state effettuate le cure conservative ed endodontiche, la paziente è stata resa edotta riguardo l'intervento di posizionamento degli impianti in anestesia generale al fine di ottenere una riabilitazione protesica fissa per la quale la stessa paziente era molto motivata soprattutto dal punto di vista estetico.

Le dime chirurgiche sono state realizzate in laboratorio per entrambe le arcate (figg. 3, 4); l'intervento è stato effettuato in anestesia generale con intubazione nasotracheale e sono stati inseriti degli impianti in posizione 11, 21, 25, 35, 36, 46.

L'impianto in sede 45 è stato posizionato successivamente dopo un'ulteriore valutazione del progetto protesico per un'adeguata distribuzione dei carichi masticatori ed è stato fatto guarire in due fasi come per gli altri impianti inferiori (fig. 5). È stato deciso di procedere al carico immediato degli impianti dell'arcata superiore, pertanto sono stati inseriti i monconi preinclinati a 15° (fig. 6) che si preparano in bocca (fig. 7).

Nella stessa seduta è stato adattato un provvisorio precedentemente preparato (fig. 8).

Per i restanti impianti, essendo localizzati nei settori posteriori e non presentando problemi estetici, si decideva di procedere secondo la tecnica tradizionale a due fasi. In fase postoperatoria veniva eseguita l'OPT di controllo per verificare il corretto posizionamento delle fixture (fig. 9).

Venivano effettuati controlli a intervalli di due settimane per verificare le condizioni di stabilità degli impianti sottoposti a carico immediato e il condizionamento dei tessuti molli (fig. 10).

A distanza di quattro mesi, necessari alla osteointegrazione, sono stati riaperti i siti implantari restanti e posizionati i tappi di guarigione.

Ottenuto il condizionamento dei tessuti molli si passava alla fase protesica definitiva: transfer per l'impronta, posizionamento degli analoghi di laboratorio (fig. 11), realizzazione dei monconi e del manufatto protesico provvisorio dell'arcata inferiore comprendente anche i monconi dei denti naturali (figg. 12, 13, 14).

Si procedeva alla fase finale del caso con la realizzazione e la prova delle mesostrutture per entrambe le arcate e la cementazione delle protesi di ceramica (figg. 15, 16, 17).

Parole chiave

carico immediato, riabilitazione protesica, trattamento di pazienti disabili



Fig. 1

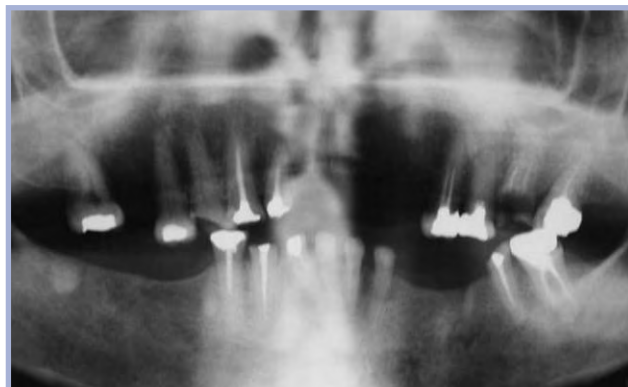


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

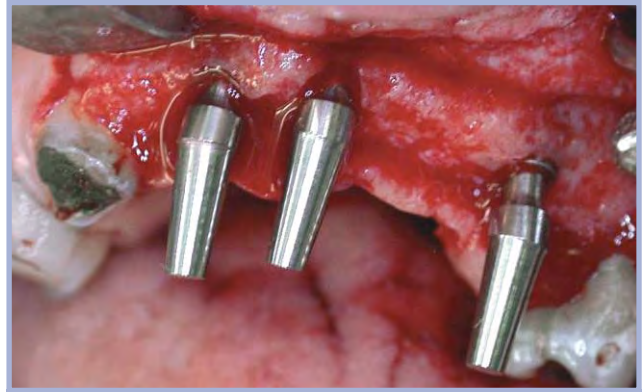


Fig. 6

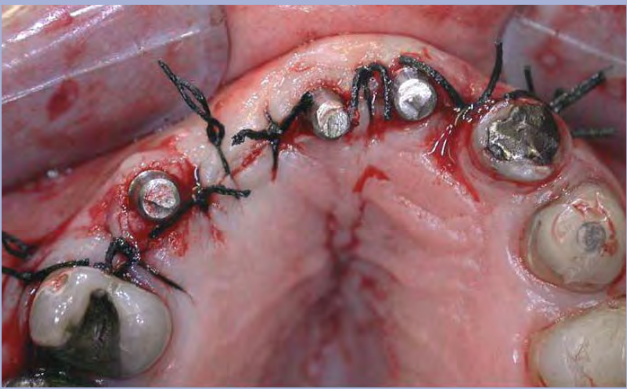


Fig. 7



Fig. 8

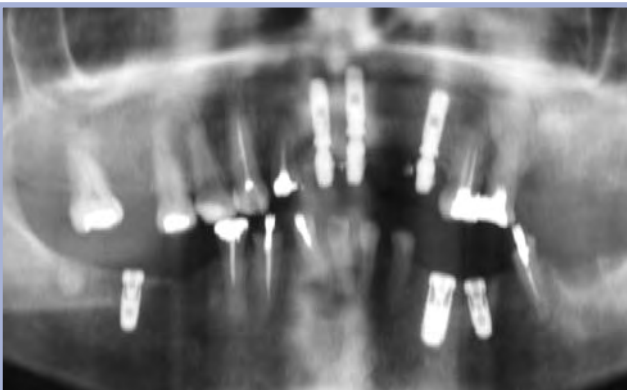


Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17

Realizzazioni protesiche

Sig. Egidio Sassaroli e Sig. Giordano Cardinaletti
Laboratorio tecnico dell'UO di Odontostomatologia Chirurgica e Speciale di Ancona

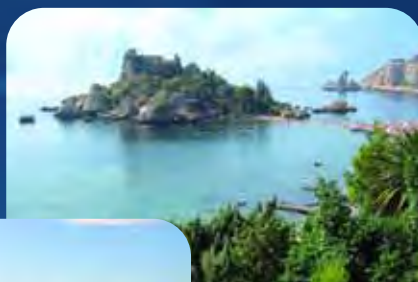
ATTUALI ORIENTAMENTI IN IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA:

fase chirurgica unica,
platform switching,
carico immediato.

ISO[®]
ISTITUTO
STUDI
ODONTOIATRICI
divisione scientifica della



Ortodonzia e Implantologia



Crediti ECM richiesti.

Partecipazione gratuita riservata
ai soli medici e agli odontoiatri.



Castelvoturno (Ce) 8 Giugno 2007

Dr. Leonardo Targetti - Dr. Mario Guerra
Dr. Salvatore Belcastro - Dr. Roberto Meli - Dr. Marino Miccini

Taormina 13 Ottobre 2007

Dr. Leonardo Targetti - Dr. Alberto Frezzato - Dr. Mario Guerra
Dr. Roberto Meli - Dr. Bruno Rocchetti

Cagliari 10 Novembre 2007

Dr. Salvatore Dettori - Dr. Leonardo Palazzo
Dr. Salvatore Belcastro - Dr. Roberto Meli



Ortodonzia e Implantologia

Per informazioni e iscrizioni:

Segreteria ISO
Via P. a Quaracchi, 48/50
50019 Sesto Fiorentino (FI)
Tel. 055 304458 Fax 055 304455
e-mail: iso@leone.it - www.leone.it

Edentulia superiore totale riabilitata con protesi amovibile su barra avvitata

Dr. Luigi Lucchiari

Libero professionista a Due Carrare (PD)

Paziente femminile, di anni 60, non fumatrice con residui radicolari da bonificare. Vista la TAC e l'ortopantomografia (figg. A, B), si decide per l'inserimento di 5 impianti post-estrattivi immediati con apertura di ampio lembo per estrazioni atraumatiche dei residui radicolari (figg. 1, 2, 3). Si inseriscono impianti Leone diametro 3,3 per 12 mm in sede 12, 11, 22; diametro 3,3 per 14 mm in sede 23; diametro 4,1 per 10 mm in sede 25 (figg. 4, 5, 6, 7, 8). A distanza di 3 mesi si effettua la seconda fase chirurgica e si posizionano dei tappi di guarigione standard, altezza 3 mm, adattando la protesi superiore provvisoria che la paziente ha tenuto nel periodo di osteointegrazione (fig. 9). Dopo 15 giorni dalla riapertura viene presa l'impronta. Successivamente si effettua il controllo dell'altezza di masticazione con una ceratura montata su placca in resina con piccoli perni di posizionamento, che inserendosi negli impianti (dopo aver tolto il tappo di guarigione) bloccano la placca stessa. È un sistema molto pratico che consente un sufficiente ancoraggio della placca per fare le rilevazioni occlusali ed estetiche (figg. 10, 11, 12). Il corretto posizionamento dei monconi inclinati, spesso complicato nell'arcata superiore per il disparellesimo degli impianti (fig. 13), si effettua con una seconda barra sezionata in tante parti quanti sono i monconi con tagli obliqui, punti di riferimento facilmente identificabili per un corretto allineamento (figg. 14, 15). La barra sezionata, avvitata ai monconi sul modello di gesso, viene rimossa segmento per segmento e ogni moncone viene posizionato sull'impianto corrispondente con il taglio particolare della barra di posizionamento a garantirne la giusta posizione dei monconi (figg. 16, 17, 18, 19). A questo punto viene svitata la barra sezionata e viene provata la barra "definitiva" perfettamente identica (fig. 20). Si prova anche nella stessa seduta la protesi per controllare estetica e masticazione. La fase finale (consegna del lavoro finito) prevede il riposizionamento dei monconi con la barra sezionata (figg. 21, 22), il loro inconamento con percussione assiale impianto per impianto (certi della corretta posizione dopo aver inserito la barra definitiva e appurato l'assenza di basculamenti), l'avvitamento della barra finita (fig. 23). Per accertarsi dell'esattezza della procedura, la barra definitiva viene quindi svitata di nuovo per controllare che i monconi restino inconati dimostrando così l'assenza di tensioni e la passività della barra stessa. I risultati finali sono soddisfacenti e la protesi appaga le esigenze funzionali ed estetiche della paziente (fig. 24).

Parole chiave

edentulia totale superiore, post-estrattivo immediato, barra avvitata, overdenture, due fasi

