

05.2013-ANNO 10-N.16

EXACONE *News*



IL BOLLETTINO DEL SISTEMA IMPLANTARE LEONE



MAX STABILITY



L'efficienza
della semplicità

sistema implantare EXACONE

L'IMPIANTO SENZA VITE



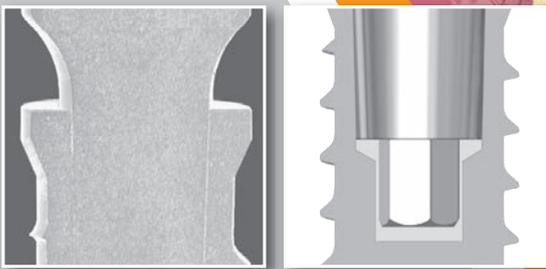
platform switching

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

connessione EXACONE

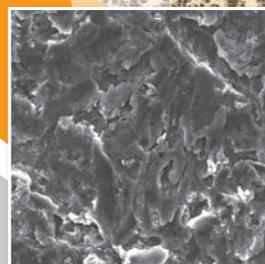
Il sistema di connessione EXACONE, grazie alla proprietà autobloccante del cono Morse e alla presenza dell'esagono interno, garantisce:

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



superficie HRS

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



SISTEMA IMPLANTARE LEONE

Quando oltre 12 anni fa presentammo il nostro impianto, a cui eravamo giunti dopo anni di studi, pensavamo fosse sufficiente avere un'ottima fixture, un moncone tutto d'un pezzo con una connessione conica. L'eliminazione della vitolina di connessione, che tanti problemi creava e crea sia al professionista che al paziente, era una grande idea.

Negli anni successivi, però, al primo impianto, che è rimasto sempre uguale e che ha avuto un grande successo di vendite e di risultati, abbiamo dovuto aggiungere una serie completa di accessori e allargare la gamma dei modelli per far sì che si adattasse a tutte le necessità terapeutiche richieste dal chirurgo implantologo.

Quindi, "di necessità virtù" da un impianto.....al SISTEMA IMPLANTARE LEONE.

Non confondiamoci. Il nostro impianto è l'impianto Leone. È prodotto in Italia e ha una connessione unica nel panorama degli impianti attuali: una connessione vero cono Morse con un esagono antirotazionale.

Sempre più aziende del settore oggi stanno usando il termine connessione conica, sigillo conico, senza una vera connessione conica autobloccante.

Il nostro moncone si connette senza vite e senza cemento all'impianto e la stabilità e il sigillo batterico che si ottengono sono assoluti.

Vogliamo quindi distinguerci.

Il nome Exacone, che fin dall'inizio abbiamo dato al nostro impianto, non è più sufficiente ad identificare la totalità della gamma e la filosofia stessa del sistema.

Quindi, per non essere confusi con i tanti nomi in commercio quali "...cone", "con...", "...conical", "...x-co" che inflazionano il mercato useremo il più semplice ma esaustivo termine SISTEMA IMPLANTARE abbinato al nostro inconfondibile marchio LEONE, che da quasi 80 anni contraddistingue tutti i nostri prodotti fabbricati nel nostro stabilimento di Firenze, sinonimo in tutto il mondo di qualità ottenuta con la tecnologia più avanzata ed unica.

D'ora in avanti "Sistema Implantare Leone" sarà il nome chiaro e semplice del nostro impianto.

Alessandro Pozzi

Dott. Nazario Russo, Dott. Giacomo Coppola, Dott. Davide Montisci

Carico immediato in zona estetica: impiego dell'impianto Max Stability e del moncone temporaneo

Parole chiave impianti Max Stability, post-estrattivo immediato, carico immediato, estetica, moncone temporaneo

pag. 5

Dott. Marco Buscia

Restauro implantoprotesico di un premolare inferiore con tecnica bifasica

Parole chiave edentulia singola, due fasi, tecnica indiretta

pag. 14

Corsi di Implantologia 2013 Giornate dimostrative di pratica implantologica su paziente

pag. 18

8° Congresso Exacone

pag. 20

Dott. Roberto Meli

Chirurgia guidata DSL su paziente totalmente edentulo

Parole chiave chirurgia guidata, edentulia totale inferiore, tecnica flapless, carico immediato, moncone per protesi avvitata, Toronto bridge

pag. 23

Nuovi prodotti Leone

pag. 37

Dott.ssa Irene Frezzato, Dott. Alberto Frezzato

Utilizzo di impianti Max Stability nel trattamento implanto-protetico a carico immediato di edentulia intercalata frontale inferiore. Considerazioni cliniche e procedurali

Parole chiave

impianti Max Stability, post-estrattivo immediato, tecnica flapless, carico immediato

pag. 40

Dott. Marco Mirijello

La mia esperienza clinica con il sistema implantare Leone: studio clinico prospettico sulla sopravvivenza a 1 anno di 203 impianti

Parole chiave

follow up, successo/sopravvivenza implantare, protesi fissa

pag. 45

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

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

Spedizione gratuita

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

IT-30-12/16



Ortodonzia e Implantologia

LEONE S.p.A.

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

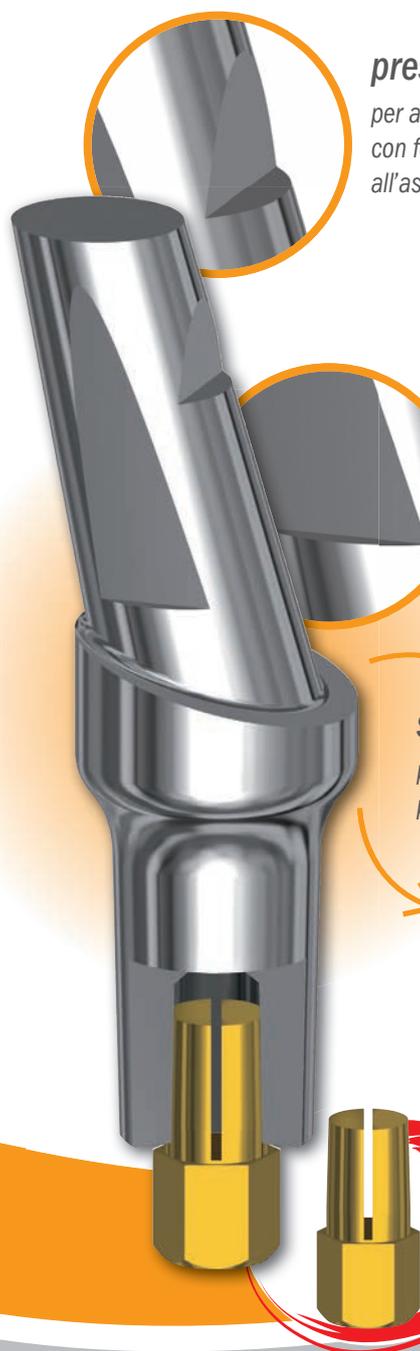
Tel. 055.30.441 - Fax 055.37.48.08

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

monconi anatomici EXACONE

PER FACILITARE
LA FINALIZZAZIONE PROTESICA
IN LABORATORIO E IN STUDIO

360°



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

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

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

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

esagono apicale
separato dal resto
del moncone

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

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



Ortodonzia e Implantologia

www.leone.it

*L'efficienza
della semplicità!*

Carico immediato in zona estetica: impiego dell'impianto Max Stability e del moncone temporaneo

Dott. Nazario Russo

Prof. a contratto Università degli Studi di Cagliari

Dott. Giacomo Coppola

Prof. a contratto Università degli Studi di Cagliari

Dott. Davide Montisci

Prof. a contratto Università degli Studi di Cagliari

Parole chiave

impianti Max Stability, post-estrattivo immediato, carico immediato, estetica, moncone temporaneo

Nel giugno del 2011 si è presentata alla nostra osservazione, presso il reparto di implantologia dell'Università degli Studi di Cagliari, una paziente di 48 anni alla quale mancavano numerosi elementi dentari (Fig. 1). La richiesta della paziente è stata quella di poter essere riabilitata con protesi fissa, ma di dare precedenza all'incisivo laterale superiore destro che le procurava dolore e disagio estetico (Fig. 2).

Decidemmo di iniziare a trattare la paziente cominciando quindi dall'incisivo laterale, per poi continuare con gli altri elementi dentari, la cui riabilitazione non sarà però descritta nel presente articolo.

A noi pluriennali utilizzatori del sistema implantare Leone, proprio in quel periodo, veniva data l'opportunità di impiegare i nuovi impianti Max Stability. Questi impianti, grazie al loro design con spire aggressive di altezza aumentata rispetto agli impianti standard, sono particolarmente indicati in quelle situazioni cliniche nelle quali cerchiamo una stabilità primaria ottimale nonostante le condizioni di partenza non siano delle migliori. Infatti le indicazioni di utilizzo di questo impianto sono date dal posizionamento in siti con osso di scarsa densità e in siti post-estrattivi. Nella nostra pratica clinica ne abbiamo fatto uso anche in casi di inserimento di impianti in siti guariti dopo innesti e/o rigenerazioni, in casi di preparazione del sito con osteotomi e contestuale inserimento di bioinnesto e in casi di split crest, in presenza di spessore osseo ridotto.

Il caso in esame ci è sembrato ideale per l'impiego di un impianto Max Stability.

Dopo aver fatto l'anestesia plessica si è proceduto all'estrazione dell'elemento 12, nel pieno rispetto dei tessuti (Figg. 3, 4); eseguito un lembo a tutto spessore, paramarginale rispetto alle papille, si è fatta una toilette chirurgica del sito post-estrattivo e si è controllato che le pareti alveolari fossero integre (Fig. 5). A questo punto, lavorando con apparecchiatura piezoelettrica Piezosurgery, abbiamo creato un sito chirurgico più palatale rispetto al sito anatomico, per prevenire un eventuale riassorbimento della cresta alveolare vestibolare. Quindi abbiamo preparato il sito implantare, utilizzando esclusivamente le punte osteotomiche compattatrici, fino a una profondità di 14 mm dalla cresta. A questo punto si è inserito un impianto 4,5 mm di diametro per 12 mm di lunghezza (Fig. 6), in posizione endocrestale (Figg. 7, 8). Poi si è posizionato un moncone temporaneo in ultrapolimero peek angolato a 15° (Fig. 9) e lo si è fresato intra-oralmente (Fig. 10). Dopo aver ribasato una corona provvisoria in resina, conferendole il giusto profilo d'emergenza, la si è fissata al moncone extra-oralmente con cemento per uso temporaneo (Figg. 11, 12). Dopo aver posizionato il manufatto sull'impianto si è attivata la connessione (Figg. 13, 14); quindi, dopo aver controllato che fossero assenti i contatti occlusali sia in massima intercuspide sia nei movimenti di protrusione e lateralità, si è proceduto alla sutura chirurgica a punti staccati (Fig. 15).

A distanza di quattro mesi dal posizionamento dell'impianto, dopo aver verificato l'ottimo ripristino dell'estetica e l'eccellente integrazione del manufatto provvisorio (Fig. 16), si è rimosso la corona provvisoria e si è proceduto al rilevamento dell'impronta con tecnica sandwich, utilizzando un transfer Ø 4,1 mm piattaforma Standard (Fig. 17). Da notare la perfetta festonatura gengivale che abbiamo ottenuto, grazie al corretto profilo di emergenza dell'elemento provvisorio (Figg. 18, 19).

All'appuntamento seguente abbiamo fatto una prova di inserimento del moncone in titanio e della corona definitiva in disilicato di litio (Figg. 20, 21). Successivamente, a distanza di cinque mesi dal posizionamento implantare, abbiamo proceduto alla

consegna del restauro protesico definitivo, previa cementazione extra-orale (Figg. 22-25). Si ricorda come, per la corretta applicazione di questa procedura, sia fondamentale prima verificare l'inserimento passivo dell'insieme moncone+corona nell'impianto e poi applicare un'adeguata forza impulsiva di attivazione, preferibilmente su di un apposito jig realizzato in precedenza dal laboratorio.

Nei mesi successivi il follow-up periodico del caso evidenziava la stabilità tissutale peri-implantare (Figg. 26-28).

L'ultimo controllo, a distanza di 20 mesi dal posizionamento implantare (febbraio 2013), mostrava un ottimo mantenimento dell'architettura gengivale con pieno recupero estetico (Fig. 29).