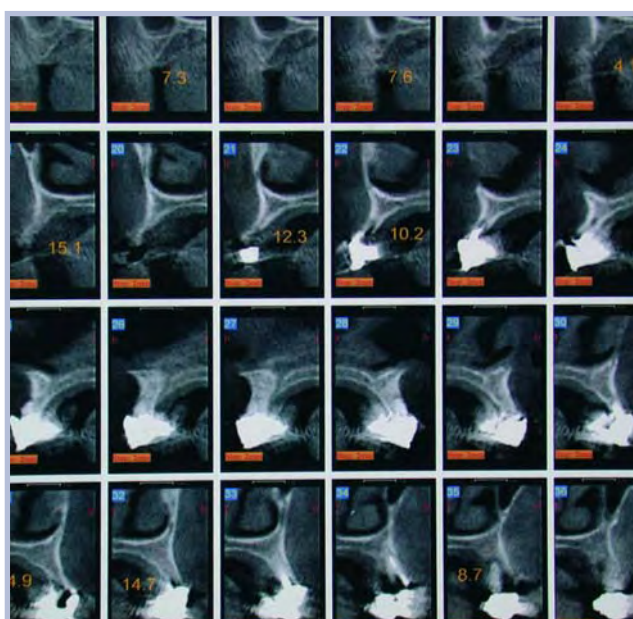


Fig. A

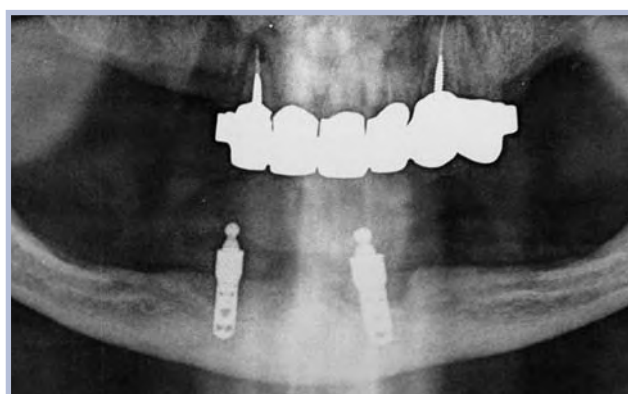


Fig. B

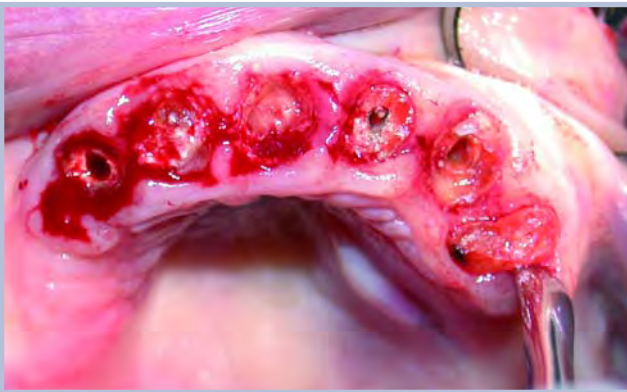


Fig. 1

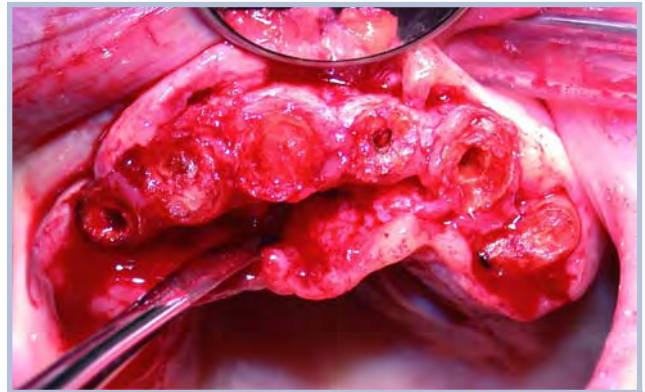


Fig. 2

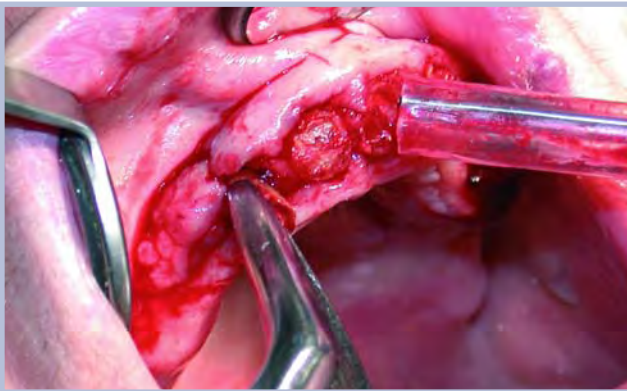


Fig. 3

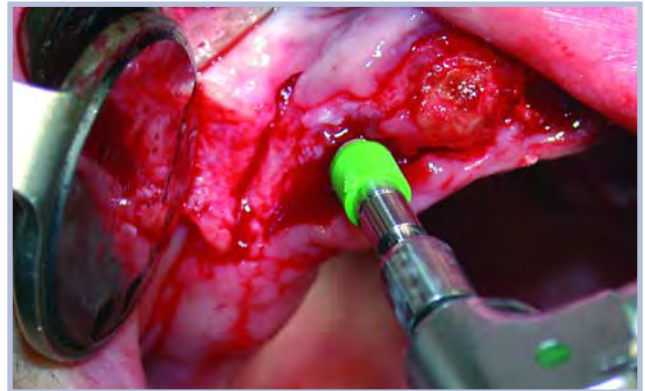


Fig. 4



Fig. 5

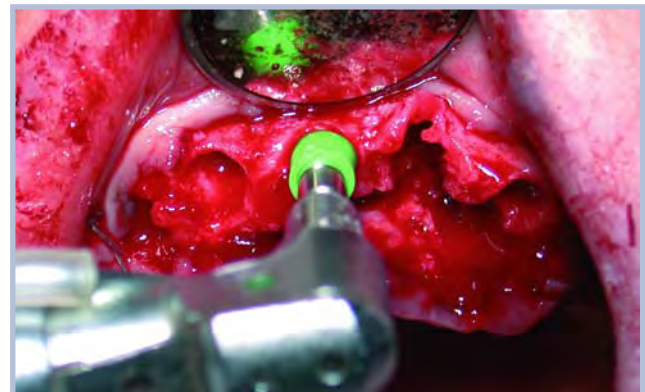


Fig. 6

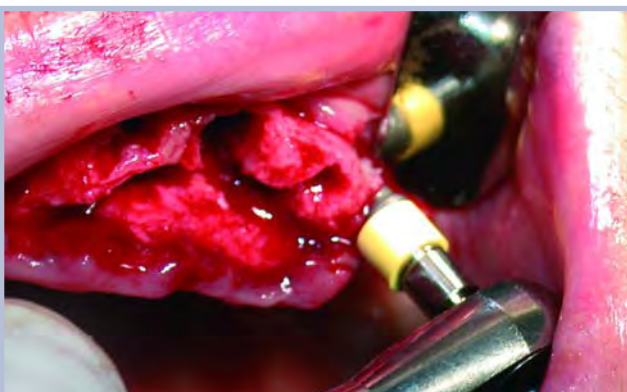


Fig. 7

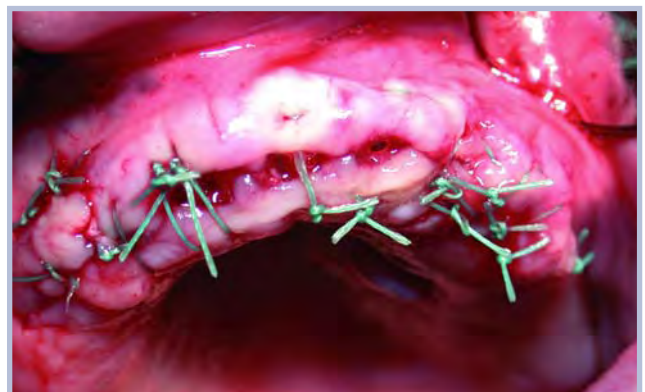


Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

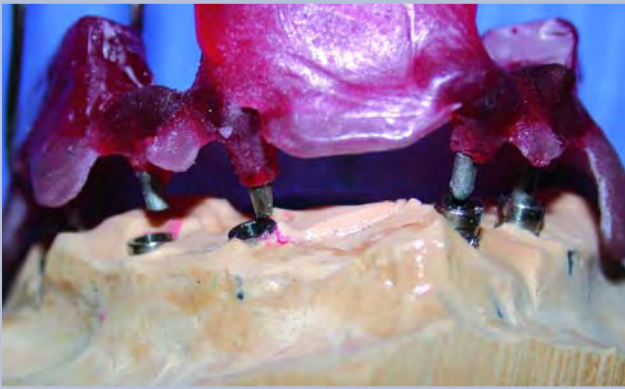


Fig. 11



Fig. 12

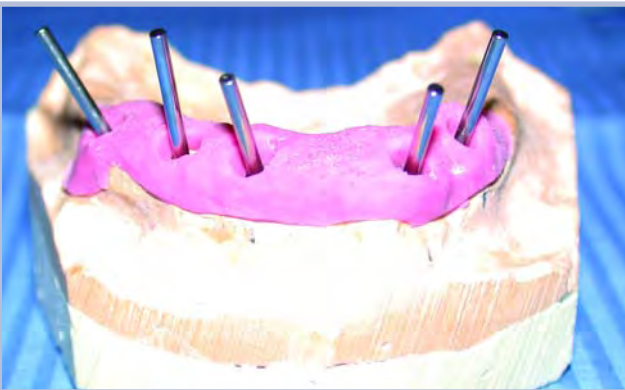


Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20

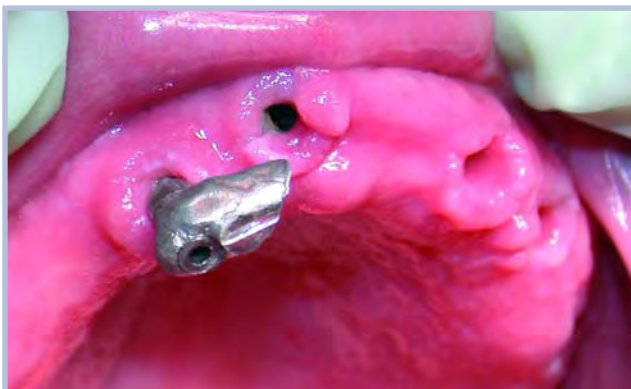


Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24

KIT CHIRURGICO

Il kit completamente autoclavabile, racchiude tutti gli accessori chirurgici necessari per gli interventi chirurgici con il sistema implantare Exacone™*.

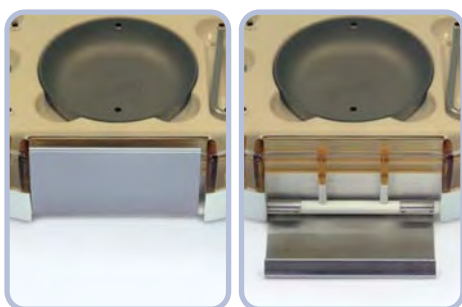
La confezione contiene un pratico cartoncino indicante la sequenza degli strumenti da utilizzare.



Fori calibrati
sono stati previsti per la verifica del diametro delle frese



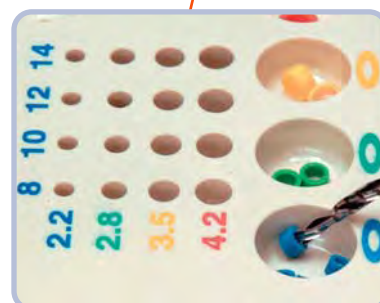
Preso degli strumenti taglienti in tutta sicurezza
grazie agli ergonomici spazi creati



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

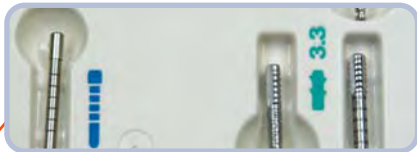
Data la quantità degli strumenti presenti, il kit è disponibile in **3 versioni**

156-0016-03
KIT CHIRURGICO
COMPLETO

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

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 profondit  per frese \varnothing 2,2-2,8-3,5-4,2.



Facile riposizionamento degli strumenti, senza possibilit  di errore
accanto ad ogni spazio   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 rapidit  e sicurezza nell'operazione di pulizia



Ingombro ridottissimo
solo 3 centimetri di spessore

156-0016-01
KIT CHIRURGICO
CON FRESE E MASCHIATORI CORTI

156-0016-00
KIT CHIRURGICO
VUOTO

156-0018-00 KIT STRUMENTI PER OSTEOTOMIA

Completamente autoclavabile, racchiude gli strumenti necessari per gli interventi di osteotomia realizzati unitamente all'inserimento degli impianti Exacone™*.

Contenuto: 1 presa pallina, 1 presa pilota lunga, 3 manici polifunzionali, 3 punte per rialzo del seno Ø 3,3-4,1-4,8 mm, 3 punte compattatrici 3,3-4,1-4,8 mm, 3 punte per apposizione materiale 3,3-4,1-4,8 mm, 1 raccordo curvo per manico polifunzionale, 1 chiave per il cambio delle punte, 1 martelletto chirurgico, 1 vaschetta di titanio.



Spazio a disposizione
per personalizzare il kit
con altri strumenti



**Chiave per il cambio
delle punte**
per assicurare e per rimuovere
le punte dal manico polifunzionale
con facilità e rapidità



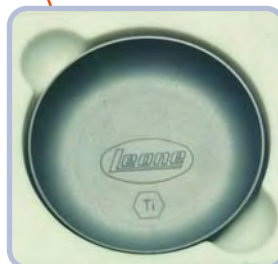
**Presa degli strumenti
facile e in sicurezza**
grazie agli ergonomici spazi creati



**Visione diretta
e completa del contenuto**
gli strumenti sono collocati
in posizione orizzontale



Sistema di chiusura estremamente affidabile
previene aperture accidentali e ha dimensioni ridotte



Vaschetta di titanio
utile come momentaneo
supporto per prodotti senza
rischio di contaminazione



Ingombro ridottissimo
solo 3 cm di spessore

* international patent pending

Protesi su impianti come protesi su elementi naturali

Dr. Bruno Rocchetti

Libero professionista a S. Benedetto del Tronto (AP)

Parole chiave

connessione conometrica, tecnica diretta, protesi su impianti, implantologia protesicamente guidata

Introduzione

L'edentulia parziale o totale rappresenta un problema sociale di primaria importanza.

L'utilizzo di impianti dentali può aiutare a trovare soluzioni, consentendo in alcuni casi la realizzazione di un presidio sostitutivo di tipo fisso al posto di quello rimovibile, in altri casi la stabilizzazione della protesi rimovibile.

Recenti dati statistici dimostrano come l'uso di impianti dentali endo-ossei si sia diffuso in modo esponenziale, tanto da poter constatare come gli impianti, negli ultimi anni, stiano ottenendo un vasto consenso nel mondo odontoiatrico come valido metodo di riabilitazione protesica.

La ricerca e la sperimentazione di decenni hanno sviluppato sistemi implantari con l'obiettivo di risultare validi e sicuri nel tempo e con esiti funzionali ed estetici predicibili.

Molti degli impianti presenti attualmente sul mercato presentano garanzie di qualità e affidabilità, tuttavia essi richiedono spesso protocolli protesici complessi che rendono difficoltosa la progettazione e l'esecuzione del trattamento implanto-protesico.

Le problematiche che si incontrano più frequentemente nella realizzazione di una protesi su impianti, fanno evidenziare alcuni punti critici:

- svitamento dei monconi avvitati;
- possibilità di fratture a livello della connessione impianto-moncone;
- componentistica complessa, che molte volte obbliga il protesista e l'odontotecnico ad effettuare virtuosismi tecnici per ottenere risultati soddisfacenti;

- difficoltà a realizzare strutture parallelizzabili con semplicità;
- limiti estetici che condizionano spesso il risultato finale.

Ruolo fondamentale per il mantenimento nel tempo dell'impianto riveste la biomeccanica implantare, soprattutto per quanto riguarda il trasferimento dei carichi occlusali alle strutture ossee e le particolari problematiche relative alla connessione impianto-moncone.

La connessione impianto-moncone rappresenta un problema sicuramente sentito per chi abitualmente si occupa di protesi su impianti, ma anche e soprattutto per chi affronta questo tipo di problematica protesica solo saltuariamente.

I sistemi con connessione conometrica tra moncone ed impianto consentono di semplificare ed estendere le possibilità protesiche grazie alle loro caratteristiche uniche che si esplicano in una semplificazione delle procedure protesiche, in una riduzione dei tempi di lavoro e in una maggiore redditività.

Non essendoci viti di collegamento tra moncone ed impianto, si evita la presenza di possibili parti deboli che può essere causa di inconvenienti a volte irrisolvibili.