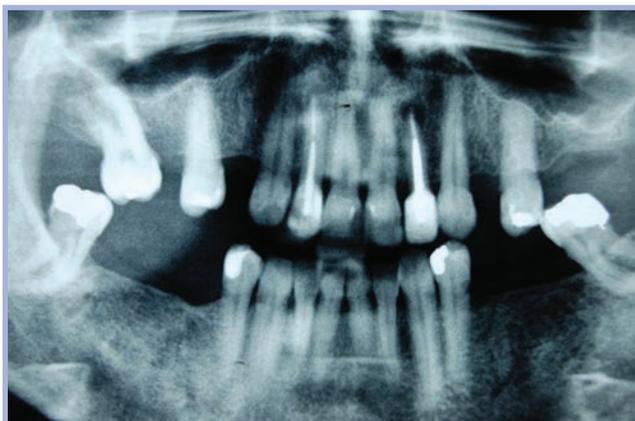


Fig. 1 - OPT iniziale



Fig. 2 - Situazione clinica iniziale



Fig. 3 - L'apertura del lembo consentiva di visualizzare la lesione apicale

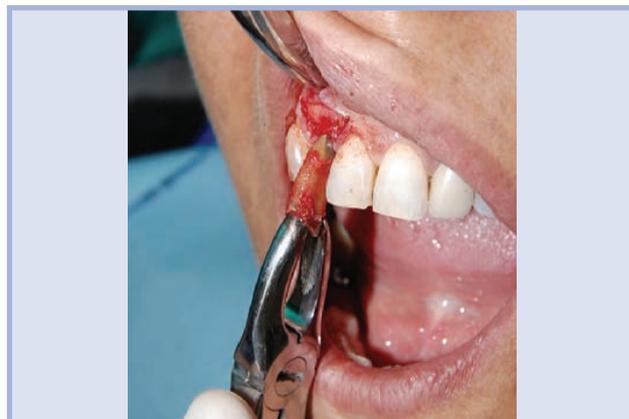


Fig. 4 - Estrazione dell'elemento 12



Fig. 5 - Verifica dell'integrità delle pareti del sito



Fig. 6 - Dopo aver iniziato l'inserimento dell'impianto con il raccordo per manipolo, si ultima il posizionamento con il cricchetto collegato alla prolunga. Per una migliore visibilità intra-operatoria si è rimosso il gommino colorato dal carrier



Fig. 7, 8 - Visione vestibolare e oclusale dell'impianto appena inserito. Si può osservare come sia posizionato oltre 1 mm sotto cresta e a ridosso della parete palatale



Fig. 8



Fig. 9 - Inserimento del moncone temporaneo angolato



Fig. 10 - Preparazione intra-orale del moncone



Fig. 11 - Prova della corona provvisoria

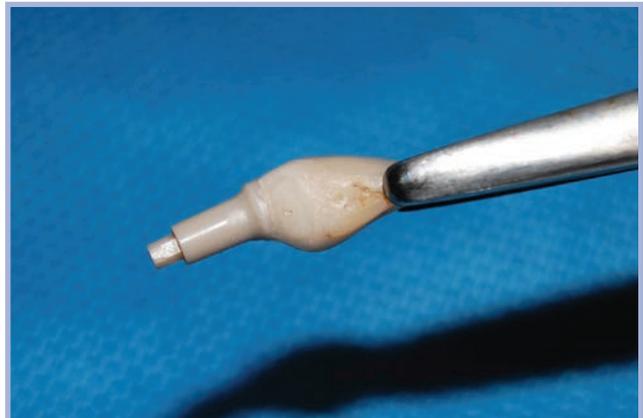


Fig. 12 - Cementazione extra-orale della corona provvisoria al moncone



Fig. 13-14 - Inserimento del manufatto provvisorio nell'impianto



Fig. 14



Fig. 15 - Sutura a punti staccati



Fig. 16 - Situazione clinica a distanza di quattro mesi dal posizionamento implantare



Fig. 17 - Presa dell'impronta



Fig. 18-19 - Condizionamento gengivale ottenuto con la protesi provvisoria. Si noti la perfetta festonatura dei tessuti



Fig. 19



Fig. 20-21 - Prova in bocca del moncone definitivo e della corona in disilicato di litio



Fig. 21



Fig. 22 - Stato di salute dei tessuti al momento della consegna della protesi definitiva, a distanza di quattro mesi dal posizionamento implantare



Fig. 23 - Posizionamento del moncone definitivo



Fig. 24-25 - Consegna del manufatto finale



Fig. 25



Fig. 26 - Situazione clinica a distanza di 2 mesi dalla consegna protesica



Fig. 27 - Situazione clinica a distanza di 10 mesi dalla consegna protesica



Fig. 28 - Situazione clinica a distanza di 12 mesi dalla consegna protesica



Fig. 29 - Situazione clinica a distanza di 15 mesi dalla consegna protesica. Si notino la perfetta integrazione dei tessuti e l'ottimo recupero estetico

Realizzazione protesiche:

Laboratorio Odontotecnico Vincenzo Zotti - Benevento

AGGIORNAMENTO PUBBLICAZIONI SCIENTIFICHE 2013 sul Sistema Implantare Leone

- **MAXILLARY SINUS GRAFTING WITH BIPHASIC CALCIUM PHOSPHATE CERAMICS: CLINICAL AND HISTOLOGIC EVALUATION IN MAN**
Mangano C, Perrotti V, Shibli J.A, Mangano F, Ricci L, Piattelli A, Iezzi G
Int J Oral Maxillofac Implants 2013; 28 (1): 51-56
- **MECHANICAL EVALUATION OF AN IMPLANT-ABUTMENT SELF-LOCKING TAPER CONNECTION: FINITE ELEMENT ANALYSIS AND EXPERIMENTAL TESTS**
Sannino g, Barlattani A
Int J Oral Maxillofac Implants 2013 (1): e17-e26
- **CONNESSIONE CONOMETRICA E PLATFORM SWITCHING: REALIZZAZIONE DI UN MONCONE IBRIDO IN TITANIO-ZIRCONIA DOPO CONDIZIONAMENTO DEI TESSUTI MOLLI**
Drago G, Nocera M, Emanuele B, Polesel S, Bressan E
Implantologia 2012; 1: s67-71
- **HISTOLOGICAL EVALUATION OF PERI-IMPLANT SOFT TISSUES IN IMMEDIATELY LOADED IMPLANTS FEATURING DIFFERENT IMPLANT-ABUTMENT CONNECTIONS: A PRELIMINARY STUDY**
Guerra M, Vozza I, Quaranta A
European Journal of inflammation 2012; 10 (1): 91-98
- **STUDIO CLINICO PROSPETTICO SUL GRANDE RIALZO DEL PAVIMENTO DEL SENO MASCELLARE CON L'UTILIZZO DI IMPIANTI A CONNESSIONE CONOMETRICA**
Belcastro S, Palazzo L, Guerra M
Italian Oral Surgery 2012; 11 (1): 5-20
- **CORONE SINGOLE SU IMPIANTI A CONNESSIONE CONOMETRICA: STUDIO PROSPETTICO DA 1 A 7 ANNI**
Mangano C, Mangano F, Mangano A, Macchi A
Implantologia 2011; 2: 33-43
- **IMPLICAZIONI CLINICHE DELLE GIUNZIONE IMPIANTO-MONCONE "MORSE TAPER" E DEL PLATFORM SWITCHING: UN CASO CLINICO DI CARICO IMMEDIATO ASSOCIATO A GBR MONOFASE**
Meli R
Notiziario ANDI Firenze 2-2011
- **PROSPECTIVE EVALUATION OF 2,549 MORSE TAPER CONNECTION IMPLANTS: 1- TO 6- YEAR DATA**
Mangano C, Mangano F, Shibli J A, Tettamanti L, Figliuzzi M, D'Avila S, Sammons R L, Piattelli A
J Periodontol January 2011; 82 (1): 52-61
- **DU BON USAGE DE LA DIVERGENCE DE LA DENT UNITAIRE A LA PROTHÈSE IMPLANTO-PORTEÉE A L'AIDE D'IMPLANT A CONNECTIQUE CONE MORSE SANS VISSAGE**
Monin JC, Monin A
Implantologie novembre 2010
- **L'IMPIEGO DI IMPIANTI NELLA REGIONE DELLA TUBEROSITÀ COME TERAPIA ALTERNATIVA ALL'INTERVENTO DI GRANDE RIALZO DEL SENO MASCELLARE. CONSIDERAZIONI ANATOMICHE E CHIRURGICHE**
Palazzo L, Rossi C, Mannarino MR, Sessa M, Belcastro S, Floridi P, Guerra M
Implantologia QE 2010; 3: 31-38
- **IMPIANTO CORTO EXACONE 6.5 PROTESIZZATO CON MONCONE MULTITECH E TECNOLOGIA CAD-CAM CON LASER SINTERIZZATO**
Meli R
Notiziario ANDI Firenze 2-2010

EXACONE MAX STABILITY

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



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

quando serve un impianto

EXACONE MAX
STABILITY

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



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

IMPIANTI DENTALI EXACONE MAX STABILITY

Gli impianti dentali **EXACONE Max Stability** presentano un innovativo macro-design esterno che è stato appositamente studiato per raggiungere una elevata stabilità primaria nei casi in cui il sito ricevente non sia idoneo a fornire un buon supporto per fixture con design classico. Il livello di stabilità primaria dell'impianto è stato valutato misurando il valore del torque di inserimento. In osso di qualità medio-bassa si ha un torque di inserimento maggiore di oltre il 50% rispetto ad un impianto cilindrico con stesso diametro di connessione e di pari lunghezza.

Gli impianti **EXACONE Max Stability** $\varnothing 3,75$ e $\varnothing 4,5$ mm presentano la stessa connessione interna degli impianti **EXACONE** rispettivamente $\varnothing 3,3$ e $\varnothing 4,1$ mm. Anche la sequenza di preparazione dell'alveolo chirurgico è la stessa. Di conseguenza anche i codici colore che li contraddistinguono sono gli stessi: VERDE per impianto $\varnothing 3,75$ - GIALLO per impianto $\varnothing 4,5$.

Fabbricati in titanio grado medicale 5. Superficie **HRS**, connessione con Morse ed esagono interno. Montati su carrier. Forniti con il relativo tappo di chiusura sigillante in biopolimero, confezionati in ampolla di vetro sterilizzata con raggi gamma. L'estrazione del tappo dalla culla e il suo posizionamento nell'impianto avviene tramite lo strumento per tappi Cat. 156-1003-00. Confezioni composte da: 1 impianto ed 1 tappo di chiusura



IMPIANTO DENTALE EXACONE MAX STABILITY $\varnothing 3,75$ mm CON TAPPO DI CHIUSURA

			
\varnothing	3,75 mm	3,75 mm	3,75 mm
lunghezza	8 mm	10 mm	12 mm
	110-3808-02	110-3810-02	110-3812-02

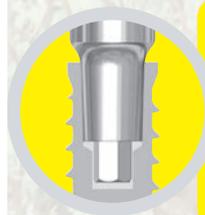


Il tappo di chiusura fornito con l'impianto è verde, in quanto la connessione interna è la stessa della gamma **LEONE standard** diametro 3,3 mm.

Si utilizzano i tappi di guarigione, i transfer e i monconi disponibili per la connessione diametro 3,3 mm con codice colore verde.

IMPIANTO DENTALE EXACONE MAX STABILITY $\varnothing 4,5$ mm CON TAPPO DI CHIUSURA

			
\varnothing	4,5 mm	4,5 mm	4,5 mm
lunghezza	8 mm	10 mm	12 mm
	110-4508-02	110-4510-02	110-4512-02



Il tappo di chiusura fornito con l'impianto è giallo, in quanto la connessione interna è la stessa della gamma **LEONE standard** diametro 4,1 mm.

Si utilizzano i tappi di guarigione, i transfer e i monconi disponibili per la connessione diametro 4,1 mm con codice colore giallo.

156-0028-38
STRUMENTI CORTI

156-0029-38
STRUMENTI LUNGHI

**ORGANIZER
PER IMPIANTO EXACONE
MAX STABILITY Ø 3,75**



151-1934-01 pallina	151-1934-01 pallina
151-2233-12 pilota	151-2241-12 pilota
151-2833-13 elicoidale 2,8	151-2841-13 elicoidale 2,8
151-3333-24 svasatrice 3,3	151-3333-24 svasatrice 3,3
151-3133-13 per osso denso imp. 3,75	151-3141-13 per osso denso imp. 3,75
156-1002-01 raccordo per manipolo	156-1002-01 raccordo per manipolo
156-1013-00 driver per impianto	156-1013-00 driver per impianto

156-0030-45
STRUMENTI CORTI

156-0031-45
STRUMENTI LUNGHI

**ORGANIZER
PER IMPIANTO EXACONE
MAX STABILITY Ø 4,5**



151-1934-01 pallina	151-1934-01 pallina
151-2233-12 pilota	151-2241-12 pilota
151-2833-13 elicoidale 2,8	151-2841-13 elicoidale 2,8
151-3533-13 elicoidale 3,5	151-3541-13 elicoidale 3,5
151-4133-24 svasatrice 4,1	151-4133-24 svasatrice 4,1
151-3833-13 per osso denso imp. 4,5	151-3841-13 per osso denso imp. 4,5
156-1002-01 raccordo per manipolo	156-1002-01 raccordo per manipolo
156-1013-00 driver per impianto	156-1013-00 driver per impianto

FRESE ELICOIDALI PER OSSO DENSO

Frese dedicate per gli impianti **EXACONE Max Stability**, da utilizzare al termine della sequenza chirurgica solo in caso di osso denso, per evitare torques di inserimento eccessivi. Fabbricate in acciaio inossidabile. Le 5 tacche (6,5-8-10-12-14 mm) presenti sul corpo aiutano a raggiungere la profondità desiderata. Sul gambo sono presenti due tacche in codice colore, anziché una soltanto, per differenziarle dalle altre frese elicoidali. Velocità massima: per impianto Ø 3,75 mm 500 giri/min; per impianto Ø 4,5 mm 400 giri/min. Fornite non sterili.

	corta	lunga	corta	lunga
per impianto				
lunghezza	33 mm	39 mm	33 mm	39 mm
	151-3133-13	151-3141-13	151-3833-13	151-3841-13

Restauro implantoprotesico di un premolare inferiore con tecnica bifasica

Dott. Marco Buscia
Libero professionista a Pesaro

Parole chiave

edentulia singola, due fasi, tecnica indiretta

Giunge alla nostra osservazione un paziente di 40 anni deciso a inserire un impianto in zona 35 per una riabilitazione protesica. Dopo aver analizzato l'ortopantomografia (Figg. 1, 2), decidiamo di inserire un impianto Leone Ø 4,1 di 10 mm di lunghezza. Cerchiamo di non danneggiare la papilla gengivale per ottenere poi un risultato estetico accettabile (Figg. 3,4). Trovandoci di fronte ad un osso molto tenero, decidiamo di usare anche l'osteotomo convesso della Leone, che oltre a completare la preparazione del sito implantare, compatta anche l'osso migliorando la stabilità primaria della fixture (Figg. 5-8).

Ogni volta che c'è la possibilità, quando utilizziamo una tecnica bifasica, cerchiamo di proteggere il nostro impianto con un dispositivo protesico. Tale manovra, in associazione alle caratteristiche degli impianti Leone, in numerosi casi è stata seguita dalla formazione di un'eccellente osteointegrazione che spesso ha addirittura coperto la testa della fixture costringendoci ad una piccola osteoplastica per rimuovere il tappo di chiusura. In questo caso, considerata la qualità dell'osso presente, dopo aver accertato che ci sia un adeguato spazio di masticazione, optiamo per l'utilizzo di un ragnetto con dei cavalieri in metallo (Figg. 9-11). Tale dispositivo può essere facilmente realizzato e la presenza di alette metalliche lo rende stabile e resistente alla masticazione.

In apertura chirurgica per l'inserimento di un tappo di guarigione troviamo, come ci aspettavamo, un osso crestale che è andato addirittura a coprire in parte la testa della fixture (Figg. 12, 13).

Dopo aver preso l'impronta (Figg. 14, 15) prepariamo il manufatto protesico e dopo le prove cliniche ed estetiche consegniamo il lavoro (Figg. 16-18).

Il controllo clinico e radiografico a 2 mesi dalla consegna del lavoro testimoniano l'ottimo stato di salute dei tessuti periimplantari (Figg. 19, 20).

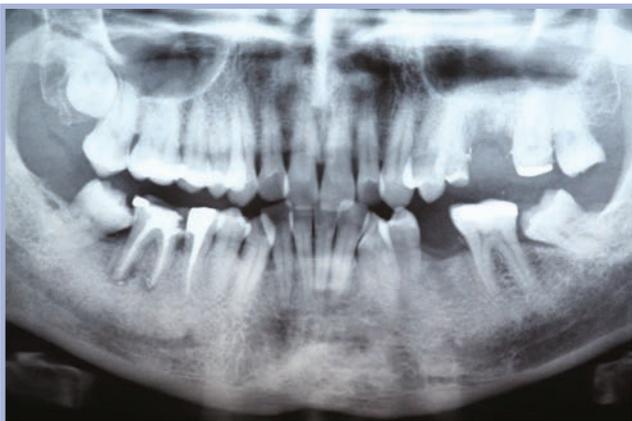


Fig. 1 - Ortopantomografia

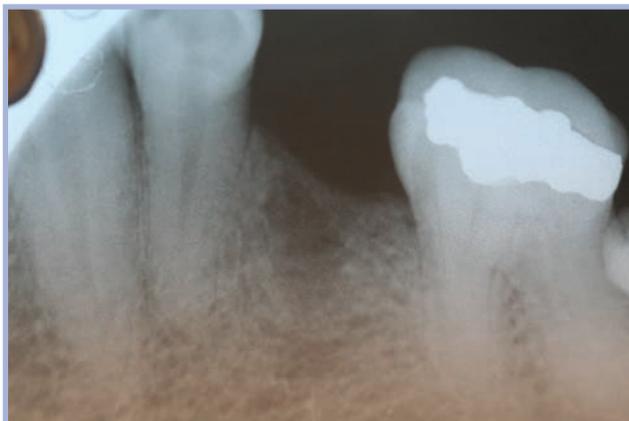


Fig. 2 - RX pre-intervento



Fig. 3 - Situazione clinica iniziale



Fig. 4 - Scollamento del lembo



Fig. 5 - Dima chirurgica per la demarcazione della sede d'implanto



Fig. 6 - Sito chirurgico dopo il passaggio della fresa elicoidale di 2.8mm di diametro



Fig. 7 - Utilizzo della punta compattatrice degli strumenti per chirurgia Leone per completare il sito chirurgico e compattare l'osso



Fig. 8 - RX post-intervento: impianto Exacone 4,1 x 10mm con il tappo di chiusura in biopolimero

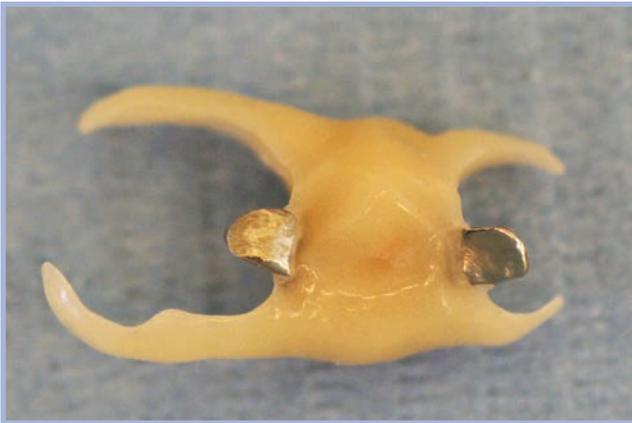


Fig. 9 - Ragnetto con cavalieri in metallo



Fig. 10 - Situazione clinica a 2 settimane dall'intervento



Fig. 11 - Applicazione del ragnetto



Fig. 12 - Situazione clinica alla riapertura a 5 mesi dall'intervento



Fig. 13 - Inserimento di un tappo di guarigione 4,1 standard



Fig. 14 - Situazione clinica dopo 2 settimane



Fig. 15 - Presa dell'impronta con un transfer 4,1 standard



Fig. 16 - Inconamento del moncone definitivo



Figg. 17, 18 - Cementazione della corona definitiva



Fig. 18



Fig. 19 - RX di controllo a 2 mesi dalla consegna della protesi definitiva



Fig. 20 - Situazione clinica a 2 mesi

Realizzazione protesiche:

Laboratorio odontotecnico Guglielmi e Pianosi - Pesaro

Assistenza Clienti



ASSISTENZA COMMERCIALE

☎ telefono **055.304432 • 055.304433**

📠 fax **055.374808**

✉ mail **italia@leone.it**



ASSISTENZA TECNICA

☎ telefono **055.304451**

📠 fax **055.304444**

✉ mail **research@leone.it • help.products@leone.it**



• **CORSO DI CHIRURGIA AVANZATA**

Relatori: Dr. Leonardo Targetti, Dr. Alberto Frezzato
 3-4 GIUGNO 2013

Firenze
 c/o ISO

• **LA PROTESIZZAZIONE DELL'IMPIANTO LEONE**

Relatore: Odt. Massimiliano Pisa
 10 GIUGNO 2013

Firenze
 c/o ISO

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

Relatore: Dott. Leonardo Targetti
 16-17 SETTEMBRE / 21-22 OTTOBRE 2013

Firenze
 c/o ISO

• **CORSO DI IMPLANTOLOGIA 3D**

Diagnosi, pianificazione e chirurgia guidata con la metodica DSL

Relatori: Dott. Renato Turrini, Odt. Massimiliano Pisa
 3-4 OTTOBRE 2013



Firenze
 c/o ISO

• **8° CONGRESSO EXACONE**

Leone S.p.A. – Aula Marco Pozzi
 11 OTTOBRE 2013

Firenze
 c/o ISO

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

Relatori: Dr. Mario Guerra, Dr. Salvatore Belcastro, Dr. Leonardo Palazzo
 15-16 NOVEMBRE / 29-30 NOVEMBRE 2013

ROMA
 c/o Wilocs

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

Relatore: Dott. Leonardo Targetti
 11-12 NOVEMBRE / 16-17 DICEMBRE 2013

Firenze
 c/o ISO

• **CORSO DI IMPLANTOLOGIA 3D**

Diagnosi, pianificazione e chirurgia guidata con la metodica DSL

Relatori: Dott. Renato Turrini, Odt. Massimiliano Pisa
 18-19 NOVEMBRE 2013



Firenze
 c/o ISO



GOLD SPONSOR



SOCIETÀ ITALIANA
DI IMPLANTOLOGIA
OSTEOINTEGRATA

GIORNATE DIMOSTRATIVE DI PRATICA IMPLANTOLOGICA SU PAZIENTE

Chirurgia dal vivo

SISTEMA
IMPLANTARE | **EXACONE**

Relatore:
Dott. **LEONARDO TARGETTI**

- **1 LUGLIO 2013**
- **9 SETTEMBRE 2013**
- **14 OTTOBRE 2013**
- **2 DICEMBRE 2013**



40 posti per assistere gratuitamente
ad interventi live surgery

orario:
10,00 / 17,30

Programma

“La metodica implantare Leone: da 12 anni l'efficienza della semplicità”

Ore 10.00 - 11.00

Introduzione alla metodica del Sistema Implantare Leone a cura dello staff tecnico.

Il cono Morse, il platform switching, il sigillo all'interfaccia fixture/abutment: unicità della metodica, test tecnici e clinici, pubblicazioni internazionali. La gamma e le indicazioni degli impianti Leone: cilindrici, root form e short. Peculiarità, possibilità e flessibilità della protesi: dall'impronta al lavoro finito con pochi passaggi e più efficienza. Impronta ottica digitale e il CadCam: i vantaggi del moncone integrale. Dalla radiologia 3D alle repliche anatomiche: i benefici del “toccare con mano” le strutture invisibili del paziente.

ore 11.00 - 11.30 Coffe break

ore 11.30

Dr. Leonardo Targetti

“Perché usare l'impianto Leone nella pratica clinica quotidiana”

Scelta ragionata dell'impianto Leone per le varie tipologie di pazienti: dalle edentule singole alle totali, dal carico differito all'immediato.

Peculiarità chirurgiche: fase unica, flessibilità del posizionamento, flapless. Ottimizzazione della gestione dei tessuti molli: micro design tras mucoso, platform switching, sigillo. La protesi: presa d'impronta e la flessibilità del sistema nelle varie opzioni terapeutiche. Evidenza clinica a lungo termine: stabilità e salute dei tessuti periimplantari e mantenimento dell'estetica. Il Digital dentistry e il sistema Leone: un connubio vincente. La pianificazione implantare virtuale e la chirurgia guidata: semplificare il difficile.

ore 13.15 - Light lunch

Visita guidata ai reparti produttivi della Leone

ore 14.30

Dr. Leonardo Targetti

Interventi dal vivo su pazienti con spiegazione dettagliata delle fasi chirurgiche/protetiche con sessione di domande e risposte con i partecipanti*

ore 16.30

Conclusioni

**La visione delle fasi intraoperatorie e del lavoro dello staff è ottimale grazie alle avanzate tecnologie multimediali presenti.*

PER INFORMAZIONI ED ISCRIZIONI: Segreteria ISO • Tel. 055.304458 • Fax. 055.304455 • iso@leone.it • www.leone.it

8^o Congresso



EXACONE

FIRENZE • 11 Ottobre 2013

Perché ho scelto il Sistema Implantare Leone?

Rispondono:

Dr. Jean Claude Monin

Surgeon Dentist (D.F.M.L)

Graduated in Implantology at the University of Nice - Francia

Dr. Hugo Esquiaga

Private practice of implantology in Saint Coloma of Farners Girona - Spagna

Certificate of implant surgery and advanced techniques at University of Bordeaux II - Francia

Dr. Leo Malin

Director of the Implantology and Bone Grafting Courses at the Las Vegas Institute for Advanced Dental Studies (LVI) - U.S.A.

Dr. Bernard Micheli

Clinical director of dentistry, stomatology and facial-maxillo surgery at the Hospital Ste Anne St Rémi in Bruxelles - Belgio

Nell'ambito del programma della giornata sarà presentato dal Dott. Leonardo Targetti il suo Manuale "Basi teoriche e procedure cliniche per il corretto utilizzo dei biomateriali Biomimetic Line"



International Edition

ISO[®]
ISTITUTO
STUDI
ODONTOIATRICI

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

**PER INFORMAZIONI
ED ISCRIZIONI:**

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

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



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

8^o Congresso EXACONE

SCHEDA DI ISCRIZIONE

11 Ottobre 2013

Cognome e Nome _____

Indirizzo _____ C.A.P. _____

Città _____ Tel. _____ Tel. Cell. _____

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

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

LEOCLUB CARD n° _____

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

Data _____ Firma _____

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

THE FUTURE NOW!

~~E~~XACONE

IL SISTEMA IMPLANTARE DIGITAL READY

L'impianto Exacone è presente nelle librerie dei software di pianificazione implantare più diffusi (SimPlant® Materialise, Implant3D Medialab, Sicut-Galileos Sirona) per consentire un accurato piano di trattamento e l'eventuale possibilità di realizzazione di mascherine per chirurgia assistita.

MultiTech è il moncone specificatamente realizzato per le tecnologie CAD/CAM impiegate in implantoprotesi. Il suo design dedicato favorisce l'acquisizione, con scanner da laboratorio o intraorali, e la personalizzazione del profilo di emergenza e dell'inclinazione.

Grazie alla mancanza del canale vite di connessione e alla conseguente alta resistenza strutturale, alla geometria e superficie specifica della porzione da incollaggio, MultiTech consente una completa individualizzazione del pilastro. È possibile, quindi, scegliere liberamente tra le varie metodologie CAD/CAM con l'utilizzo di materiali estetici quali la zirconia ed il disilicato di litio.

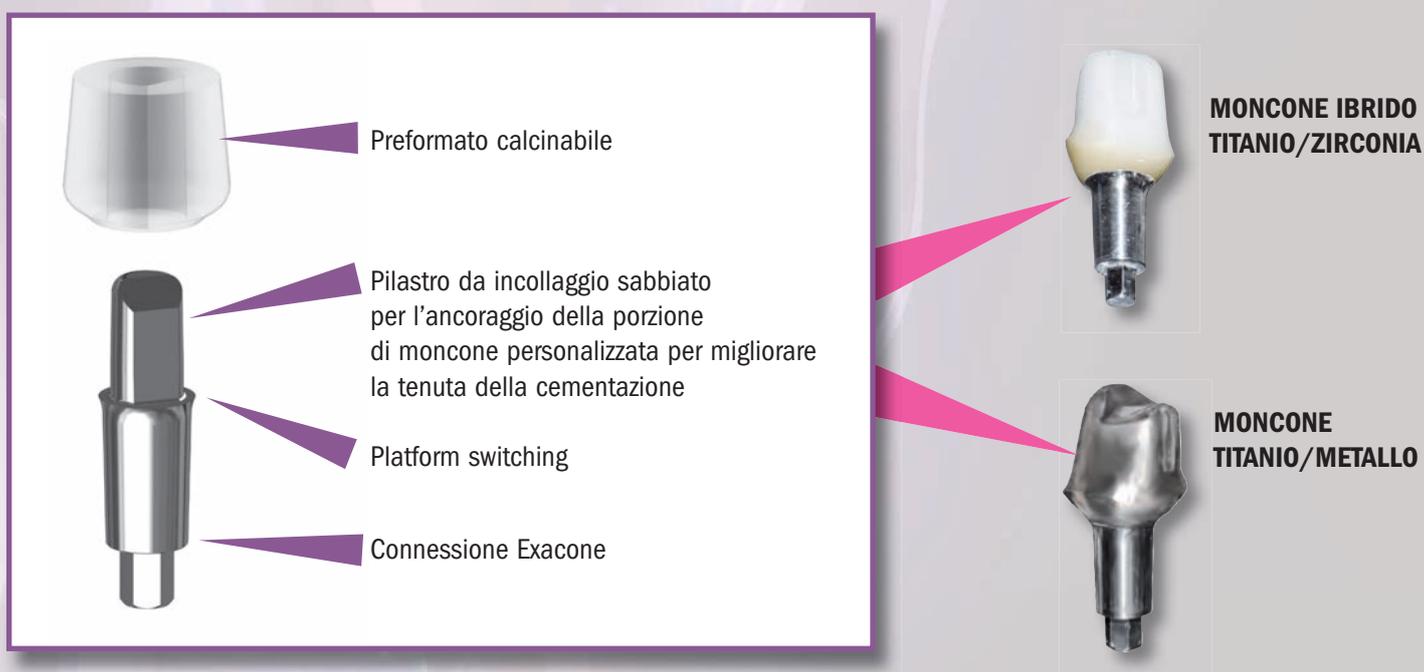


ORTODONZIA E IMPLANTOLOGIA

Il moncone MultiTech è utilizzato per ottenere un abutment completamente personalizzato tramite la realizzazione di una parte di moncone da incollare successivamente sopra il pilastro centrale.