La connessione conica tra moncone ed impianto si è dimostrata una valida soluzione, garantendo, da una parte, un corretto accoppiamento in fase di inserimento tra impianto e moncone con una stabilità funzionale davvero eccellente e, dall'altra, permettendo un approccio alle problematiche protesiche in un modo decisamente innovativo.

Considerazioni preliminari

Immaginiamo come può deteriorarsi un rapporto di fiducia, faticosamente raggiunto con il paziente, semplicemente perché la corona protesica realizzata per sostituire l'elemento dentale andato perso non corrisponde al risultato funzionale ed estetico che ci si attendeva. È indiscutibile l'evidenza di come la procedura protesica su impianti sia più soggetta ad imprevisti rispetto a quella chirurgica; ciò risulta con chiarezza se si confrontano gli insuccessi appartenenti all'una o all'altra componente. Le variabili che determinano il successo sono diverse e non sempre perfettamente valutate nella routine ambulatoriale, allorché il chirurgo opera senza la collaborazione del protesista e dell'odontotecnico. Gli obiettivi dei vari operatori risultano differenti, a volte non conciliabili, e il risultato finale non è prevedibile.

Appare oggi incontrovertibile il fatto che la protesi risulta essere la parte più delicata ed importante per il successo a lungo termine di una riabilitazione implantologica.

Si sta sempre più affermando la consapevolezza che la moderna implantologia è un trattamento di natura protesica con una componente chirurgica.

È possibile rendere tale procedura semplice, eseguibile secondo le abituali modalità protesiche e alla portata di molti dei pazienti che frequentano un normale studio dentistico. Di seguito, si cercherà di dimostrare che l'implantologia può essere semplice, prevedibile e gratificante non solo per il chirurgo, ma anche per il protesista, l'odontotecnico e, soprattutto, per il paziente (fig. 1).



Fig. 1 - Implantologia semplice ed efficace

Procedura operativa

Un'accurata diagnosi ed un attento piano di trattamento rappresentano gli aspetti imprescindibili per chi vuole affrontare con razionalità questo problema, soprattutto per la rappresentazione delle problematiche relative a ciascun operatore dell'equipe implantologica.

Poiché la scelta dei siti implantari deve essere condizionata soprattutto da esigenze protesiche più che da quelle chirurgiche, è necessario simulare con una ceratura diagnostica (figg. 2, 3) la protesi che si intende eseguire.

Con la modellazione in cera risulteranno evidenti sia le zone di emergenza ideali degli impianti che l'inclinazione mesio-distale e vestibolo-orale da dare ad essi.



Figg. 2, 3 - Esempio di ceratura diagnostica

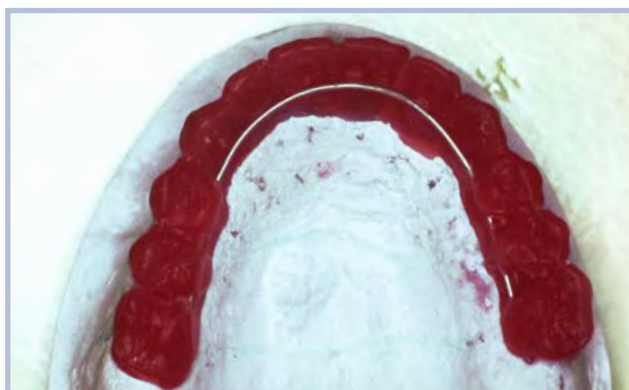


Fig. 3

Possiamo provvedere alla costruzione di una mascherina in resina, "dima" (fig. 4), che viene utilizzata, opportunamente modellata sulla ceratura, come guida chirurgica per il corretto inserimento degli impianti nella posizione protesicamente più vantaggiosa.

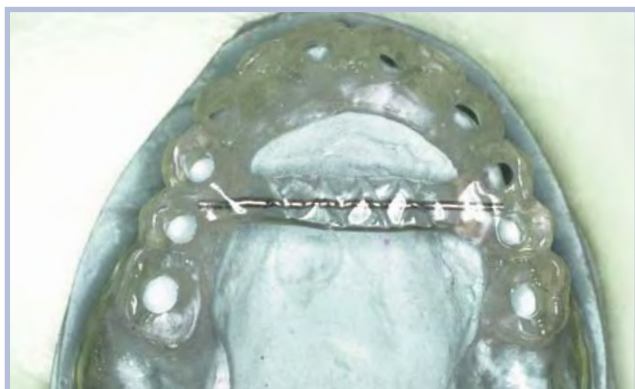


Fig. 4 - Dima per guida chirurgica

Dopo aver praticato il lembo di accesso, si posiziona la mascherina di guida in bocca, in modo tale da eseguire il primo approccio all'osteotomia con la fresa pilota, opportunamente "guidata" dalla dima (figg. 5, 6).



Figg. 5, 6 - Utilizzo della dima chirurgica

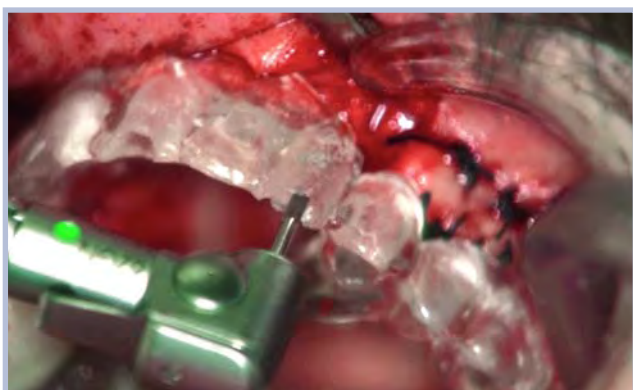


Fig. 6

A questo punto, si utilizza un moncone precedentemente sterilizzato scelto tra quelli da 3,3 mm (nel caso mostrato nelle foto è stato selezionato un preinclinato a 15°), per essere posto nel foro pilota dell'osso e poter così determinare con accuratezza la direzione di inserimento dell'impianto (figg. 7-11).

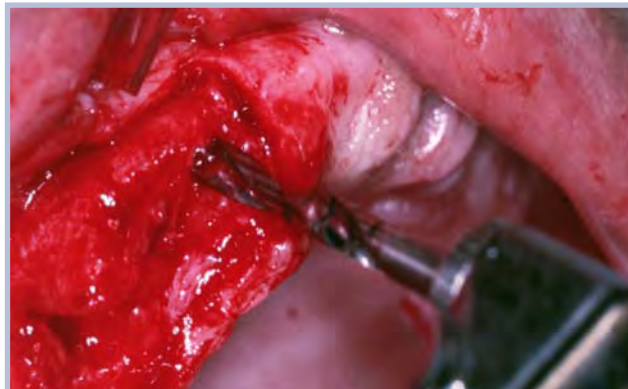


Fig. 7 - Fresa pilota per l'osteotomia

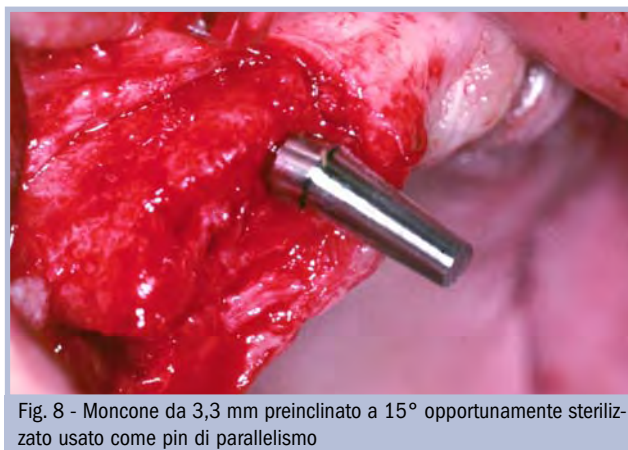


Fig. 8 - Moncone da 3,3 mm preinclinato a 15° opportunamente sterilizzato usato come pin di parallelismo

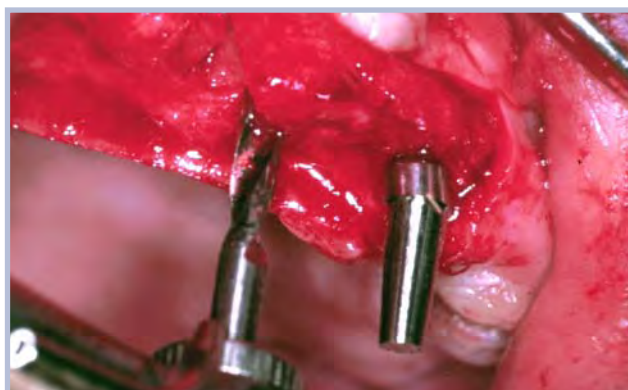


Fig. 9 - Fresa pilota per la seconda osteotomia

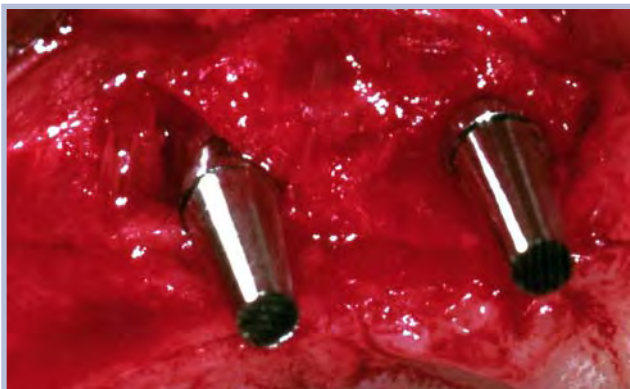


Fig. 10, 11 - Controllo del parallelismo ed inclinazione

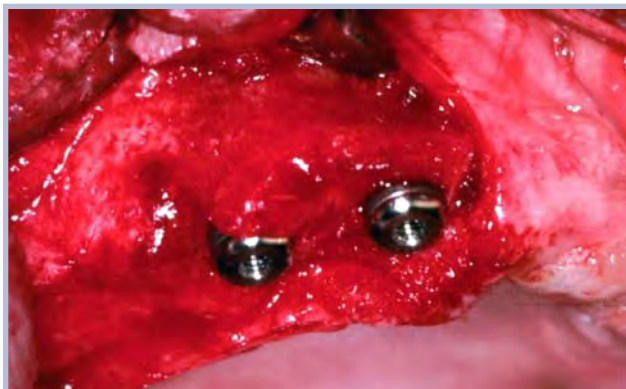


Fig. 12 - Impianti inseriti



Fig. 11

Mantenendo il moncone nel sito dell'impianto, nella giusta posizione, la dima viene reinserita sopra per valutare lo spazio disponibile per l'elemento protesico in relazione all'angolazione del moncone rispetto all'elemento modellato sulla dima.

Posizionando il moncone nel sito dell'impianto guida si consente al chirurgo di stimare la corretta angolazione finale dell'impianto rispetto al foro della pilota. Si può così concretamente presumere che, al momento dell'utilizzo dell'impianto, il moncone sarà adeguatamente posizionato per consentire una protesizzazione estetica e una corretta occlusione.

Il beneficio di questa tecnica consiste nel fatto che, se l'iniziale angolazione dovesse risultare non corretta, il chirurgo può determinare una più appropriata traiettoria dell'impianto, cioè una nuova posizione rispetto al primo foro pilota oppure il protesista può decidere di utilizzare un altro moncone più consono al caso.

Una volta che si sono decise la giusta posizione e traiettoria del foro pilota l'osteotomia è completata, l'impianto viene inserito (fig. 12) e si procede alla chiusura del sito.

Giunto il momento dell'esposizione dell'impianto, l'apertura di un lembo rappresenta il miglior approccio per il posizionamento del moncone nelle zone estetiche; utilizzando un mucotomo, opportunamente calibrato, negli altri casi.

La connessione conometrica assicura di inserire il moncone con la massima tranquillità nella predeterminata posizione e con la giusta angolazione e assicura inoltre che la procedura protesica possa svolgersi senza complicazioni.

È indiscutibilmente vantaggioso posizionare il moncone definitivo immediatamente dopo la riesposizione dell'impianto (figg. 13, 14) perché, operando in tal modo, si provvede ad un eccellente adattamento della mucosa attorno al moncone, non dovendo essere più rimosso nelle successive fasi protesiche; perché il moncone è immediatamente disponibile per il protesista che può procedere immediatamente al confezionamento della protesi provvisoria e poi alla protesizzazione definitiva; perché, in fine ma primo per importanza, si può utilizzare una tecnica protesica diretta convenzionale, dove per convenzionale si intenda "identica a quella su elementi naturali".



Fig. 13 - Moncone dopo la riapertura



Fig. 14 - Vista orale

In tutti quei casi in cui è necessario modificare il moncone per ottenere lo spazio per la ricostruzione protesica, si procede alla rimodellazione del moncone (preparazione di una spalla, correzione del parallelismo, riduzione della lunghezza, ecc.) che può essere effettuata liberamente, avendo l'accortezza di eseguirla, prima del bloccaggio definitivo, al di fuori della bocca utilizzando un manico per monconi (figg. 15, 16) apposito ed una fresa capace di lavorare il titanio.



Fig. 15, 16 - Strumento per la lavorazione del moncone



Fig. 16

I ritocchi finali possono essere apportati anche in bocca, utilizzando un'abbondante irrigazione, dopo aver inserito definitivamente il moncone nell'impianto. Si può creare il moncone così come si vuole: è il protesista a decidere il margine di chiusura, l'angolazione ed il profilo d'emergenza ottimali, a realizzare la forma utile per una funzione ed un'estetica ottimali.