Per l'incollaggio si suggeriscono i seguenti materiali: NIMETIC CEM (3M Espe), PANA VIA 21 (Kuraray Medical Inc.).

- **con tecnologia CAD/CAM** tramite acquisizione digitale della posizione del moncone sul modello, modellazione della porzione di moncone personalizzata con software dedicato e lavorazione in laboratorio con macchinario CAM dedicato o invio del file ad un centro di lavorazione per la realizzazione definitiva;
- **con metodica tradizionale** tramite utilizzo del preformato calcinabile posizionato sul moncone, adattato e modellato in cera e/o resina, e realizzazione della porzione di moncone personalizzata tramite fusione.



MONCONI MULTITECH

Fabbricati in titanio grado medicale 5, si fissano agli impianti tramite la connessione LEONE. La porzione da incollaggio interamente sabbata è disponibile in due altezze. Confezioni composte da: 1 moncone e 2 preformati calcinabili

per impianto	Ø 3,3 mm	Ø 3,3 mm	Ø 4,1 mm	Ø 4,1 mm	Ø 4,8 mm	Ø 4,8 mm
porzione da incollaggio	4 mm	8 mm	4 mm	8 mm	4 mm	8 mm
	121-3304-00	121-3308-00	121-4104-00	121-4108-00	121-4804-00	121-4808-00

Chirurgia guidata DSL su paziente totalmente edentulo

Dott. Roberto Meli
Libero professionista a Firenze

Parole chiave

chirurgia guidata, edentulia totale inferiore, tecnica flapless, carico immediato, moncone per protesi avvitata, Toronto bridge

La paziente, di 65 anni, ha già sperimentato la terapia implantoprotesica con chirurgia guidata (con tecnica Materialise Dental) e carico immediato per l'arcata superiore (Fig. 1) e si sottopone al trattamento dell'arcata inferiore con la consapevolezza della esperienza vissuta.

L'arcata inferiore viene resa edentula e protesizzata con una protesi mobile totale post-estrattiva per mantenere al meglio l'occlusione abituale e l'estetica (Figg. 2, 3).

Nei cinque mesi successivi vengono effettuati controlli ripetuti per valutare la necessità di ribasatura o aggiustamenti occlusali (Figg. 4, 5).

Al sesto mese la protesi funzionalizzata viene ribasata con Permlastic e insieme all'impronta dell'antagonista ed un morso di centrica (Figg. 6, 7) viene inviata al laboratorio che cola i modelli, li posiziona in articolatore e realizza la dima radiologica, una replica della protesi in cui ogni dente, realizzato in resina bariata al 6%, presenta un'asse radiotrasparente (Figg. 8,9). La dima radiologica viene provata con accuratezza sulla paziente per accertarne la perfetta congruenza con i tessuti molli e l'occlusione: durante l'esame Rx sarà la paziente a mantenerla nella giusta posizione con i denti antagonisti. Sarà successivamente destinata alla trasformazione in dima chirurgica ed è quindi fondamentale eliminare qualsiasi approssimazione (Figg. 10-13).

I file Dicom provenienti dall'esame Rx vengono esaminati con il software 3Diagnosys Leone: nelle immagini "cross" il clinico può facilmente individuare l'asse di ogni dente e dispone della "fetta" di osso in cui progettare l'inserimento di un impianto e del suo moncone (Figg 14-25).

Il progetto protesico ideale in questo caso risulta essere una Toronto bridge su monconi per protesi avvitata.

Gli impianti, sei, vengono posizionati tenendo conto delle esigenze protesiche oltre che della salvaguardia delle strutture anatomiche a rischio.

Per questi motivi l'impianto in zona 34 è progettato con una inclinazione distale di circa 25° per sfruttare al massimo l'osso disponibile e non impattare sul nervo mentoniero (Fig. 15).

Il file progetto viene esportato e inviato tramite il portale web a Leone Digital Service, mentre il modello master in gesso con la dima radiologica sono spediti per via "analogica".

Il modello master in gesso e la dima vengono scansionati e le immagini ottenute sovrapposte ("matching") (Figg. 26-34) a quelle provenienti dal file progetto della pianificazione, indispensabile passaggio per verificare la precisione di tutto il processo fin qui attuato ma soprattutto per ottenere il file stl (Stereo Lithography) stampabile in 3D del modello master 3D (Figg. 35, 36). Il modello Master 3D prototipato (Fig. 37) è la replica esatta del modello master in gesso con gli impianti da laboratorio (analoghi) già posizionati come sono stati pianificati sul software. Una volta realizzato il master 3D con un prospetto riassuntivo degli impianti che sarà poi compilato dal tecnico (sulla base delle informazioni tecniche costruttive della guida) viene inviato con la dima radiologica al laboratorio.

La dima radiologica, privata del repere, permette il montaggio del modello master 3D in articolatore per la realizzazione della protesi provvisoria, un Toronto bridge su sei impianti e relativi monconi per protesi avvitata, con un cantilever a sinistra (Figg. 38-48).

La dima radiologica è infine trasformata in dima chirurgica grazie all'utilizzo del modello master 3D e degli accessori dedicati (Fig. 49-51).

La guida e la protesi provvisoria assieme alla scheda riassuntiva comprendente anche tutti i passaggi chirurgici relativi ad ogni singolo impianto sono inviati nuovamente al clinico.

Il giorno della chirurgia è anche il giorno della protesi.

L'intervento in tecnica flapless inizia con la mucotomia.

A tale scopo la dima viene appoggiata sulla mucosa per passare i mucotomi e poi rimossa per permettere un'agevole rimozione dei tasselli di gengiva.

La dima viene fissata con gli appositi pin (Fig. 53).

Gli impianti vengono inseriti seguendo le informazioni della scheda allegata compilata dall'odontotecnico (Figg. 54-56).

Al termine di tutti i passaggi la dima viene rimossa, i monconi inconati sui rispettivi impianti, le boccole della protesi avvitate sui monconi e la struttura protesica bloccata alle boccole con composito polimerizzato in situ, per un ideale abbattimento delle discrepanze fra il progetto e la sua realizzazione (Figg. 57-60).

La protesi fissata alle boccole viene svitata, rifinita e riposizionata per tutto il periodo di attesa della osteointegrazione degli impianti (Fig. 61).



Fig. 1 - Situazione clinica iniziale



Fig. 2, 3 - Estrazione dei denti residui



Fig. 3



Fig. 4, 5 - Controlli della protesi mobile



Fig. 5



Fig. 6 - Morso di centrica



Fig. 7 - Impronta dell'antagonista, protesi mobile e morso di centrica



Fig. 8 - Protesi mobile



Fig. 9 - Mascherina radiologica con Marker

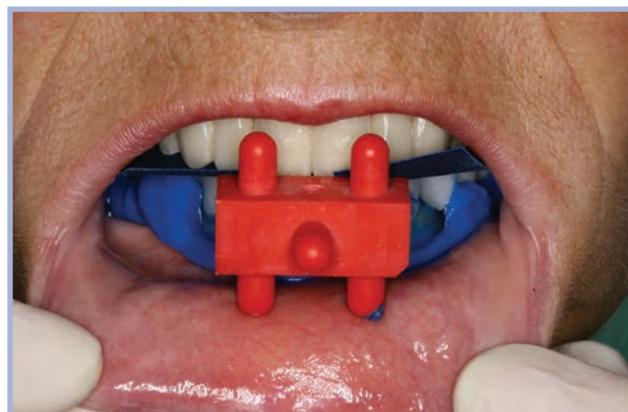


Fig. 10-13 - Prova della mascherina radiologica, verifica fit sui tessuti molli

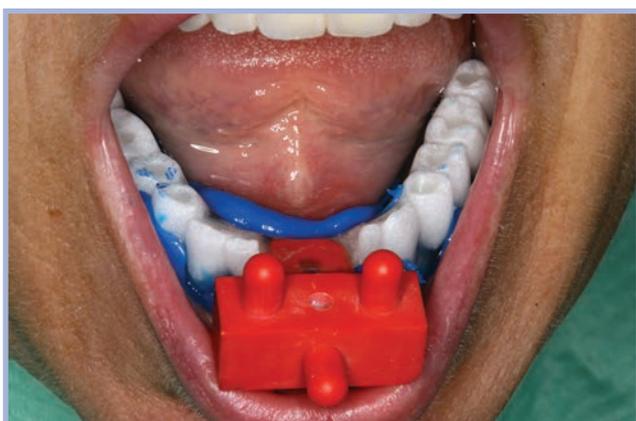


Fig. 11

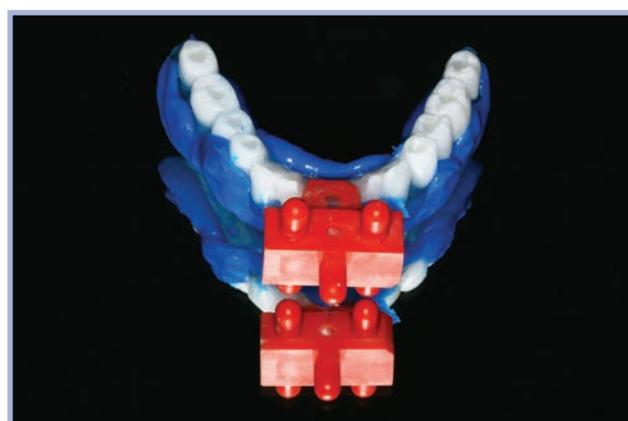


Fig. 12

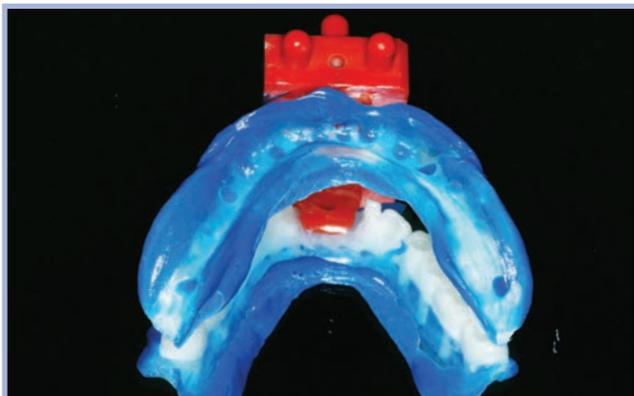


Fig. 13

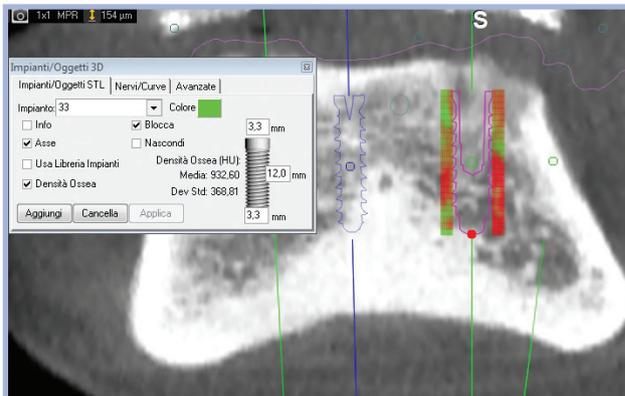


Fig. 14-19 - Impianti pianificati visti nelle "cross section" su software 3 Diagnostics Leone: figura 14 Impianto Ø 3,3 x 12 mm in posizione 33

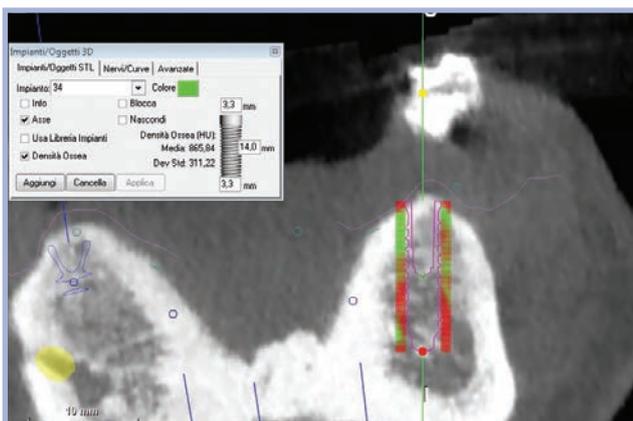


Fig. 15 - Impianto Ø 3,3 x 14 mm in posizione 34

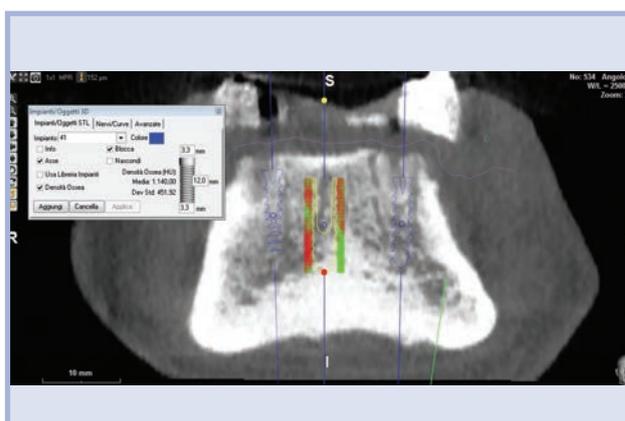


Fig. 16 - Impianto Ø 3,3 x 12 mm in posizione 41

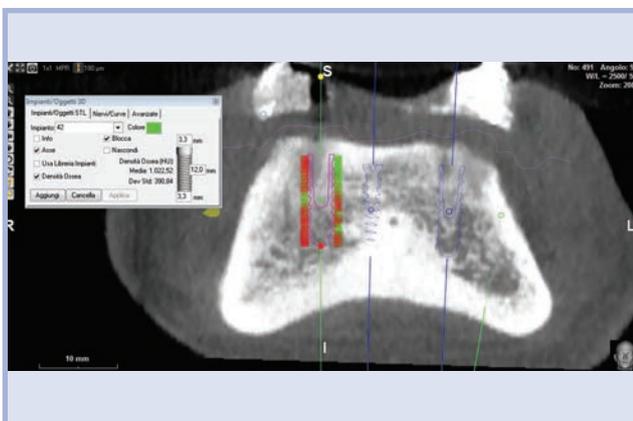


Fig. 17 - Impianto Ø 3,3 x 12 mm in posizione 42

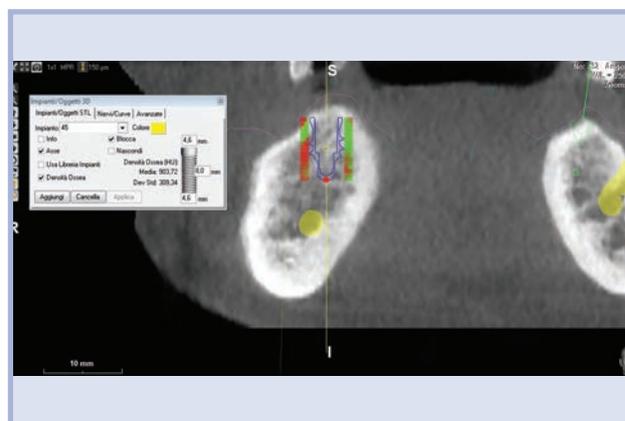


Fig. 18 - Impianto Max Stability Ø 4,5 x 8 mm in posizione 45

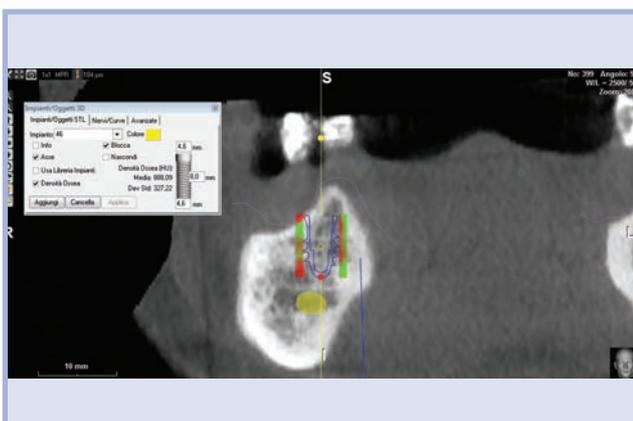


Fig. 19 - Impianto Max Stability Ø 4,5 x 8 mm in posizione 46

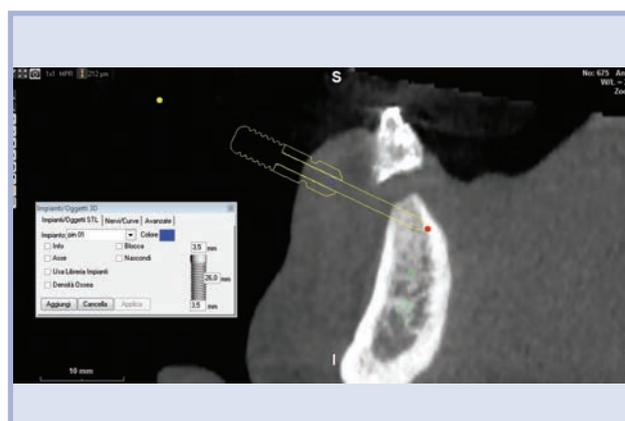


Fig. 20-22 - Pin di fissaggio pianificati visti nelle "cross section"

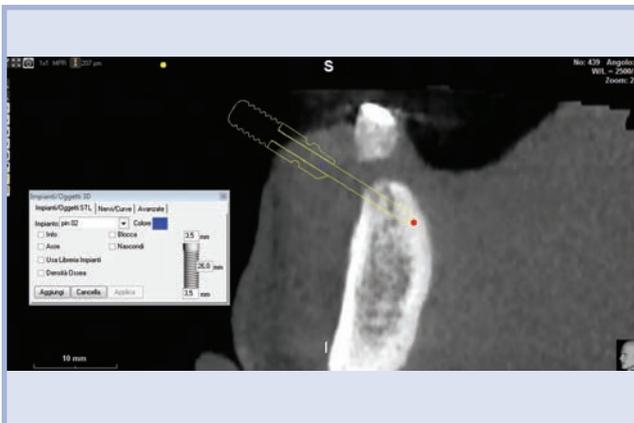


Fig. 21

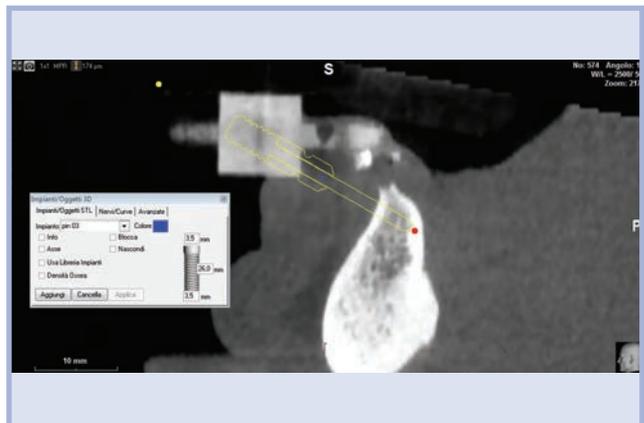


Fig. 22

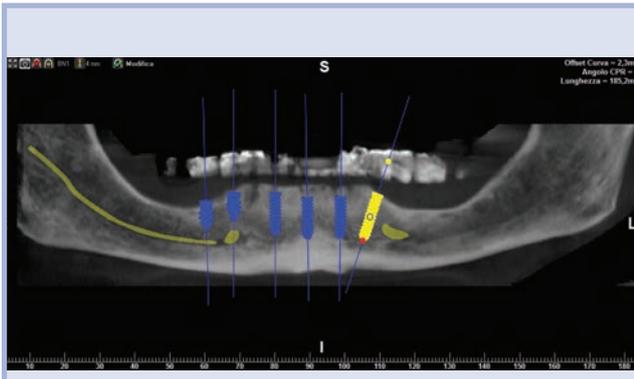


Fig. 23 - Visione della pianificazione implantare sulla Panorex



Fig. 24 - Pianificazione implantare e dei pin di fissaggio nella "ricostruzione 3D" del software

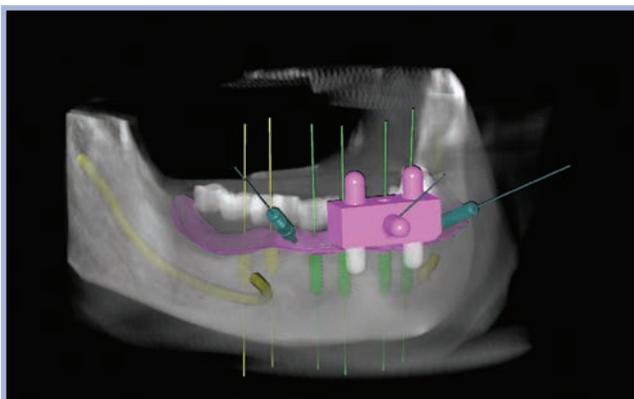


Fig. 25 - Sovrapposizione del modello master sulla "ricostruzione 3D" per una corretta rappresentazione dei tessuti molli

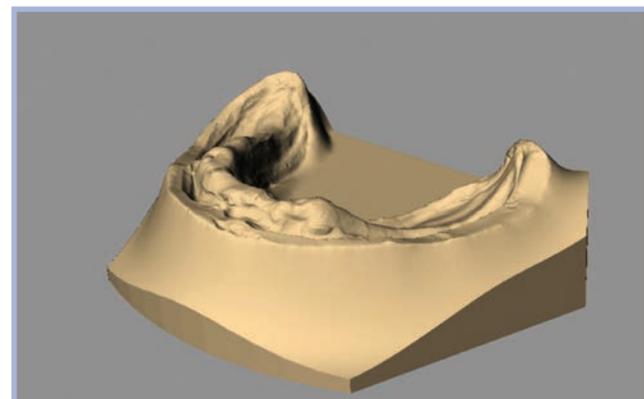


Fig. 26 - Scansione ottica del modello in gesso

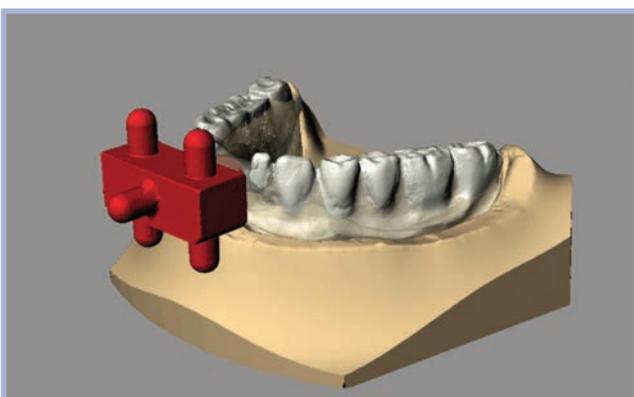


Fig. 27 - Scansione ottica del modello in gesso con la mascherina radiologica

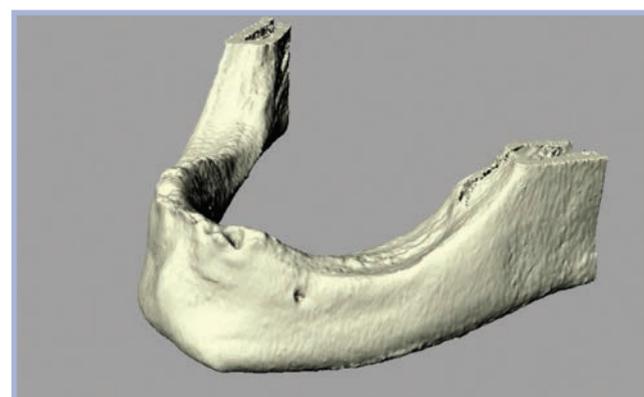


Fig. 28 - Osso della paziente dall'esame Rx 3D (segmentazione)

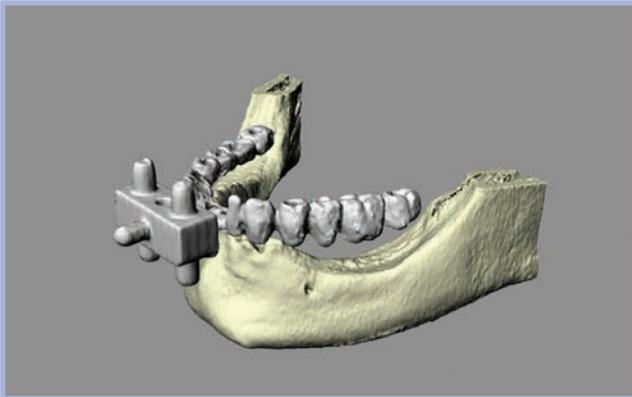


Fig. 29 - Osso della paziente dall'esame Rx 3D con la mascherina radiologica (lego e ceratura diagnostica)

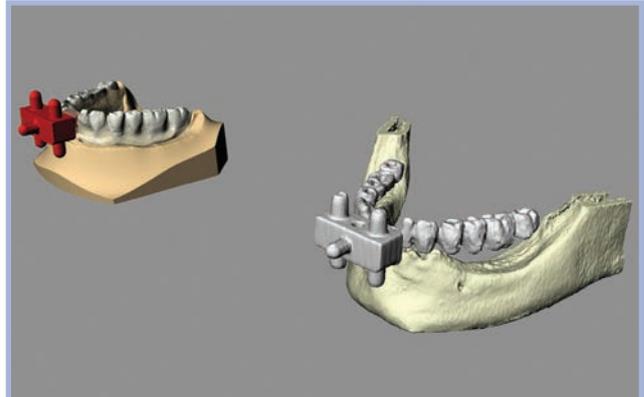


Fig. 30 - Il modello deve essere sovrapposto all'osso per ottenere l'esatta rappresentazione del tessuto molle

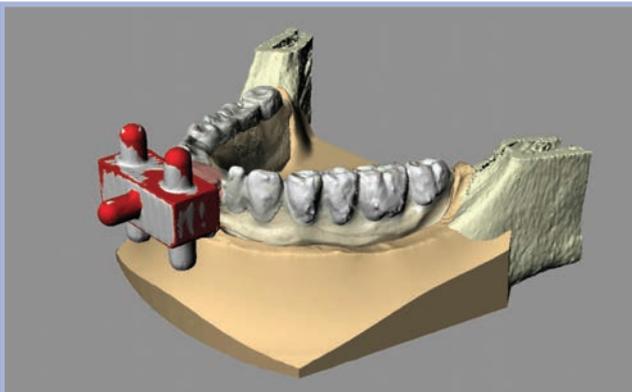


Fig. 31 - La sovrapposizione (= matching) avviene tramite la sovrapposizione del marker radiologico