È vantaggioso utilizzare il moncone più largo possibile per ottenere un più ampio profilo di emergenza attraverso il tessuto molle e quindi una ricostruzione esteticamente più naturale. Uno dei vantaggi dei sistemi a connessione conometrica è infatti quello di svincolare il diametro del moncone dal diametro dell'impianto (concetto del "platform switching"). Da ciò consegue che, in regioni dove le limitazioni anatomiche impongono l'utilizzo di un impianto di diametro ridotto, si possa comunque inserire un moncone con una più ampia base protesica.

Si raccomanda di attendere un periodo congruo, utilizzando una protesi provvisoria, per ottenere la guarigione della mucosa.

Per facilitare l'accuratezza della chiusura marginale della corona, si può ricorrere ad un rimodellamento del moncone prima della presa di impronta, a guarigione mucosa avvenuta.

Nella presa di impronta si procede nello stesso modo della protesi convenzionale, cioè il medesimo utilizzato per le corone e i ponti sostenuti da elementi naturali (fig. 17).

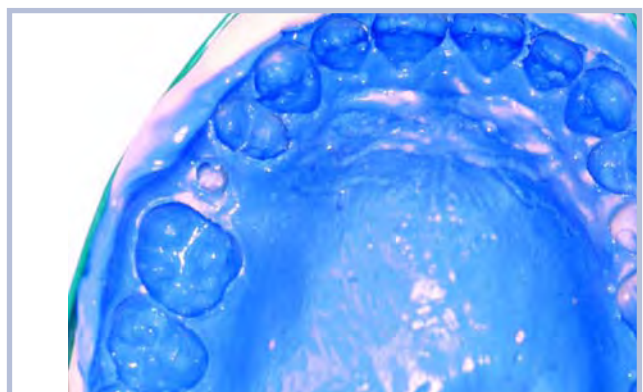


Fig. 17 - Presa dell'impronta

Di conseguenza anche le procedure di laboratorio per confezionare la protesi su questi impianti non si discostano per nulla da quelle normalmente utilizzate per la protesi convenzionale su denti naturali. La tecnica di laboratorio non si discosta minimamente dalla tecnica abituale (figg. 18, 19).

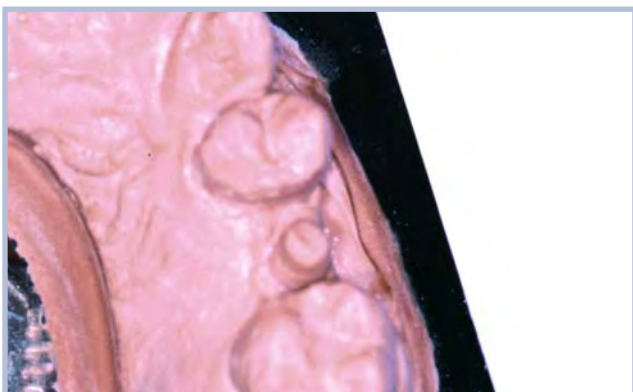


Fig. 18 - Modello di laboratorio



Fig. 19 - Modello di laboratorio

Il numero esiguo di passaggi riduce la possibilità di errore e rende più facilmente prevedibile il risultato. È consigliabile fare una prova della fusione prima di procedere con l'apposizione del rivestimento estetico per assicurarsi dell'inserimento passivo della protesi. Si effettua una registrazione oclusale e si provvede a prendere un'impronta di posizione per ottenere un modello accurato dei tessuti molli.

Completato il rivestimento estetico (fig. 20) la corona viene cementata in modo tradizionale, utilizzando una minima quantità di cemento per evitare tensioni (fig. 21). Il posizionamento e la cementazione delle corone e dei ponti su questi monconi richiede la stessa tecnica utilizzata per le stesse operazioni su monconi naturali.



Fig. 20 - Manufatto protesico pronto per la consegna



Fig. 21 - Corona posizionata in bocca

È da preferirsi l'utilizzo di un cemento temporaneo. Quando il laboratorio consegna la corona, basta cementarla, senza bisogno di transfer, cappette, viti e strumenti speciali.

Conclusioni

In ultima analisi si può riconoscere al sistema implantologico Leone, con connessione conometrica Exacone™, il raggiungimento dell'obiettivo di aver reso l'implantologia semplice, prevedibile e gratificante non solo per gli operatori che la mettono in atto, ma anche, soprattutto, per i pazienti.

La procedura esposta consente ai professionisti di offrire prestazioni sempre più avanzate, clinicamente soddisfacenti e di sicuro successo.

Il chirurgo ha la posizione, l'angolazione e l'inclinazione alle quali è necessario che vengano posizionati gli impianti.

Il protesista ha la disponibilità di un metodo di lavoro che gli garantisce un risultato funzionale ed estetico accettabili e ancor più la certezza della prevedibilità del risultato.

L'odontotecnico ha la possibilità di applicare al meglio le conoscenze tecniche acquisite con la realizzazione di manufatti protesici su elementi naturali.

Il paziente è soddisfatto per essersi fatto riabilitare la bocca con tanta semplicità e con un impegno economico contenuto.

Dall'esperienza estremamente soddisfacente, derivata dall'utilizzo delle procedure implantologiche fin qui esposte e dall'impiego di alcune centinaia di impianti con connessione conometrica, ci viene confermata la certezza di aver fornito ai nostri pazienti le migliori soluzioni protesiche possibili su impianti per funzionalità, estetica e prevedibilità di risultati.

Bibliografia

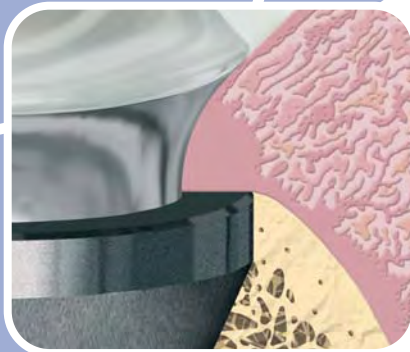
- Ciuffini G. Conferenza introduttiva Corso Implantologia. Roma 1986
- Norman J. Shepherd D.M.D. Affordable implant prosthetics using a screwless implant system. JADA. Continuing Education.
- Park N. Implant now simpler. Nobel Biocare Update 1997
- Brånemark P.I.; Hansson B.O.; Adell R. Osseointegrated implants in the treatment of the edentulous jaw. Experience from a 10-year period. Scand J Plast Resonstr Surg 1977
- Walton J.N.; Gardner F.M.; Agar J.R. A survey of crown and fixed partial dentures: length of service and reasons for replacement. J Prosthetic Dnt 1986
- Misch C.E. Principles for cement retained fixed implant prosthodontics in contemporary implant dentistry. St Louis Mosby 1993
- Norman J. Shepherd D.M.D. Conferenza introduttiva. Roma 1996
- Chapman R.J. D.M.D.; Grippo W. D.D.S. L'attacco conico di fissaggio per pilastri implantari: impiego e affidabilità.
- De Felice G. A proposito di connessione impianto-moncone. Il Dentista Moderno. Maggio 1998
- Rocchetti B.; Valocchi M.; Pruscini S.; Galassi F. Riabilitazione occlusale implantologica: uso di moderne metodiche strumentali di monitoraggio. Atti XV Congresso Nazionale A.N.I.O. 1994
- C. Mangano, F. Mangano, S. Montini, Connessione moncone-impianto Dental Cadmos 9/2204
- L. Targetti, R. Meli, H. Esquiaga Soluzioni per il condizionamento dei tessuti molli perimplantari Quintessenza Internazionale 2005; 1
- S. Belcastro, B. Cerquiglini, N. Staffolani, M. Guerra Tecnica chirurgica mono e bifasica: basi scientifiche ed applicazioni cliniche Quintessenza Internazionale 2005; 4

Realizzazioni protesiche

Laboratorio odontotecnico Eurotecnodental di Fazzini G. e L. - Monsampolo (AP)

SISTEMA
IMPLANTARE

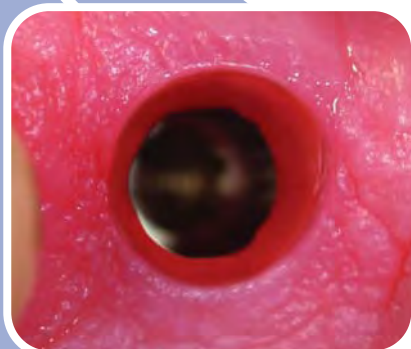
~~EX~~ACO



Platform switching

La geometria "platform switching" del tratto transmucoso incrementa il tessuto molle connettivo in altezza e in volume, sigillando e proteggendo l'osso marginale.^[1]

L'esclusiva **connessione EXACONE™*** assicura l'assenza di micromovimenti e di infiltrazioni, migliorando la salute dei tessuti molli.



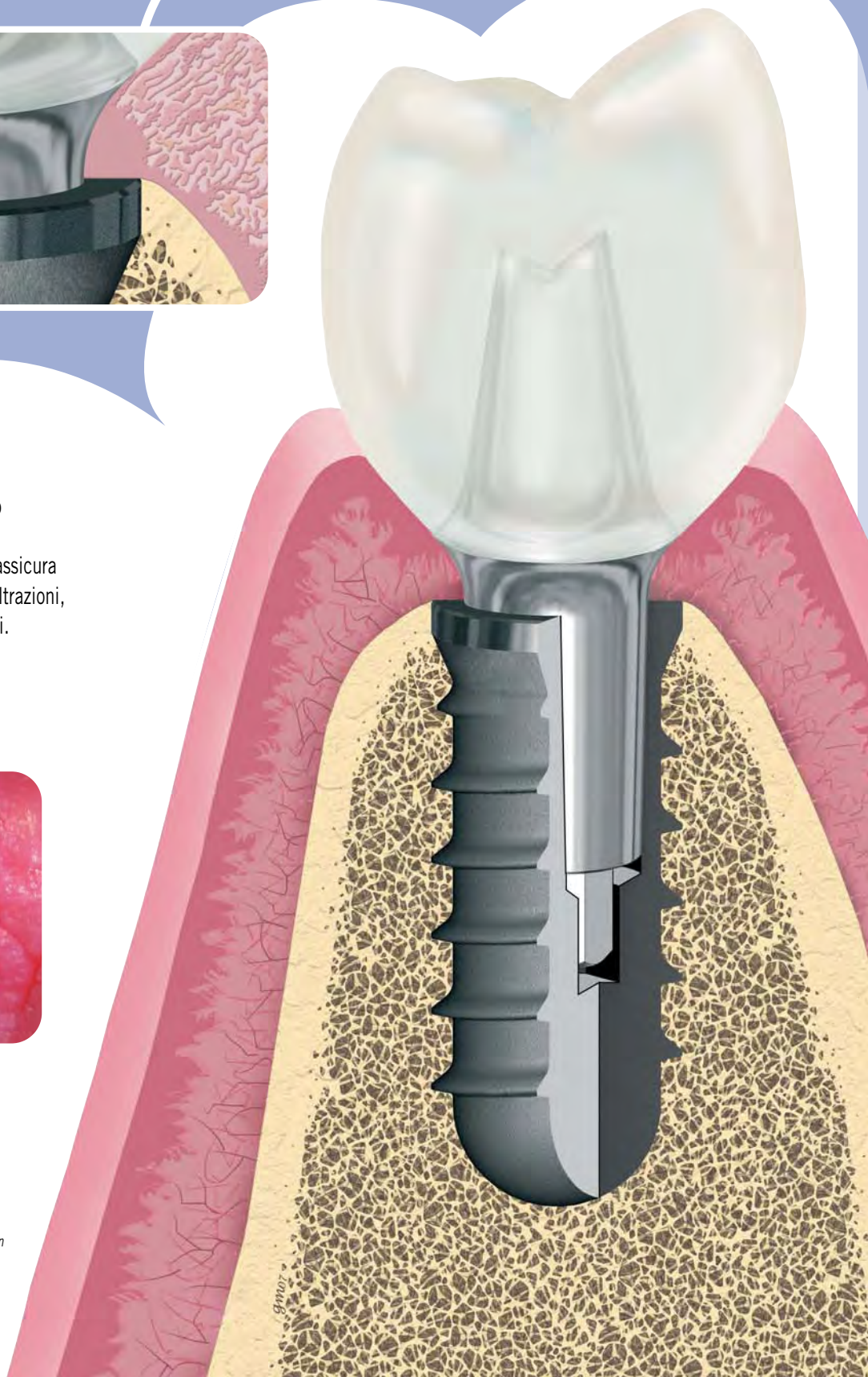
^[1] Soluzioni per il condizionamento dei tessuti molli perimplantari.

Dr. Leonardo Targetti, Dr. Roberto Meli, Dr. Hugo Esquiaga.
Quintessenza Internazionale 2004: 1: 65-75

^[2] Connessioni moncone-impianto. Biologia e biomeccanica.