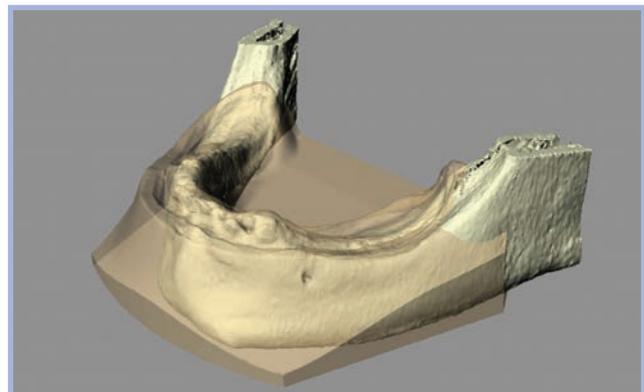


Fig. 32 - Unione del modello in gesso con l'esame Rx 3D

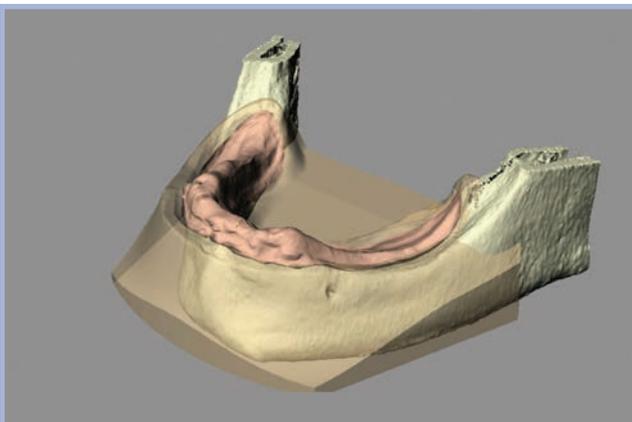


Fig. 33 - Segmentazione del tessuto molle

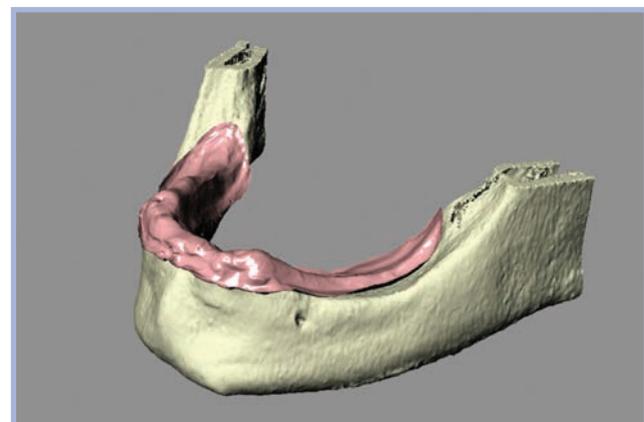


Fig. 34 - Unione del tessuto molle e del tessuto duro

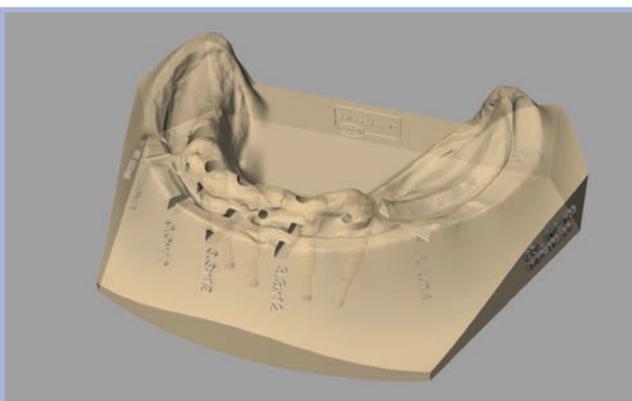


Fig. 35 - Modello master 3D derivante dall'operazione di matching e pianificazione implantare

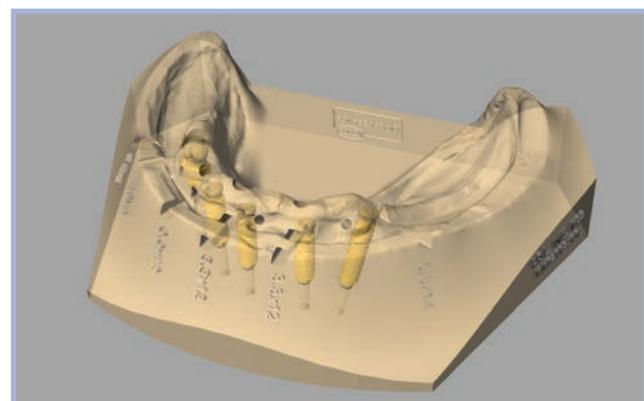


Fig. 36 - Modello master 3D con impianti da laboratorio inseriti

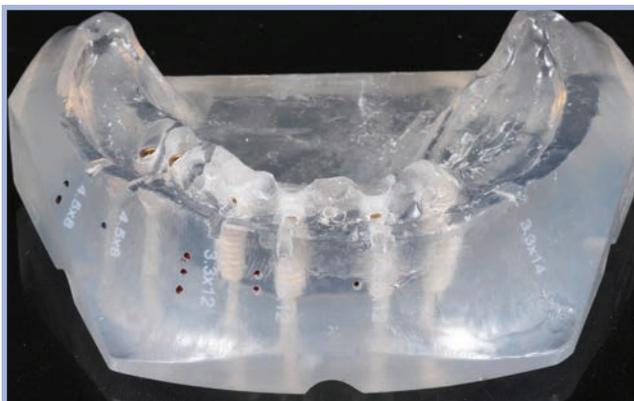


Fig. 37 - Modello master 3D stampato dal Digital Service Leone



Fig. 38, 39 - Montaggio del modello master 3D e della mascherina radiologica (privata del marker) in articolatore



Fig. 39

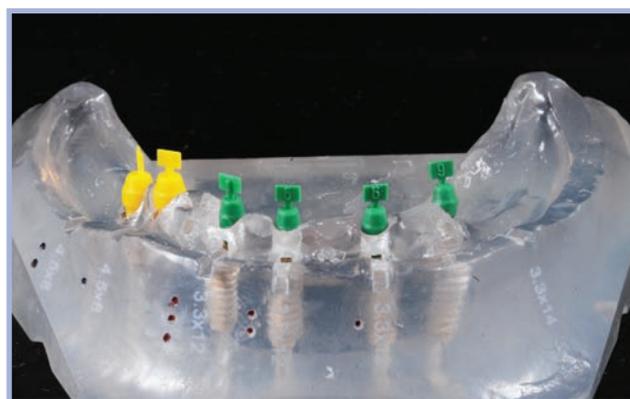


Fig. 40 - Scelta dei monconi per protesi avvitata con l'ausilio dei monconi di prova



Fig. 41 - Cappette in titanio avvitate sui monconi per protesi avvitata



Fig. 42-44 - Fasi di realizzazione della protesi avvitata provvisoria

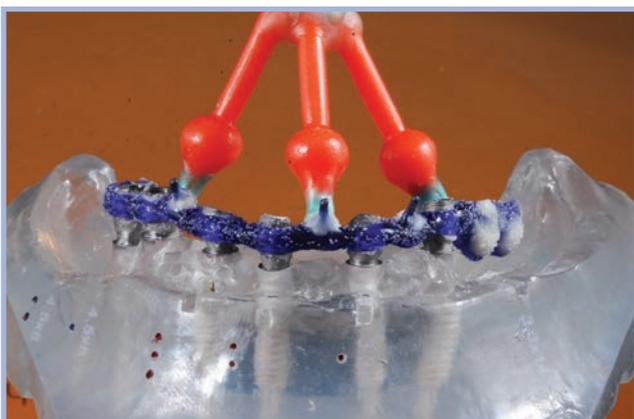


Fig. 43



Fig. 44

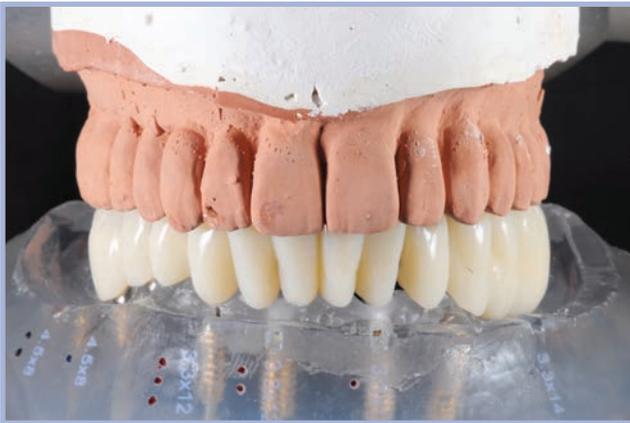


Fig. 45, 46 - Protesi provvisoria montata in articolatore



Fig. 46



Fig. 47, 48 - Protesi avvitata provvisoria posizionata sul modello master 3D

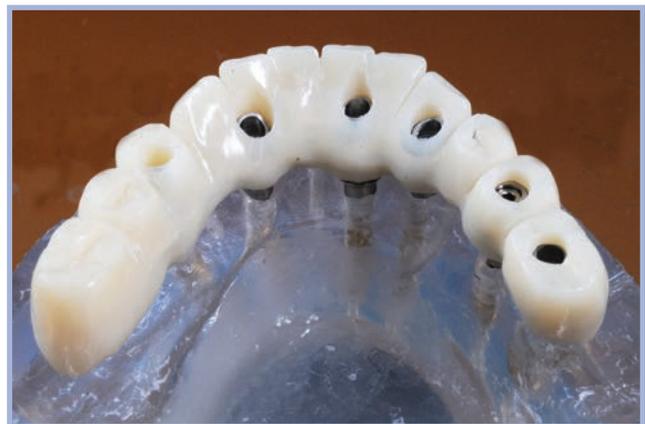


Fig. 48

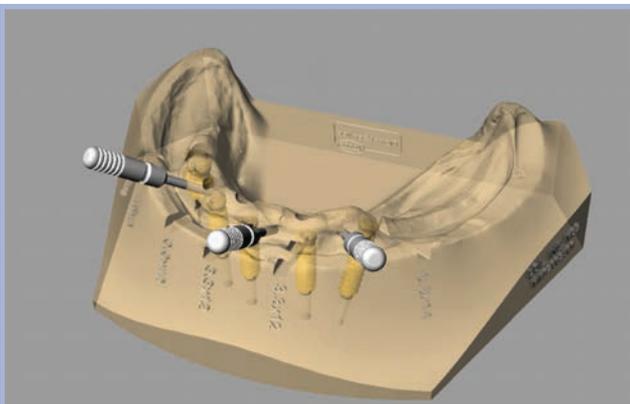


Fig. 49 - Modello master 3D: impianti e pin inseriti

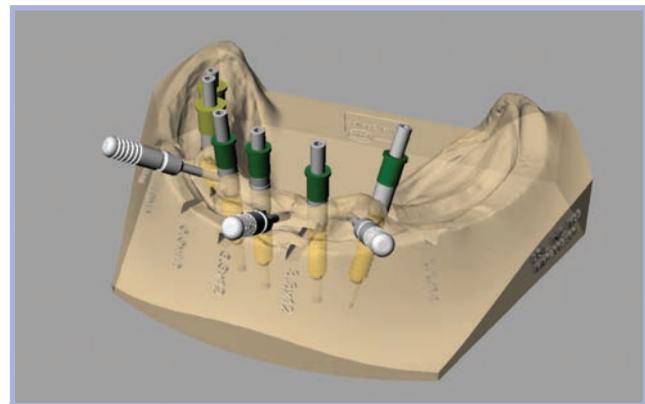


Fig. 50 - Modello master 3D: simulazione posizionatori e bocche per la realizzazione della guida chirurgica



Fig. 51 - Guida chirurgica realizzata sul modello master 3D

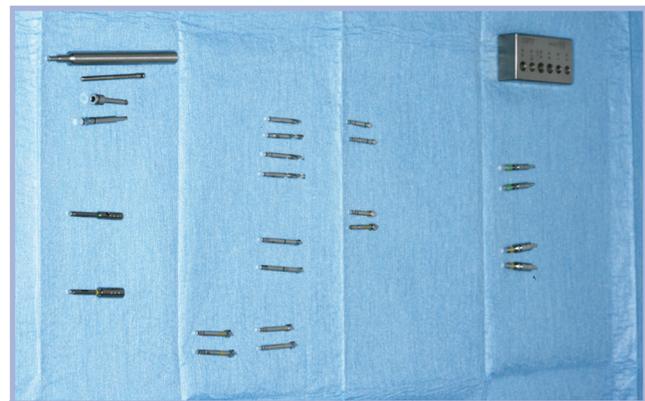


Fig. 52 - Strumentario chirurgico necessario per questo intervento di chirurgia guidata



Fig. 53 - Fissaggio della mascherina chirurgica con pin inseriti nell'osso mandibolare



Figg. 54-56 - Fasi operative della chirurgia guidata

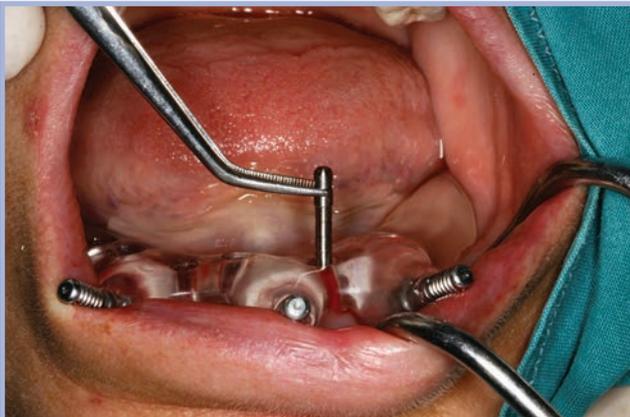


Fig. 55



Fig. 56



Fig. 57 - Situazione a fine intervento



Fig. 58 - Modello master 3D con monconi per protesi avvitata, cappette in titanio e protesi provvisoria



Fig. 59 - Monconi per protesi avvitata inconati sui rispettivi impianti



Fig. 60 - Cappette in titanio avvitate sui monconi per protesi avvitata



Fig. 61 - Protesi provvisoria rifinita in situ; i fori di accesso dei canali delle viti sono stati chiusi con resina Protemp 3M