Prof. Carlo Mangano, Dr. Francesco Mangano, Dr. S. Montini.
Dental Cadmos, Settembre 2004

^[3] Effect of Titanium Surface Roughness on Human Osteoblast Proliferation and Gene Expression in Vitro. Dr. Salvatore Belcastro, Dr. Mario Guerra, Dr.ssa Lorella Marinucci, Dr.ssa Stefania Balloni, Prof. Enrico Becchetti, Dr. Mario Calvitti, Dr.ssa Cinzia Lilli, Dr. Edoardo Maria Calvi, Prof.ssa Paola Locci. The International Journal of Oral & Maxillofacial Implants, Vol. 21, No 5, 2006



ONE™



Connessione EXACONE™*

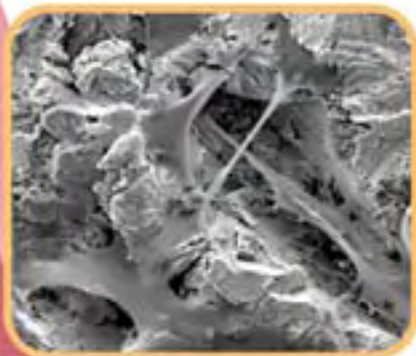
Il sistema di connessione **EXACONE™***, grazie alla proprietà autobloccante del cono Morse[®] e alla resistenza torsionale dell'esagono interno, garantisce:

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



Superficie HRS™

La **superficie HRS™** (High Rutile Surface) si ottiene con un esclusivo processo di sabbiatura che, oltre a determinare una rugosità superficiale differenziata tra colletto, $R_a = 0,5 \mu\text{m}$ e corpo dell'impianto, $R_a = 2,5 \mu\text{m}$, aumenta la presenza di rutilo (ossido di titanio) disponibile. Il risultato è una superficie estremamente favorevole[®] al coagulo ed alla successiva osteointegrazione con una notevole riduzione dei tempi di guarigione.



Inserimento di un impianto post-estrattivo con G.B.R.

Dr. Marino Miccini

Responsabile del Servizio di Chirurgia Orale dell'Ospedale di Tolentino (MC) e della Casa di Cura Villa Pini di Civitanova Marche (MC)
Libero professionista a Montesilvano (PE)

Paziente di sesso femminile di anni 50.

Si esegue l'estrazione dell'elemento 21 (fig. 1) e successivamente la toilette chirurgica del sito post-estrattivo (fig. 2).

Si inserisce un impianto e si evidenzia un'ampia fenestrazione della parete vestibolare (fig. 3).

Durante la preparazione del sito implantare si recuperano dei microchips di osso autologo (fig. 4).

Si riempie la fenestrazione vestibolare con l'osso autologo particolato (fig. 5).

Al di sopra dei microchips di osso si posiziona una membrana riassorbibile vincolandola al tappo di chiusura dell'impianto (fig. 6).

Si applicano punti di sutura a materassaio e punti staccati (fig. 7).

A distanza di 6 mesi dall'inserimento dell'impianto viene applicata la corona definitiva (fig. 8).

Parole chiave

edentulia singola, zona estetica, post-estrattivo immediato, due fasi, G.B.R.

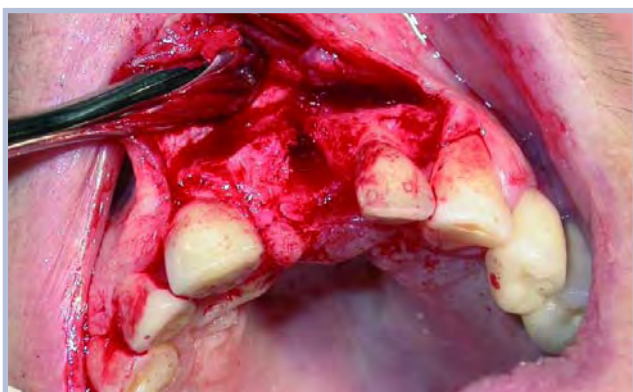


Fig. 1

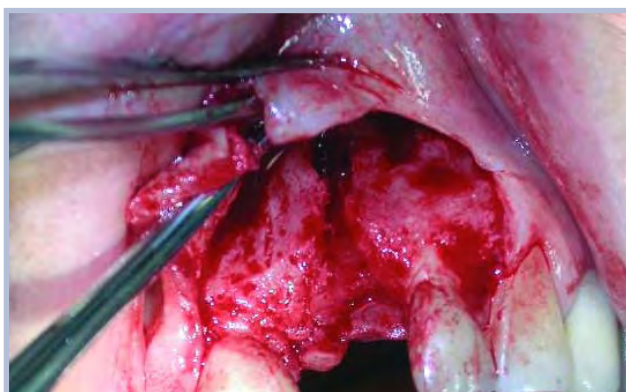


Fig. 2



Fig. 3

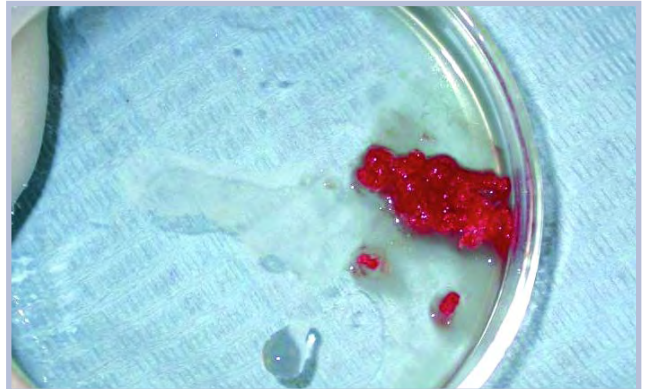


Fig. 4



Fig. 5

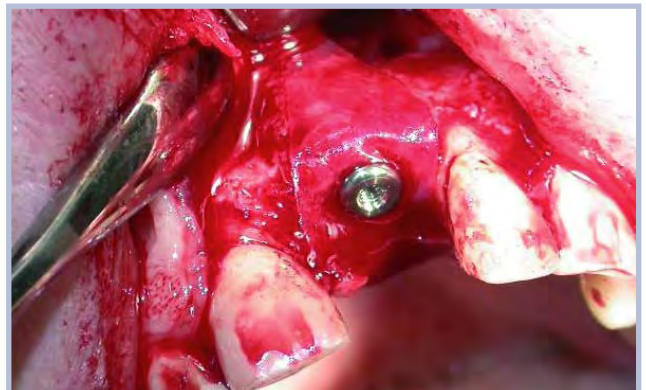


Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

Realizzazioni protesiche

Laboratorio odontotecnico Ceramodent di Paolo Morbiato e C. - Padova

2^o CONGRESSO EXACONE™



® ISO
ISTITUTO
STUDI
ODONTOIATRICI

Sede dei lavori
ISO Istituto Studi Odontoiatrici
"Aula Magna Marco Pozzi"
Via Ponte a Quaracchi, 48
50019 Sesto Fiorentino (FI)

Per informazioni ed iscrizioni:
Segreteria ISO
Tel. 055.30.44.58
Fax 055.30.44.55
e-mail: iso@leone.it
www.leone.it

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

Influenza del micro e macro design implantare sui tessuti di sostegno

Relatori

Introduzione ai lavori del

Dr. Leonardo Targetti

Dr. Dietmar Weng

Dr. Salvatore Belcastro

Dr. Salvatore Dettori

Firenze

28 settembre 2007

Crediti E.C.M. richiesti

Dr. Dietmar Weng

Il Dr. Dietmar Weng si è laureato all'università di Marburg, Germania, nel 1993. Nei successivi tre anni ha avuto l'incarico di assistente presso il reparto di Protesi all'Università di Freiburg. Dal 1996 al 1998 ha lavorato come "Visiting Assistant Professor" dell'Università di Houston Texas, presso il Dipartimento di Endodonzia e Parodontologia occupandosi di una vasta ricerca sugli impianti dentali e sui biomateriali. Dal 1999 al 2004 è stato Professore Associato all'Università di Würzburg, nel reparto di Protesi. Dal 1999 è istruttore clinico all'Università di Houston presso il reparto di Endodonzia e di Parodontologia. Oltre agli apparecchi protesici convenzionali e alle riabilitazioni estetiche, i suoi studi e le sue ricerche si sono focalizzati soprattutto sugli aspetti chirurgici e protesici della implanto-protesi e sulla gestione dei tessuti molli, di cui riferisce in conferenze e corsi. Autore di pubblicazioni a livello nazionale ed internazionale, il Dr. Weng è membro di molte società scientifiche ed è autore accreditato della rivista "Implantologie", edita da Quintessence. Specializzato in parodontologia ed implantologia, dal 2004 pratica la libera professione a Starnberg, Germania.



Dr. Salvatore Belcastro

Laureato con lode in Odontoiatria e Protesi Dentaria, da circa 10 anni frequenta la Cattedra di Chirurgia Speciale Odontostomatologica dell'Università di Perugia diretta dal Prof. Nicola Staffolani contribuendo attivamente alla ricerca scientifica ed all'attività didattica. Segue numerosi programmi di ricerca tra cui uno in collaborazione con il CNR per lo studio dei fattori di crescita e dei biomateriali in rigenerazione tissutale guidata. Ha partecipato a numerosi congressi italiani e stranieri come relatore di comunicazioni su lavori originali. Ha partecipato ai corsi di base ed avanzati di implantologia osteointegrata secondo Brånemark. Dal 1993 svolge attività didattica come Professore a contratto presso l'Università di Perugia tenendo corsi di implantologia osteointegrata. Ha pubblicato su autorevoli riviste italiane e straniere circa 60 lavori inerenti il campo della biocompatibilità dei metalli utilizzati in ortodonzia, la rigenerazione tissutale guidata e l'osteointegrazione. È socio di diverse società scientifiche tra cui l'AO e l'EAO.



Dr. Salvatore Dettori

Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Sassari nel 1982 con tesi di laurea sperimentale sullo spettro d'azione e sui dosaggi terapeutici della piperacillina. Nel 1986 si specializza in Odontostomatologia nella stessa Università. Dal 1983 svolge l'attività di libero professionista presso il suo studio di Sorso in provincia di Sassari, con particolare attenzione alla chirurgia implantare ed alla riabilitazione gnatologica su impianti. Per la sua formazione ha frequentato numerosi corsi di perfezionamento presso il centro studi del Prof. Pietro Bracco dell'Università di Torino, del Prof. Alberto Cervera di Madrid, del Prof. Federico V. Tenti della scuola di Cagliari e presso la scuola del Prof. Pedro Planas di Barcellona. Presidente uscente dell'Associazione Italiana Pedro Planas (AIPP), della quale è attualmente responsabile culturale, ha tenuto numerosi corsi per società scientifiche ad indirizzo ortognatologico ed implantoprotesico. Coautore del testo "Evoluzione del rapporto dinamico-funzionale tra occlusione e ATM" (Mercurio Editore, novembre 2001).



Dr. Leonardo Targetti

Laureato in Medicina e Chirurgia nel 1979 presso l'Università degli Studi di Firenze con una tesi in Chirurgia Addominale. Dal 1980 svolge l'attività di libero professionista in Odontoiatria e contemporaneamente frequenta lo studio di riabilitazioni orali e implanto-protesi del Prof. Gastone Huober di Firenze. Dal 1981 si occupa di implanto-protesi nel suo studio frequentando vari corsi di perfezionamento in Italia e all'estero, riguardanti le branche di chirurgia orale, parodontale e implantare. Ha tenuto numerosi corsi e conferenze per Società Scientifiche ed Associazioni Culturali. Ha tenuto, inoltre, lezioni presso l'Università degli Studi di Firenze, di Pisa, di Siena e di Roma. Ha collaborazioni chirurgiche con numerosi studi in Italia, ed è autore di pubblicazioni scientifiche su riviste italiane e internazionali. Svolge l'attività di libero professionista in Firenze.



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

SCHEDA DI ISCRIZIONE

2° CONGRESSO EXACONE™

FIRENZE - 28 SETTEMBRE 2007

ISO®
ISTITUTO
STUDI
ODONTOIATRICI

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____

C.A.P. _____ Città _____ Tel. _____

Tel. Cell. _____ C.F. _____ (obbligatorio)

P.IVA _____ E-mail _____

Luogo e data di nascita _____ (obbligatorio)

Data _____ Firma _____

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

Opzioni terapeutiche implanto-protesiche nel paziente edentulo: protesi tipo Toronto Bridge cementata

Dr. Salvatore Belcastro, Dr. Fesal El Zoobi, Dr. Leonardo Palazzo, Dr. Mario Guerra

Servizio di Odontoiatria, Ospedale Civile di Gubbio

Resp. Dr. Mario Guerra

Parole chiave

edentulia totale, due fasi, overdenture, protesi fissa, Toronto Bridge

Attualmente l'implantologia osteointegrata è una branca dell'odontoiatria, che riscuote successi anche e soprattutto nei pazienti edentuli, risolvendo situazioni altrimenti impensabili con protesi totali rimovibili convenzionali.

Lo stato dell'edentulo totale comporta delle conseguenze anatomo-funzionali ed estetiche. La perdita degli elementi dentali viene inevitabilmente seguita dalla perdita più o meno grave dei tessuti di sostegno degli elementi dentali stessi, osso alveolare e gengiva aderente. Nel mascellare superiore si ha un riassorbimento osseo prevalentemente centripeto con inizio a livello della corticale alveolare vestibolare,

mentre in quello inferiore il riassorbimento è prevalentemente di tipo centrifugo con interessamento primario dalla corticale alveolare linguale; tutto ciò determina una tendenza alla terza classe scheletrica aggravata dall'ante-rotazione mandibolare come conseguenza della perdita di dimensione verticale scheletrica.

La perdita degli elementi dentali e la conseguente perdita in altezza dell'osso alveolare determina infatti una diminuzione della dimensione verticale scheletrica. Sul piano frontale si configura spesso una inversione del morso con tendenza al morso crociato bilaterale (figg. 1, 2).