Realizzazione mascherina radiologica, guida chirurgica e protesi provvisoria avvitata

Odt. Massimiliano Pisa - Titolare del laboratorio Dental Giglio di Firenze

IMPLANTOLOGIA 2013



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA



- Il nostro **NUOVO CATALOGO DI IMPLANTOLOGIA** VII edizione è già stato distribuito in migliaia di copie in tutta Italia.
- Al catalogo è stato allegato il **LISTINO PREZZI** che non ha subito alcuna variazione, è stato solo aggiornato con tutti i nuovi prodotti.
- Se ancora non lo ha ricevuto, lo può richiedere:
 - telefonando ai numeri **055 304432 – 055 304433**
 - inviando una mail all'indirizzo **clienti@leone.it**



prodotti per la rigenerazione tissutale

● Sostituto Osseo Sintetico

● Membrana Riassorbibile Naturale



Prodotto da



Distribuito in esclusiva da



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA



MICRO-MACROPOROUS
BIPHASIC
CALCIUM
PHOSPHATE

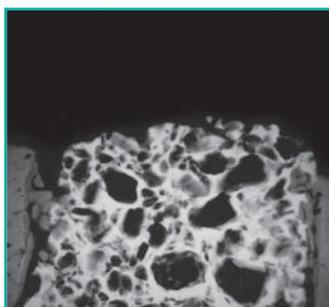


SOSTITUTO OSSEO SINTETICO MBCP⁺

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



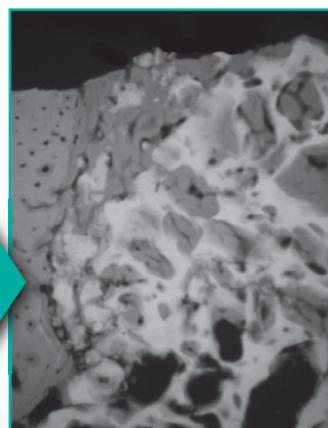
PROGRESSIVA CRESCITA OSSEA ALL'INTERNO DI MBCP⁺ E SOSTITUZIONE DEL MATERIALE CON OSSO NEIFORMATO VITALE (studio su animale - micro radiografie)



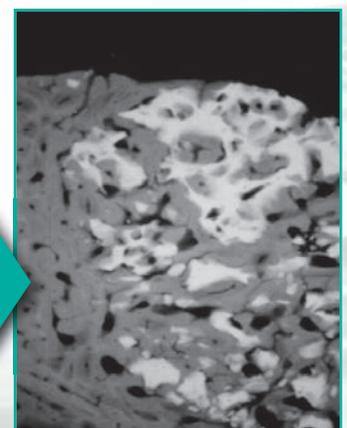
10 giorni



30 giorni



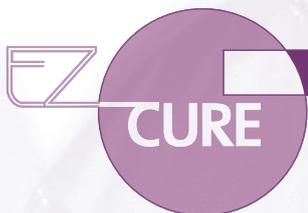
120 giorni



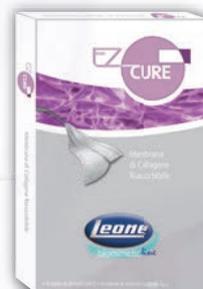
270 giorni

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

*Tutti i prezzi sono da intendersi IVA esclusa



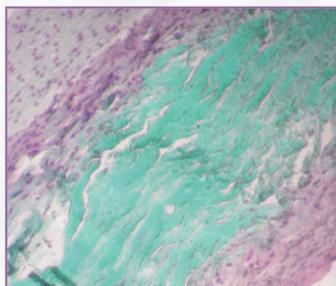
TECNOLOGIA CROSS-LINKING
RIASSORBIMENTO CONTROLLATO
BI-SIDE
MICROPOROSA



MEMBRANA RIASSORBIBILE NATURALE EZ CURE

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

CONTROLLO DELLA FUNZIONE BARRIERA SU ANIMALE



3 mesi



6 mesi

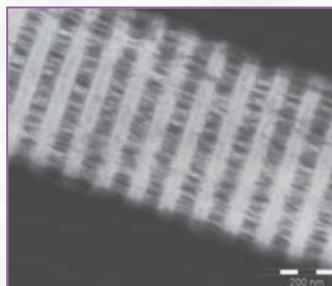


Immagine al SEM che evidenzia l'architettura cross-linking

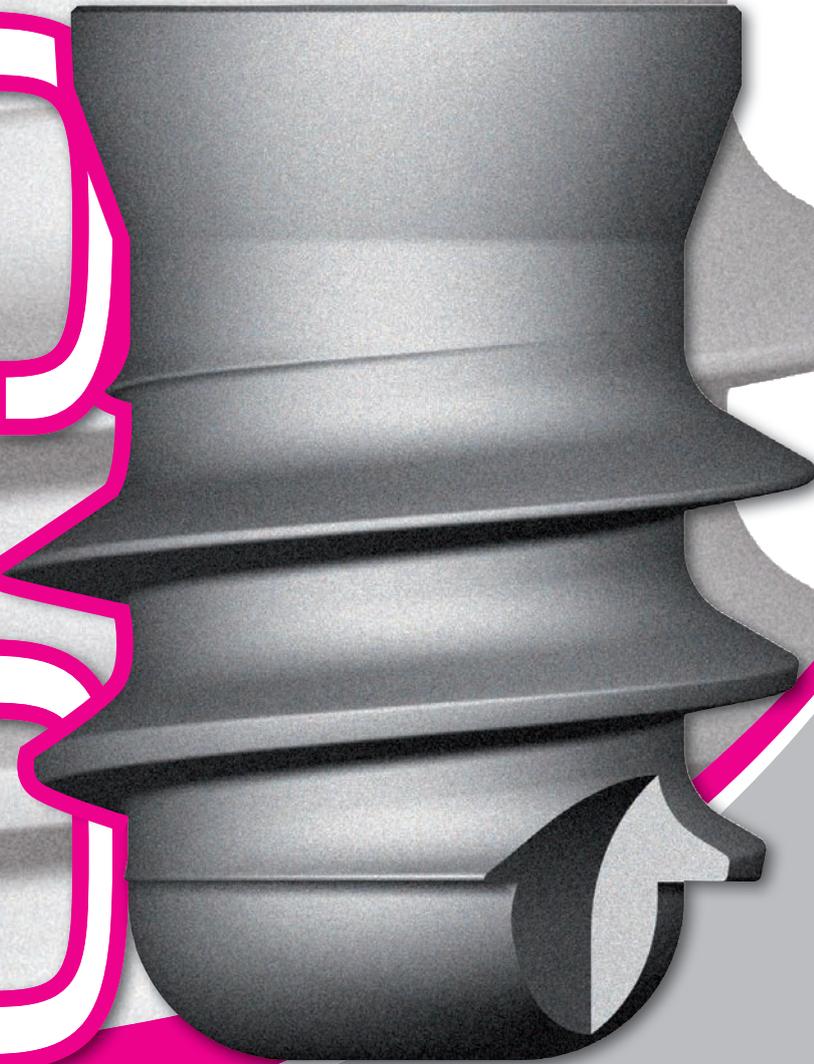


Effetto dell'idratazione

~~EX~~ACONE
Leone



**IMPIANTO
CORTO
LEONE**



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

lunghezza ridotta a 6.5 mm

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

STRUMENTI PER CHIRURGIA GUIDATA IN PAZIENTI TOTALMENTE EDENTULI

FRESA PER PIN DI FISSAGGIO

Fabbricata in acciaio inossidabile. Diametro 1,45 mm, lunghezza della parte lavorante 20 mm. Si utilizza attraverso le boccole dedicate presenti nella guida chirurgica per creare l'alloggio dei pin. È provvista di uno stop integrale che arresta il fresaggio una volta arrivato a battuta sulla boccola. Presenta un attacco universale codolo ISO per essere connessa direttamente al contrangolo. Fornita non sterile, deve essere sterilizzata prima dell'utilizzo. Confezione da 1 pezzo – Euro 55,00 + IVA



154-1420-12

PIN DI FISSAGGIO PER GUIDA CHIRURGICA

Realizzati in titanio grado medicale 5. Si inseriscono a pressione attraverso la boccola dedicata, dopo il passaggio dell'apposita fresa e si portano a battuta sulla boccola stessa digitalmente o con l'ausilio di un piccolo martelletto. I pin sono utilizzati anche dal tecnico per posizionare le boccole per pin alla giusta quota nella realizzazione della guida chirurgica. Forniti non sterili, devono essere sterilizzati prima dell'utilizzo in bocca. Confezione da 3 pezzi – Euro 66,00 + IVA



156-2004-54

BOCCOLE PER PIN DI FISSAGGIO

Realizzate in titanio grado medicale 5. Si posizionano all'interno della guida chirurgica e si utilizzano durante la chirurgia per guidare le frese per pin e, successivamente, con i pin per bloccare la guida chirurgica sulla mucosa del paziente. Confezione da 3 pezzi – Euro 24,00 + IVA



156-1500-54

ESPULSORE INTRAORALE PER BOCCOLE

Realizzato in titanio grado medicale 5. Si utilizza per rimuovere le boccole dalla guida quando questa è fissata stabilmente in bocca con i pin. Lo strumento ha un piccolo manico godronato per aumentarne la presa, l'estremità a tre punte permette il suo inserimento all'interno delle tre scanalature delle boccole. Con foro per l'inserimento del filo di sicurezza. Fornito non sterile, deve essere sterilizzato prima dell'utilizzo. Confezione da 1 pezzo – Euro 35,00 + IVA



156-1029-54

UTILIZZO DEI NUOVI STRUMENTI PER CHIRURGIA GUIDATA IN PAZIENTI TOTALMENTE EDENTULI

Si ringrazia il Dott. Leonardo Targetti per il prezioso contributo alla stesura di queste pagine e per le fotografie.

Consultare l'Avvertenza, la Pianificazione del trattamento implantoprotesico, gli Esami pre-operatori alle pagine 58 e 59 del nostro catalogo Implantologia 2013.



1 - Nei pazienti totalmente edentuli la guida chirurgica si appoggia sulla mucosa. Per stabilizzarla è necessario fare uso dei pin di fissaggio Cat. 156-2004-54.



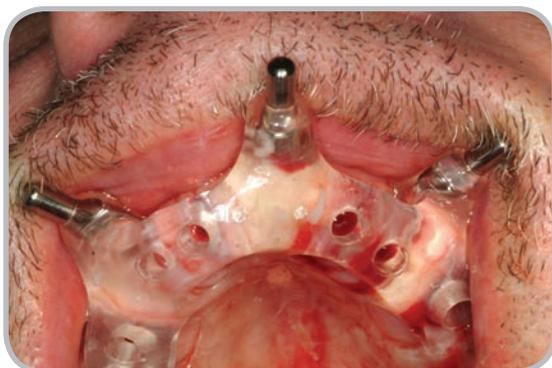
2 - Per alloggiare i pin di fissaggio è necessario passare la fresa dedicata Cat. 154-1420-12 attraverso le boccole per pin di titanio Cat. 156-1500-54.



3 - La fresa per pin è collegata direttamente al manipolo...



4 - ed è portata a battuta sulla boccola per pin di titanio.



5 - Dopo aver passato la fresa attraverso tutte e tre le boccole, si inseriscono i pin a pressione fino a portarne la testa a battuta sulla boccola. I pin, oltre a fissare stabilmente la guida, sono utili per tenere distanziate le labbra.

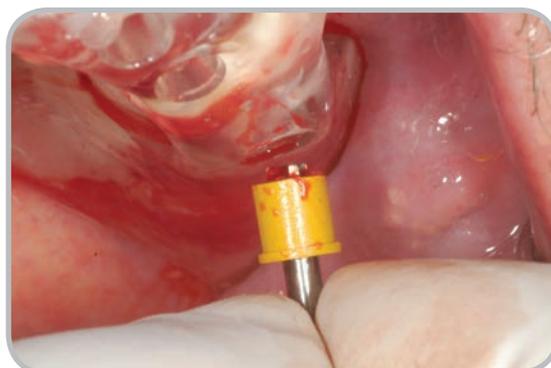


6 - L'espulsore Cat. 156-1029-54 si utilizza per rimuovere le boccole di ultrapolimero dalla guida quando questa è fissata permanentemente in bocca.

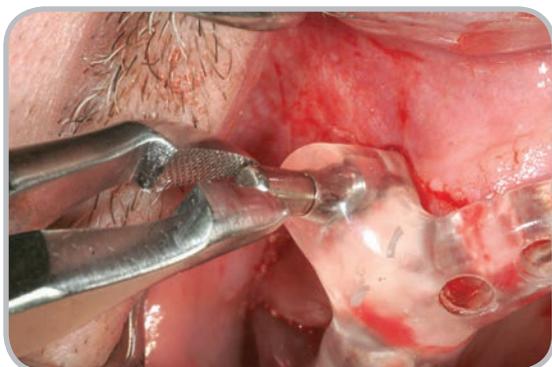
Si inserisce nella boccola facendo attenzione ad inserire le 3 punte nelle scanalature.



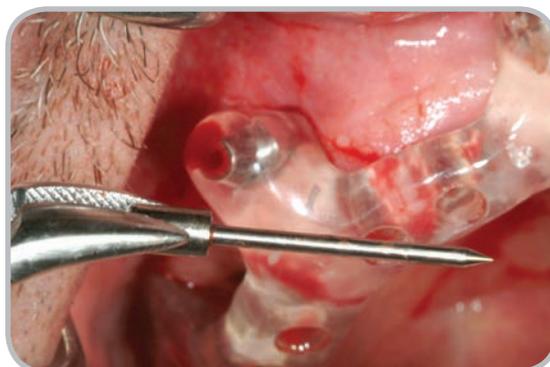
7 - Dopo che le tre punte sono passate interamente attraverso la boccola, lo strumento deve essere ruotato di qualche grado in modo da fare presa nella parte sottostante della boccola...



8 - e favorirne, quindi, la rimozione per trazione. Le boccole si reinseriscono direttamente con le frese Zero 1.