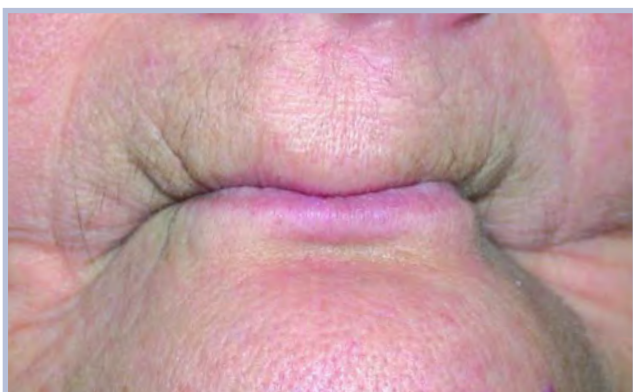


Fig. 1



Fig. 2

Molto importante risulta perciò la fase diagnostica per la formulazione di un piano di trattamento accurato, che tenga conto di tutti quegli elementi che potranno condizionare il successo del manufatto implanto-protetico. Nell'esame extra-orale bisogna valutare simmetria e profilo facciale, dimensione verticale, classe scheletrica, morfologia e sostegno delle labbra, linea del sorriso. Bisogna poi fare particolare attenzione all'esame psicologico del paziente; quali sono le richieste, le aspettative e individuare i bisogni estetici e/o funzionali del paziente, ricordando che richieste estetiche eccessive possono limitare l'indicazione agli impianti. La valutazione estetica comprende: linea del sorriso, forma e rapporti tra le arcate, grado di atrofia, quantità e qualità dei tessuti molli, sostegno delle labbra. Ci sono infatti delle situazioni e segnali estetici che mettono in "allarme" il professionista, in quanto condizioni particolari (giovane età, regione frontale, linea del sorriso alta, elevato riassorbimento tissutale; pazienti portatori di protesi totali rimovibili) e aspettative irrealizzabili controindicano la scelta terapeutica. L'iter diagnostico prevede la *costruzione di modelli di studio e montaggio su articolatore*, per valutare i rapporti tra le arcate nei tre piani dello spazio e lo spazio disponibile per la protesi. Essenziale è la *diagnostica per immagine* (Rx endorale, Rx ortopantomica, teleradiografia latero-laterale, TC Dentascan®), e la registrazione fotografica del caso dalla situazione iniziale fino, se possibile, a tutti quei passaggi che portano alla conclusione del trattamento implanto-protetico. Grazie a queste informazioni si può costruire il progetto implanto-protetico, indispensabile guida per il posizionamento implantare e per le successive fasi protesiche (fig. 3).



Fig. 3

Gli obiettivi della riabilitazione protesica sono la sostituzione dei tessuti persi, in modo da restituire al paziente una adeguata funzionalità in un contesto armonico con un'estetica il più vicino possibile a quella naturale.

Nell'edentulismo totale nella stragrande maggioranza dei casi i tessuti persi non sono soltanto gli elementi dentali, bensì anche la gengiva aderente e la mucosa alveolare, l'osso alveolare e basale.



Fig. 4

Opzioni terapeutiche

Quando si è stabilito che non ci sono controindicazioni, il paziente può essere candidato alla terapia implantare.

A questo punto si deve scegliere insieme ad esso la terapia adeguata alle sue esigenze (fig. 4) (estetiche, psicologiche, funzionali, socio-economiche) e al substrato che il clinico si trova di fronte (quantità e qualità ossea, forma delle arcate, rapporti intermascellari, sostegno delle labbra e linea del sorriso).

Si distinguono generalmente tre grosse famiglie di riabilitazioni protesiche a supporto implantare: protesi fissa su impianti, protesi rimovibile su impianti e protesi fissa tipo Toronto Bridge.

Protesi fissa su impianti



Fig. 5

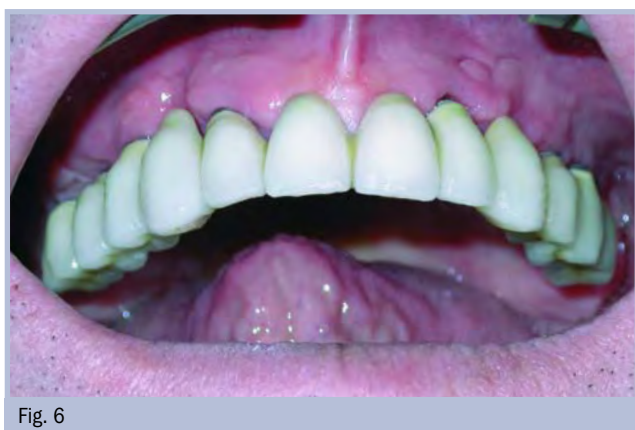


Fig. 6

Le indicazioni per la protesi fissa (figg. 5, 6) su impianti sono:

- una 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-sinusal.

Tra i vantaggi della protesi fissa su impianti ritroviamo:

- un'estetica spesso soddisfacente;
- ottimi risultati funzionali e psicologici.

Tra gli 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.

Protesi rimovibile su impianti

Le indicazioni alla protesi rimovibile sono numerose:

- cresta ossea fortemente riassorbita;
- alterati rapporti tra le arcate;
- numero di impianti insufficienti per la protesi fissa;
- elevate esigenze estetiche;
- limitato impegno economico;
- rifiuto per la protesi fissa.

Sicuramente, l'ottimo recupero estetico, la possibilità di risolvere discrepanze tra le arcate e l'aspetto economico, sono i vantaggi che più spesso portano ad una tale scelta terapeutica.

Diverse sono le tipologie di protesi rimovibile che si possono attuare sugli impianti, ne citiamo solo alcune.

Protesi rimovibile su attacchi singoli (figg. 7, 8).



Fig. 7



Fig. 8

Protesi rimovibile su barra di Dolder (figg. 9, 10, 11).

Protesi rimovibile su barra fresata (figg. 12, 13).



Fig. 9

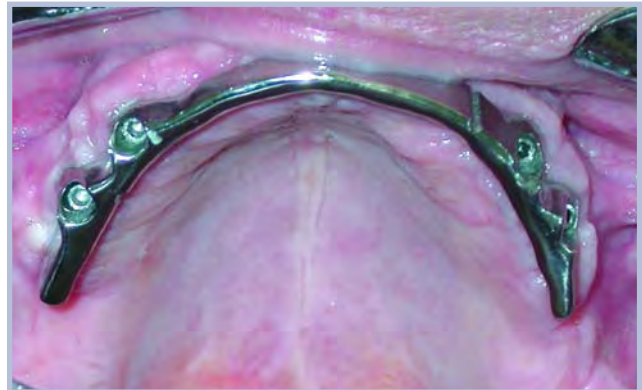


Fig. 12

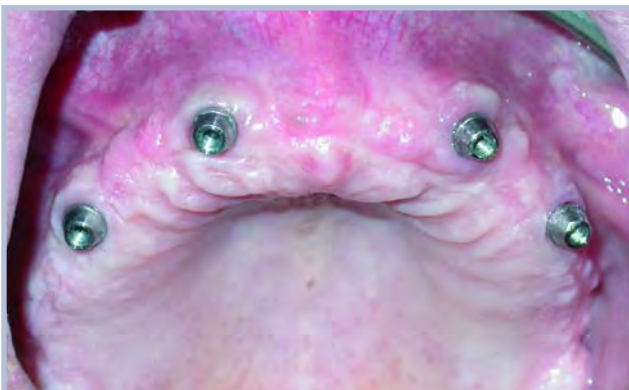


Fig. 10



Fig. 13



Fig. 11

Protesi fissa tipo "Toronto Bridge"

Esistono svariate situazioni cliniche intermedie, difficilmente schematizzabili, in cui il substrato biologico e le esigenze del paziente sono intermedie tra quelle che potrebbero rappresentare le indicazioni alla protesi fissa su impianti e quelle che farebbero propendere per la scelta di una protesi rimovibile su impianti. Si tratta di situazioni caratterizzate da un moderato grado di atrofia associate ad un discreto mantenimento dei normali rapporti intermascellari sul piano frontale, verticale ed antero-posteriore. In queste situazioni spesso c'è la possibilità, soprattutto nell'arcata inferiore, di inserire gli impianti solo nelle regioni anteriori; ancora più spesso la disposizione degli impianti, per motivi vari, non può seguire l'emergenza degli elementi protesici. Alle condizioni del substrato biologico ridotto molto spesso si associano le richieste del paziente per una protesi fissa. In situazioni del genere la convenzionale protesi fissa su impianti potrebbe creare importanti problematiche sia di carattere estetico (mancata corrispondenza tra l'emergenza implantare e quella protesica, denti lunghi, profilo parodontale piatto con assenza di papille, ecc.) che di tipo funzionale (problematiche fonetiche).

La riabilitazione implanto-protetica tipo Toronto Bridge può risolvere nella maggior parte dei casi situazioni come quelle appena elencate.

La protesi di Toronto classica è stata proposta ormai da più di 40 anni e nasceva come sovrastruttura protetica avvitata su un numero di impianti variabile da 4 a 6 posizionati in zona mentoniera o mascellare anteriore. Per estendere il tavolo occlusale il più possibile distalmente venivano inseriti dei cantilever la cui estensione dipendeva da numerose variabili tra cui il numero e la disposizione degli impianti, la distanza tra di essi, il tipo di arcata antagonista ecc. La differenza principale rispetto ad una protesi fissa su impianti è che la protesi di Toronto prevedeva e prevede tuttora anche la sostituzione protesica dei tessuti molli. Altra differenza sostanziale è che la disposizione implantare non deve necessariamente corrispondere all'emergenza degli elementi dentali ma deve cercare di sfruttare al massimo l'osso disponibile.

Nel corso degli anni la protesi di Toronto è stata utilizzata nella sua veste originaria, variamente adattata alle diverse sistematiche implantari, in alcuni casi sostanzialmente modificata per quanto riguarda i

materiali (ceramica al posto della resina) ma ha conservato due elementi costitutivi essenziali rappresentati dalla tipologia avvitata e dal fatto che venivano comunque sostituiti anche i tessuti molli.

In situazioni caratterizzate da un elevato grado di atrofia la protesi tipo Toronto Bridge può offrire diversi vantaggi. C'è la possibilità di recuperare discrepanze scheletriche marcate sia verticali che antero-posteriori senza dover ricorrere alla protesi rimovibile. L'estetica inoltre è spesso migliore rispetto a quella ottenibile con la protesi fissa grazie alla sostituzione dei tessuti molli.

A fronte dei suddetti vantaggi, spesso possono esserci alcuni aspetti negativi, legati in genere ad una errata esecuzione tecnica del manufatto, rappresentati dalla difficoltà nelle manovre di igiene orale e dalle problematiche fonetiche soprattutto per le riabilitazioni nell'arcata superiore.

Indubbiamente il motivo principale per cui tale tipo di riabilitazione non sempre riscuote consensi da parte dei protesisti è rappresentato dal fatto che si tratta di una protesi di tipo avvitata, in controtendenza al sempre maggior utilizzo di protesi cementata. Senza addentrarci nell'ambito delle problematiche che portano alla scelta di una riabilitazione protesica di tipo avvitata o cementata ci limitiamo soltanto a ricordare le maggiori difficoltà tecniche nella realizzazione di sovrastrutture avvitate (difficile ottenimento del fitting a livello di tutti gli impianti) ed il sempre presente rischio di cedimento delle viti di fissaggio per svitamento o frattura. Indubbiamente la tipologia cementata consente una più agevole ricerca del fitting per una buona passivazione della struttura; i limiti di tale approccio sono legati alle capacità ritenive 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 struttura in senso verticale che potrebbe condizionare l'altezza e quindi le capacità ritenive dei monconi stessi.

Nella nostra esperienza clinica abbiamo adottato integralmente il concetto della cementazione delle sovrastrutture protetiche esteso anche a riabilitazioni tipo Toronto Bridge.

A titolo esemplificativo si illustra un caso di edentulia superiore trattata mediante l'inserimento di 6 impianti e successivamente finalizzata con una protesi tipo Toronto Bridge cementata.

Caso clinico

Si tratta di una paziente di sesso femminile con edentulia totale a carico dell'arcata superiore (figg. 14, 15, 16). L'esame ortopantomorico (fig. 17) metteva in evidenza una discreta quantità di osso disponibile nel settore mascellare anteriore per cui si decideva per l'inserimento di 6 impianti. Lo scarso spessore vestibolo orale dell'osso residuo richiedeva tecniche espansive per l'inserimento degli impianti (fig. 18), tutti di diametro 3,3 mm. L'esame ortopantomorico (fig. 19), eseguito a 6 mesi dal posizionamento implantare, metteva in evidenza l'integrazione degli impianti confermata clinicamente al momento della seconda fase chirurgica (figg. 20, 21). Le successive procedure protesiche hanno portato all'allestimento di un manufatto tipo Toronto Bridge da cementare sui monconi fresati al parallelometro (figg. 22, 23, 24, 25). Sono stati utilizzati denti di resina in commercio ed il rivestimento gengivale è stato effettuato con la comune resina rosa per protesi rimovibili. Due aspetti importanti da sottolineare sono rappresentati dalla robustezza della travata metallica in corrispondenza del cantilever e dall'estrema cura nella rifinitura e lucidatura a specchio delle zone protesiche iuxtagengivali. Al momento della consegna i tessuti molli presentavano un buon grado di maturazione nonostante fossero trascorse solo due settimane dalla seconda fase chirurgica (figg. 26, 27, 28). Il sorriso della paziente e l'estetica (figg. 29, 30) sono sovrapponibili a quelli ottenibili con una protesi totale rimovibile, il comfort e la funzione paragonabili a quelli di una protesi fissa su impianti.



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17

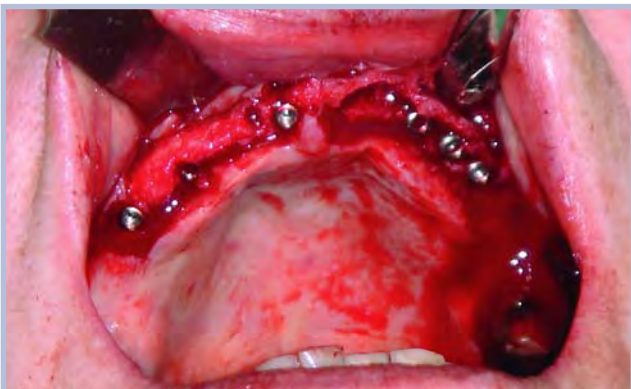


Fig. 18

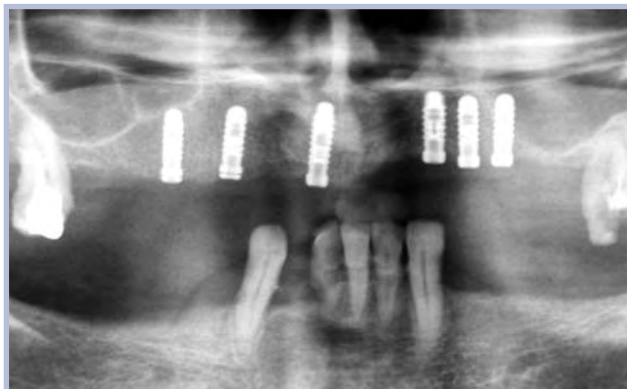


Fig. 19

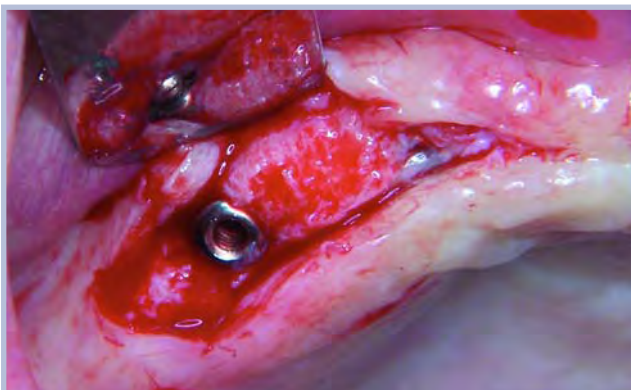


Fig. 20

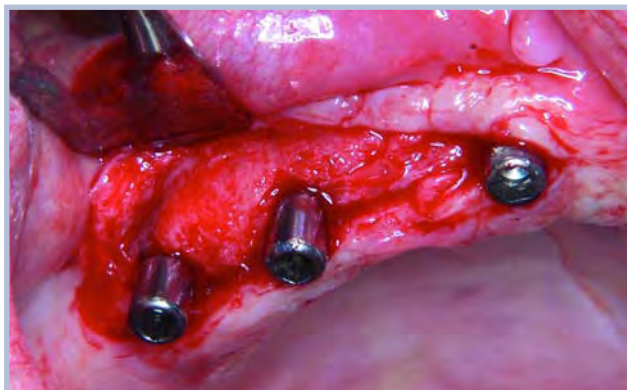


Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24



Fig. 25



Fig. 26



Fig. 27



Fig. 28



Fig. 29



Fig. 30

Realizzazioni protesiche

Laboratorio Peducci e Monni - Perugia



Corsi di **implantologia** *per medici, odontoiatri e tecnici*

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

Relatori: Dr. Mario Guerra, Dr. Salvatore Belcastro, Dr. Leonardo Palazzo

4-5 MAGGIO / 15-16 GIUGNO 2007

Roma

c/o Sede WILCOCS

clinico-pratico

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

Relatori: Dr. Leonardo Targetti

7-8 MAGGIO / 28-29 MAGGIO 2007

Firenze

c/o ISO

teorico-pratico

- **LA PROTESIZZAZIONE DI IMPIANTI EXACONE™ LEONE**

Relatore: Odt. Massimiliano Pisa

1 GIUGNO 2007

Firenze

c/o ISO

teorico-pratico

- **CORSO AVANZATO DI IMPLANTOPROTESI con intervento su paziente**

Relatore: Dr. Leonardo Targetti, Dr. Alberto Frezzato

14-15 GIUGNO 2007

Firenze

c/o ISO

clinico-teorico-pratico

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

Relatori: Dr. Leonardo Targetti

18-19 GIUGNO / 2-3 LUGLIO 2007

Firenze

c/o ISO

clinico-pratico

- **CORSO DI PROTESI SU IMPIANTI A CONNESSIONE CONOMETRICA**

Relatori: Dr. Bruno Rocchetti

22 GIUGNO 2007

Firenze

c/o ISO

clinico-pratico

- **I MONOIMPIANTI PER OVERDENTURE O-RING**

Relatore: Dr. Roberto Meli

25 GIUGNO 2007

Firenze

c/o ISO

clinico-pratico su manichino

- **LA PROTESIZZAZIONE DI IMPIANTI EXACONE™ LEONE**

Relatore: Odt. Massimiliano Pisa

6 LUGLIO 2007

Firenze

c/o ISO

teorico-pratico



• **CORSO DI IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA E DI IMPLANTOPROTESI**

Relatore: Dr. Salvatore Dettori

21-22 SETTEMBRE / 16-17 NOVEMBRE 2007

Sorso-SS

c/o Studio Dr. S. Dettori

clinico-pratico

• **LA PROTESIZZAZIONE DI IMPIANTI EXACONE™ LEONE**

Relatori: Odt. Massimiliano Pisa

21 SETTEMBRE 2007

Firenze

c/o ISO

teorico-pratico

• **CORSO DI IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA E DI IMPLANTOPROTESI**

Relatore: Dr. Leonardo Targetti

24-25 SETTEMBRE / 8-9 OTTOBRE 2007

Firenze

c/o ISO

clinico-pratico

• **CORSO AVANZATO DI IMPLANTOPROTESI con intervento su paziente**

Relatore: Dr. Leonardo Targetti, Dr. Alberto Frezzato

18-19 OTTOBRE 2007

Firenze

c/o ISO

clinico-teorico-pratico

• **CORSO DI IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA E DI IMPLANTOPROTESI**

Relatori: Dr. Mario Guerra, Dr. Salvatore Belcastro, Dr. Leonardo Palazzo

19-20 OTTOBRE / 23-24 NOVEMBRE 2007

Roma

c/o Sede WILOCS

clinico-pratico

• **I MONOIMPIANTI PER OVERDENTURE O-RING**

Relatori: Dr. Roberto Meli

23 OTTOBRE 2007

Firenze

c/o ISO

clinico-pratico su manichino

• **LA PROTESIZZAZIONE DI IMPIANTI EXACONE™ LEONE**

Relatore: Odt. Massimiliano Pisa

16 NOVEMBRE 2007

Firenze

c/o ISO

teorico-pratico

• **CORSO DI IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA E DI IMPLANTOPROTESI**

Relatore: Dr. Leonardo Targetti

19-20 NOVEMBRE / 17-18 DICEMBRE 2007

Firenze

c/o ISO

clinico-pratico

• **I MONOIMPIANTI PER OVERDENTURE O-RING**

Relatore: Dr. Roberto Meli

14 DICEMBRE 2007

Firenze

c/o ISO

clinico-pratico su manichino

Protocollo esecutivo per la realizzazione di una protesi telescopica su impianti Exacone™

Dr. Camillo Ubaldo Laici

Libero Professionista a Ripe San Ginesio (Mc)

Dr. Marco Messi Chirurgo Maxillo Facciale

Libero Professionista a Macerata

Paziente di sesso femminile di anni 48, affetta da parodontopatia cronica a lenta evoluzione in fase terminale. Dato che la paziente rifiuta la chirurgia ossea avanzata con prelievo di cresta iliaca per la ricostruzione dell'arcata superiore che presenta estrema atrofia ossea, si stabilisce un piano di trattamento che prevede terapia iniziale e splintaggio degli elementi residui dell'arcata inferiore; bonifica dell'arcata superiore; protesi totale immediata provvisoria. Successivamente sono stati inseriti sei impianti post estrattivi differiti di diametro 3.3 x 12 mm in posizione 11-12-13-21-22-23. Secondo la procedura a due tempi, il carico è stato effettuato a distanza di otto mesi ad avvenuta osteointegrazione. Scolpito il lembo a tutto spessore con scheletrizzazione ossea con l'aiuto di una dima chirurgica eseguita in base alla ceratura diagnostica, sono stati inseriti gli impianti, in due casi non è stato possibile mantenere il parallelismo degli stessi per l'esiguità dello spessore osseo. Riposizionato il lembo con sutura continua, la paziente è stata istruita a non sovraccaricare la zona con la protesi provvisoria debitamente scaricata. A distanza di circa sei mesi le sono stati inseriti i tappi di guarigione e la protesi sovrastante adeguatamente ribasata. Riguardo alla protesi definitiva si è optato per una protesi telescopica che ha vantaggi funzionali ed estetici notevoli per il fatto che la flangia vestibolare compensa la notevole atrofia centripeta nei tre piani dello spazio. L'impronta è stata rilevata con la tecnica a strappo (fig. 1) secondo il protocollo protesico degli impianti Exacone™. Dopo aver eseguito i corretti scudi gengivali, lo sviluppo del modello master viene eseguito con l'utilizzo di analoghi e l'impiego di gesso tipo IV con tecnica monofase (figg. 2, 3, 4). Ricavato il modello, si realizza una placca di registrazione oclusale in resina (figg. 5, 6, 7, 8) e si rileva la corretta dimensione verticale tramite la verifica del piano di Francoforte e prove fonetiche in armonia con le linee del sorriso. Il tutto viene perfezionato con l'esito di un arco facciale individuale per facilitare il trasferimento in articolatore. Con un progetto già stabilito siamo passati subito alla scelta dei monconi che saranno utilizzati per la realizzazione di telescopiche che ci garantiranno tenuta e stabilità secondo i concetti già espressi dal Dott. Dario Castellani. Dopo una prima fresatura dei monconi, con guida diagnostica si eseguono delle cappe di trasferimento di resina ed un porta impronta individuale. Dopo il posizionamento dei monconi primari e l'unione delle cappe di resina effettuata con la tecnica polvere e liquido, si verifica che tutto abbia corrispondenza direttamente in bocca alla paziente (figg. 9, 10, 11, 12, 13).

Poi si procede alla funzionalizzazione del porta impronta individuale e quindi alla rilevazione dell'impronta con un poliestere di buona stabilità (fig. 14). Le cappe di trasferimento rimangono nell'impronta, dove successivamente saranno riposizionati i pilastri e quindi la realizzazione delle parti secondarie e dello scheletrato (figg. 15, 16, 17, 18). Per la parte estetica si è utilizzato del composito da laboratorio del tipo "Signum Heraeus" per il gruppo anteriore da 13 a 23, posteriormente sono stati impiegati dei denti in commercio tipo "Premium Heraeus" (figg. 19, 20, 21).

Si completano la zeppatura e la realizzazione delle flange vestibolari con una resina acrilica.

La passivazione tra impianti e scheletrato è garantita da un cuscinetto di resina F.G.P. "Bredent" realizzato direttamente sul modello.

Conclusione: abbiamo optato per una protesi telescopica su impianti per gli evidenti vantaggi estetici e funzionali nei casi di grave atrofia ossea centripeta (figg. 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28).

Parole chiave

edentulia totale superiore, atrofia ossea, protesi telescopica, passivazione indiretta, estetica

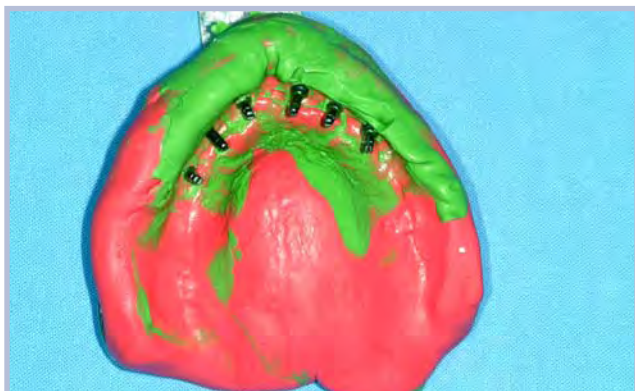


Fig. 1

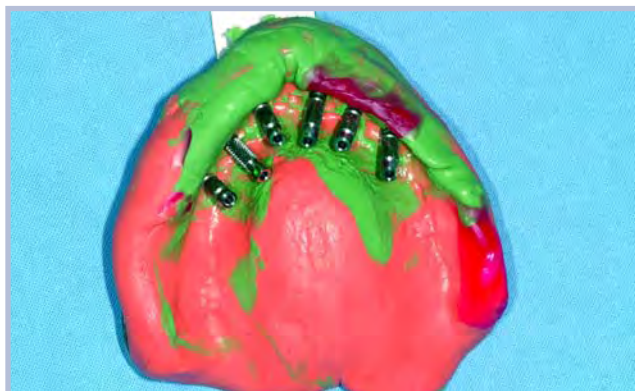


Fig. 2

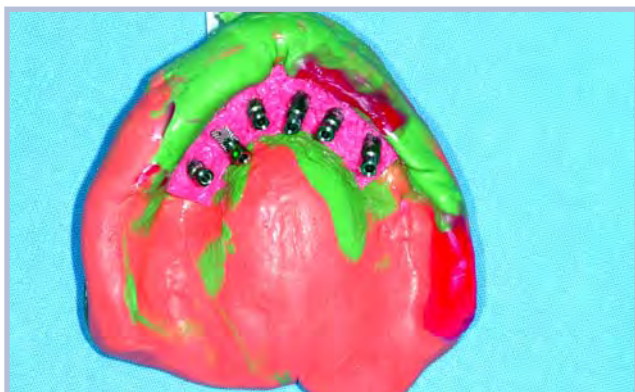


Fig. 3



Fig. 4

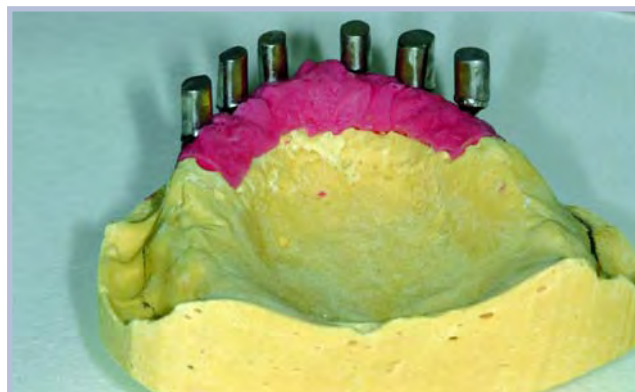


Fig. 5

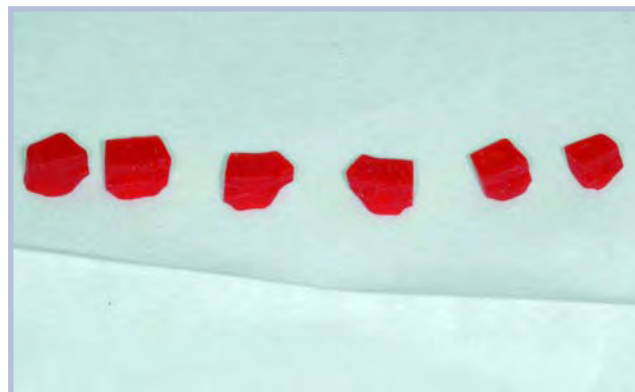


Fig. 6

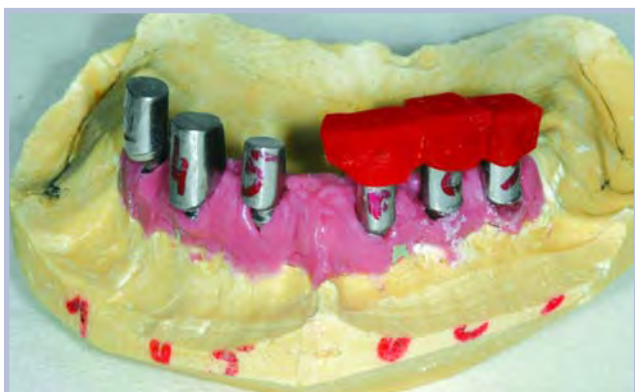


Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13

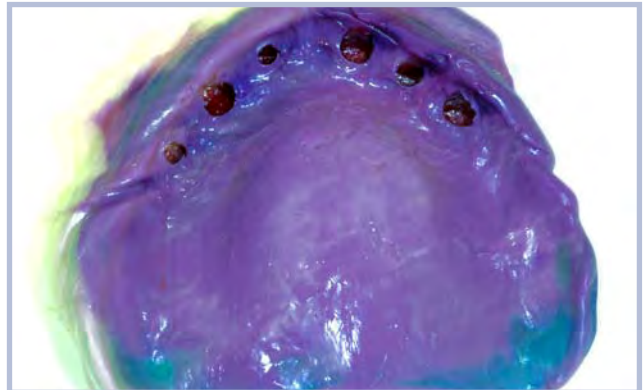


Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19

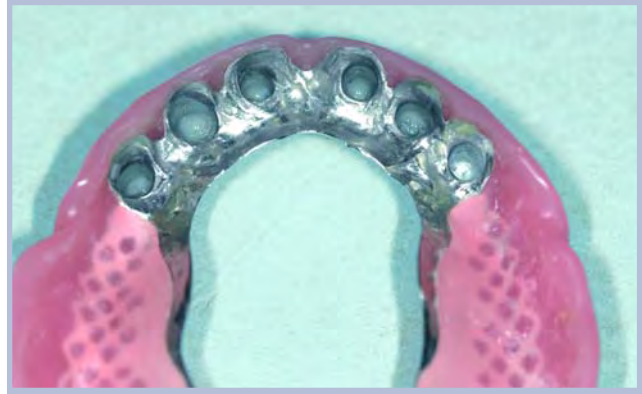


Fig. 20



Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24



Fig. 25



Fig. 26



Fig. 27



Fig. 28

Realizzazioni protesiche

Laboratorio Odontotecnico Claudio Santori, Tortoreto Lido (TE)



ISO[®]
ISTITUTO
STUDI
ODONTOIATRICI

Giornate propedeutiche di pratica implantologica su paziente

IMPLANTOLOGIA IN PRIMA FILA

*40 posti per assistere gratuitamente
ad interventi implantologici dal vivo*

Orari:

10,00 - inizio lavori
13,00 - light lunch
17,30 - termine lavori

Per informazioni ed iscrizioni:

Segreteria ISO
Tel. 055.304458 • Fax 055.304455
e-mail: iso@leone.it • www.leone.it

- **15 MAGGIO 2007**
Relatore: Dr. Leonardo Targetti
- **4 GIUGNO 2007**
Relatore: Dr. Roberto Meli
- **12 LUGLIO 2007**
Relatore: Dr. Roberto Meli
- **11 SETTEMBRE 2007**
Relatore: Dr. Leonardo Targetti
- **6 NOVEMBRE 2007**
Relatore: Dr. Leonardo Targetti

25 anni di successi

ISO[®]

ISTITUTO
STUDI
ODONTOIATRICI

Sede a Firenze..

Due piani per un totale di 1.000 mq
Aula Magna per 250 congressisti
Studio dentistico con telecamere
endo-extraorali collegate in rete
Laboratorio odontotecnico
completamente attrezzato
Aule polivalenti



Relatori..

Docenti di fama nazionale
ed internazionale mettono a
disposizione la loro esperienza
realizzando programmi
di grande professionalità



Professionalità..

Operiamo da 25 anni per divulgare
l'odontoiatria a livelli sempre più elevati
oltre 30.000 odontoiatri, odontotecnici
ed operatori commerciali hanno seguito
i nostri corsi in Italia e all'estero



Attività..

Corsi clinici, teorici e pratici
di ortodonzia e implantologia,
Incontri Culturali e Congressi
organizzati con il supporto di
strumenti didattici di alta tecnologia



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

ISO[®]
ISTITUTO
STUDI
ODONTOIATRICI



ISO - Istituto Studi Odontoiatrici

Via P. a Quaracchi 48
50019 Sesto Fiorentino - Firenze
Tel. 055.304458 Fax 055.304455
e-mail: iso@leone.it www.leone.it

Tecnica BAOSFE e impianti Leone: riabilitazione implanto-protetica e follow-up a due anni di un impianto in zona 2.4

Dr. Gianni Lazzarato

Libero professionista a Brugine (Pd) e Montegrotto Terme (Pd)

Come noto, la disponibilità di un congruo volume osseo è uno dei presupposti fondamentali per il conseguimento del successo implantare, ma nella casistica clinica quotidiana, tuttavia, non ritroviamo sempre le condizioni ideali per l'immediato inserimento di impianti. È questo il caso, per esempio, dell'arcata superiore, dove lo spazio occupato dal seno mascellare può prospettare delle situazioni anatomiche sfavorevoli. Risulta comunque frequentemente possibile ovviare agevolmente mediante tecniche di aumento volumetrico dell'osso (verticale orizzontale od entrambi), in modo da permettere l'impiego di impianti di dimensioni adeguate con risultati predicibili. Nella presente esposizione (fig. 1) descriveremo il caso di una paziente di sesso femminile, 53 anni, non fumatrice in buono stato di salute generale che presenta una edentulia singola a livello di 2.4 e necessità di ricopertura con capsula singola anche del 2.3 ampiamente ricostruito. Nel caso specifico, la soluzione implantare era la più auspicabile per evitare di dover rimuovere anche la capsula in metallo ceramica del 2.5 nel caso si fosse voluto ricorrere all'applicazione di un ponte di tre elementi tradizionale di metallo ceramica; soluzione che la paziente non approvava. Dopo l'opportuna e doverosa discussione sulle indicazioni e controindicazioni delle diverse alternative si è optato di comune accordo per un'espansione verticale della cresta ossea alveolare mediante tecnica BAOSFE (Bone Added Osteotomy Sinus Floor Elevation) riuscendo contestualmente nell'intento di posizionare un impianto Leone da 4.1 mm di diametro e 12 mm di lunghezza (fig. 4). L'intervento è stato eseguito ai primi di Luglio 2004 prevedendo l'inserimento della fixture con tecnica chirurgica bi-fasica. L'utilizzo degli osteotomi dedicati Leone consegue percepibili vantaggi clinici, migliorativi della tecnica BAOSFE, in virtù della loro forma apicale a-traumatica, del diametro appositamente calibrato alla dimensione dell'impianto che si andrà a utilizzare, oltre alla disponibilità di inserti curvi che ne facilitano l'utilizzo nelle situazioni di difficile accesso alla sede dell'intervento. Nelle immagini radiografiche (figg. 2, 3, 4) gli steps della fase chirurgica per il controllo della profondità di lavoro e della direzione del sito implantare. A distanza di sei mesi si è resa apprezzabile l'entità dell'aumento verticale ottenuto (fig. 5), rapportata con la prima radiografia (fig. 1), si è quindi proceduto alla seconda fase chirurgica per la scopertura della fixture optando per la realizzazione di un piccolo lembo ad andamento mesio-distale scolpito in posizione leggermente palatina rispetto alla sommità crestale. A seguito di ciò si è conseguito un lieve riposizionamento vestibolare della gengiva aderente per agevolare l'ottenimento di una buona volumetria dei tessuti molli e quindi una configurazione anatomica gradevole del colletto vestibolare della corona. Si è prestata particolare attenzione a non interferire con le papille gengivali mesio-distali per non correre il rischio di alterarne l'anatomia; due punti staccati attorno al moncone di guarigione hanno completato l'opera tanto che a 20 giorni la situazione permetteva di rilevare l'impronta di lavoro (figg. 6, 7). Il laboratorio ha quindi predisposto il moncone personalizzando mediante fresatura un moncone standard fornito dalla Leone (figg. 8, 9) sul quale poi sarebbe stata cementata la corona in metallo ceramica (fig. 10). Al momento della consegna del manufatto protesico si è provveduto all'inserimento del moncone personalizzato (figg. 11, 12) e alla cementazione delle capsule singole su 2.3 e 2.4 (figg. 13, 14).

A distanza di due anni dal carico protesico (fine luglio 2006) è stata scattata una nuova foto (fig. 15) che documenta non solo la stabilità del risultato, ma possibilmente un miglioramento della situazione dei tessuti molli perimplantari che presentano un profilo ben consolidato, privo di qualsiasi segno di infiammazione ed esteticamente molto valido, che soddisfa pienamente le aspettative iniziali della paziente.

Concludendo: questo caso documenta come sia possibile, nella realtà quotidiana dei nostri studi professionali risolvere in modo elegante casi anche di discreta complessità padroneggiando le tecniche che ormai sono alla portata di molti se non di tutti. Il percorso decisionale deve obbligatoriamente comprendere una diagnosi accurata e un interscambio attivo e costante con il paziente per finalizzare una scelta ragionata e condivisa del piano di trattamento, fine ultimo del reciproco rapporto di fiducia maturato. A questo aggiungo, è di altrettanta fondamentale importanza, per la bontà del risultato, la scelta degli idonei strumenti quindi la perfetta conoscenza della metodica implantare che si utilizza.

Parole chiave

BAOSFE, mini rialzo, due fasi, lembo, dente singolo, moncone fresato, follow up

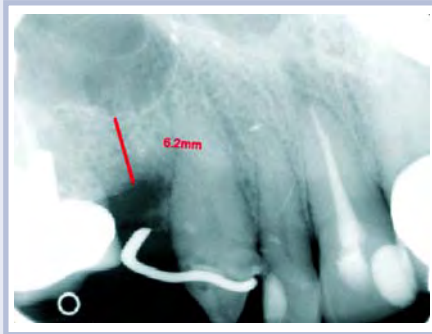


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

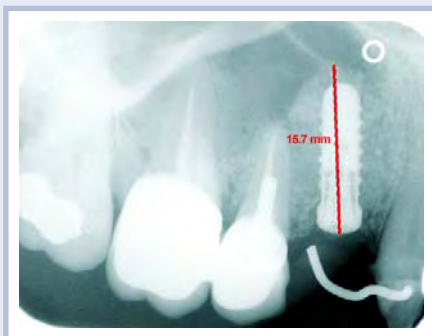


Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15

PROFESSIONALITA'
ESPERIENZA
INFORMAZIONE
CONSULENZA

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

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

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

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

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



Dr. Salvatore Belcastro



Dr. Alberto Frezzato



Dr. Fulvio Floridi



Dr. Mario Guerra



Dr. Roberto Meli



Dr. Luigi Lucchiarì



Dr. Marino Miccini



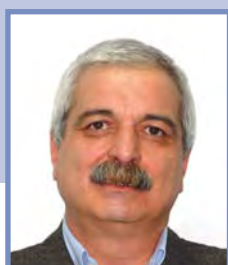
Dr. Dario Mercuri



Dr. Leonardo Targetti



Dr. Alfonso Sinisi



Dr. Bruno Rocchetti



Dr. Salvatore Dettori



Dr. Leonardo Palazzo



~~EXACONE~~™



Ortodonzia e Implantologia

Siamo orgogliosi dei nostri sorrisi