9a, 9b - Al termine dell'intervento i pin si rimuovono agevolmente per trazione con l'ausilio di semplici pinze.



9b



Le illustrazioni e le indicazioni descritte in questa pagina sono da intendersi di carattere generale e non costituiscono indicazioni terapeutiche od operative per il Medico Chirurgo, l'Odontoiatra, l'Odontotecnico né tanto meno per il paziente. La Leone S.p.A. non si assume alcuna responsabilità né fornisce alcuna garanzia circa l'esattezza o l'attinenza delle informazioni fornite in queste pagine.

Utilizzo di impianti Max Stability nel trattamento implanto-protetico a carico immediato di edentulia intercalata frontale inferiore.

Considerazioni cliniche e procedurali

Dott.ssa Irene Frezzato, Dott. Alberto Frezzato
Liberi professionisti a Rovigo

Parole chiave

impianti Max Stability, post-estrattivo immediato, tecnica flapless, carico immediato

Il case report concerne paziente femminile di anni 53, portatrice da circa 20 anni di Maryland Bridge inferiore esteso da 3-3, applicato a suo tempo con il duplice intendimento di sostituire con protesi a basso impatto due incisivi perduti per malattia parodontale e, al contempo, stabilizzare il gruppo frontale inferiore, parodontalmente compromesso (Figg. 1, 2). Il progredire della malattia parodontale ha comportato una mobilitazione progressiva degli elementi dentari e distacchi successivamente più frequenti della protesi ad incollaggio.

La paziente ci ha richiesto un nuovo trattamento che possa offrire stabile risultato nel tempo. Non risulta proponibile una protesi su 2-2, risultando tali elementi sottili, mobili, parodontalmente compromessi. La soluzione protesica tradizionale di una protesi su 3-3, dopo estrazione di 2-2, è stata scartata per non dover penalizzare i due canini con un probabile trattamento endodontico ed una protesi con carichi non assiali, essendo il gruppo frontale inferiore nettamente linguoinclinato come compenso dentale ad una discrepanza sagittale mandibolo-mascellare.

Viene quindi proposto un trattamento implanto-protetico come soluzione più idonea a risolvere l'edentulia.

Volendo mantenere i due incisivi laterali con un trattamento di "temporeggiamento" si dovrebbero porre due impianti in sede 1-1 e stabilizzare i due incisivi laterali con una estensione della protesi 1-1 implanto-supportata. La zona 1-1, edentula da circa 20 anni, appare inadatta all'inserimento immediato di due impianti perché atrofica con espressione a lama di coltello (Cawood-Howell classe 4). La scelta di due impianti in sede 1-1 comporterebbe quindi una ricostruzione volumetrica ossea di tale zona mediante innesto osseo o GBR. Tale piano di trattamento apparentemente più conservativo per i due incisivi, appare in realtà una scelta più complessa dal lato chirurgico, di minore comfort, più lunga e dispendiosa per la paziente.

L'esame obiettivo mostra altresì, in corrispondenza delle radici dei due incisivi laterali, uno spessore adeguato all'inserimento di due impianti. La radiografia endorale mostra sufficiente disponibilità ossea oltre apice (Fig. 3). Si ritiene quindi di proporre la procedura implanto-protetico post-estrattiva a carico immediato. Tale procedura risulta un trattamento veloce, di scarso impatto per il paziente, esclude le procedure rigenerative necessarie in zona 1-1, permette una protesi a carico immediato, risulta bene accettata alla paziente concentrando la chirurgia in un unico tempo e, non ultimo, riducendo i costi del trattamento. La valutazione clinica e radiografica dei siti implantari ci suggerisce di utilizzare due impianti Max Stability Ø 3,75 x 12 mm. Di seguito si riportano le foto delle fasi principali del trattamento: estrazione atraumatica degli elementi dentari 2-2 (Fig. 4), preparazione dei siti (Fig. 5), inserimento di due impianti Max Stability Ø 3,75 x 12 mm (Figg. 6-8), connessione immediata di due tappi di guarigione Ø 3,3 altezza 7 mm (Fig. 9), confezionamento di provvisorio immediato estemporaneo utilizzando parte del Maryland preesistente (Figg. 10, 11).

A quattro mesi dall'intervento i tessuti appaiono guariti e stabili (Fig. 12) e si procede alla protesizzazione definitiva mediante ponte metallo-ceramica 2-2 (Figg. 13-16).

Le figure 17 e 18 mostrano il quadro clinico e radiografico a 12 mesi dal carico.

Una accurata selezione del paziente e un preciso protocollo chirurgico-protetico permettono di scegliere il trattamento di carico immediato nelle edentulie intercalate inferiori come procedura affidabile.



Fig. 1 - Quadro clinico iniziale



Fig. 2 - Maryland visione linguale



Fig. 3 - Radiografia pre-operatoria



Fig. 4 - Alveoli post-estrattivi



Fig. 5 - Preparazione dei siti implantari



Fig. 6 - Impianto Max Stability Ø 3,75 x 12 mm



Fig. 7 - Inserimento degli impianti Max Stability Ø 3,75 x 12 mm



Fig. 8 - Visione degli impianti inseriti



Fig. 9 - Connessione dei tappi di guarigione 3,3 altezza 7 mm



Fig. 10 - Provvisorio estemporaneo, da riadattamento del Maryland precedente

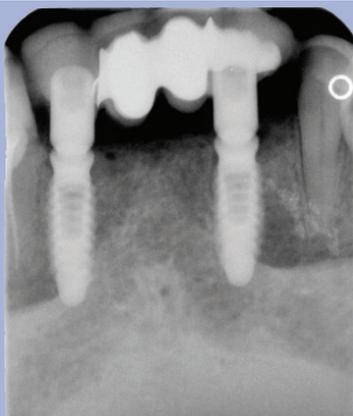


Fig. 11 - RX post-operatoria immediata



Fig. 12 - Provvisorio estemporaneo in resina sui tappi di guarigione



Fig. 13 - Quadro clinico al momento dell'impronta



Fig. 14 - Impronta con i transfer



Fig. 15 - Manufatto finito sul modello



Fig. 16 - Consegna del manufatto



Fig. 17 - Controllo a 12 mesi



Fig. 18 - Controllo radiografico a 12 mesi dal carico

Realizzazione protesiche:

Laboratorio Ceramodent di Morbiato P. e C. - Padova

Per informare e aggiornare con rapidità i professionisti sulle nostre attività culturali e commerciali.

Se desidera ricevere la nostra Newsletter al suo indirizzo invii una mail a:

clienti@leone.it

oppure compili il form all'interno del sito:

www.leone.it.

ISO[®]
ISTITUTO
STUDI
ODONTOIATRICI



Ortodonzia e Implantologia



Sede a Firenze..

Due piani per un totale di 1.000 metri quadrati. Un'Aula Magna per 250 congressisti, uno Studio Dentistico con telecamere endo-extraorali collegate in rete, una sala da 40 posti per i medici che partecipano visivamente agli interventi, un Laboratorio odontotecnico completamente attrezzato per 18 posti, Aule polivalenti.



Attività..

Programma completo di corsi clinici, teorici e pratici di ortodonzia ed implantologia, Incontri Culturali e Congressi organizzati con il supporto di strumenti didattici di alta tecnologia. Da sempre i corsi promossi dall'ISO hanno un numero limitato di partecipanti con l'obiettivo di instaurare uno stretto rapporto tra insegnante e allievo.



Professionalità..

Operiamo da oltre 25 anni per divulgare l'odontoiatria a livelli sempre più elevati, oltre 35.000 odontoiatri, odontotecnici ed operatori commerciali hanno seguito i nostri corsi in Italia e all'estero.



Relatori..

Docenti di fama nazionale ed internazionale mettono a disposizione la loro esperienza realizzando programmi di grande professionalità, articolati in modo che le ore d'insegnamento di teoria e pratica siano equamente distribuite per affrontare e approfondire ogni singola fase clinica.

La mia esperienza clinica con il sistema implantare Leone: studio clinico prospettico sulla sopravvivenza a 1 anno di 203 impianti

Dott. Marco Mirijello
Libero professionista a Vicenza

Parole chiave

follow up, successo/sopravvivenza implantare, protesi fissa

Premessa e scopi

Questa indagine aveva lo scopo di valutare, mediante uno studio prospettico con follow-up di 1 anno, la percentuale di osteointegrazione di un gruppo di impianti Leone.

Materiali e metodi

Nel periodo compreso tra marzo 2010 e marzo 2012 sono stati posizionati 203 impianti Leone; il tipo di riabilitazione protesica consisteva nella realizzazione di protesi fisse, corone o ponti.

Valutazione clinica ed anamnestica

Tra i 105 pazienti consecutivamente ammessi i criteri di esclusione sono stati i seguenti:

- severa discrepanza dei rapporti intermascellari;
- riflesso alla chiusura;
- bruxismo;
- assunzione abitudinaria di alcool o farmaci;
- forti fumatori (più di 10 sigarette al giorno);
- pazienti sottoposti a trattamenti radioterapici;
- pazienti trattati con chemioterapici antitumorali;
- pazienti affetti da malattia renale o epatica cronica;
- emofilia, disordini della coagulazione o terapia cumarinica;
- disordini ossei dismetabolici;
- pazienti immunocompromessi, incluso l'HIV;
- terapia con farmaci steroidei in atto;
- gravidanza in corso all'epoca della valutazione preoperatoria;

- controindicazione generale alle procedure chirurgiche del paziente;
- malattie della mucosa orale (come il Lichen Planus o il Pemfigo).

I pazienti sono stati sottoposti ad una prima visita dove è stata effettuata l'anamnesi, l'esame obiettivo, la valutazione e la registrazione di tutti i dati del paziente. La visita includeva:

- compilazione da parte del paziente di un questionario sulle condizioni di salute generale;
- esame clinico intra ed extraorale;
- procedure terapeutiche alternative;
- informazione del paziente dei rischi e delle possibili complicanze del trattamento;
- valutazione radiografica, che può comprendere: ortopantomografia, TAC Dental Scan, fotografie intraorali.

Allo scopo di agevolare l'analisi dell'anatomia locale e pianificare al meglio la fase chirurgica e protesica, veniva rilevata pre-operatoriamente un'impronta con alginato.

Dalle impronte rilevate venivano colati i modelli dell'arcata superiore ed inferiore, i quali, venivano posti in articolatore nella corretta relazione spaziale tra le due arcate stesse.

In questo modo è stata possibile la valutazione degli elementi dentari da protesizzare e lo spazio interocclusale disponibile.

Oltre a ciò, a partire dai modelli in gesso, veniva fabbricata una dima chirurgica in resina acrilica. Tale manufatto è dotato di boccole forate in corrispondenza dei punti di inserimento ideale, dal punto di vista biomeccanico, degli impianti.

Protocollo chirurgico e protesico

I prerequisiti per l'ottenimento di condizioni di asepsi sono stati i seguenti:

- manopole contrangolo autoclavabile con il controllo della velocità di rotazione, provvisto di irrigazione con soluzione fisiologica sterile raffreddata per mantenere bassa la temperatura dell'osso;
- procedure chirurgiche, strumenti ed accessori vari sterili.

Poco prima dell'intervento chirurgico, il paziente ha effettuato uno sciacquo per un minuto con una soluzione contenente clorexidina digluconato allo 0,20% di concentrazione allo scopo di ottenere un adeguato grado di asepsi locale.

Al paziente è stata somministrata una terapia antibiotica profilattica un'ora prima dell'intervento e per la settimana seguente mediante l'associazione di amoxicillina e acido clavulanico.

La profilassi includeva anche paracetamolo, al momento del bisogno.

I pazienti sono stati istruiti in modo dettagliato riguardo le misure di igiene orale domiciliare da seguire, quali sciacqui con soluzioni a base di clorexidina 0,12%, spazzolamento regolare dei denti, tipo di dieta da seguire.

Per l'inserimento degli impianti si è scelto di seguire la procedura chirurgica del sistema implantare Leone, con la sola esclusione della fase di maschiatura del sito implantare al fine di ottenere una maggiore stabilità primaria.

Follow-up

Nell'immediato post-operatorio è stata effettuata una radiografia endorale di controllo a ciascun paziente; inoltre, ai pazienti sono state fornite istruzioni sulle norme igieniche e dietetiche domiciliari da seguire nel decorso post-operatorio: sciacqui con collutorio a base di clorexidina digluconato allo 0,12%, 3 volte al dì per 1 minuto circa, per 2 settimane.

Un primo check-up è stato effettuato dopo 7-14 giorni dall'intervento durante la rimozione delle suture. Durante il controllo sono state ripetute le istruzioni sulle norme di igiene orale da mantenere (spazzolino

da denti con setole morbide ed applicazioni topiche con gel di clorexidina).

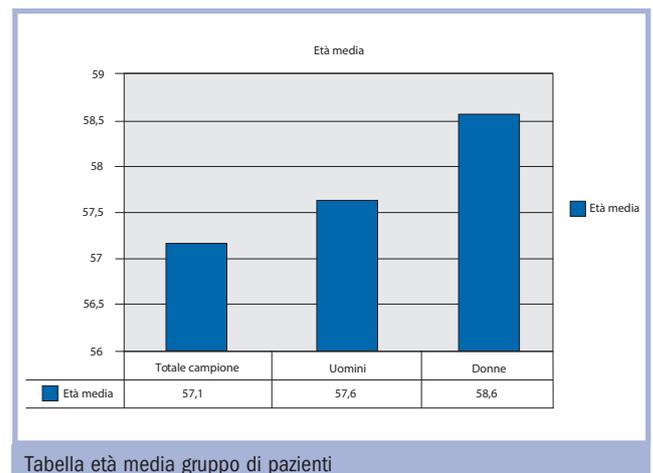
Per identificare eventuale perdita di osso verticale attorno agli impianti, visibile solo radiograficamente, sono state effettuate radiografie (OPT ed endorali).

I criteri di successo adottati sono stati quelli di Albrektsson et al.:

- assenza di mobilità clinica;
- assenza di radiotrasparenza periimplantare
- assenza di dolore, parestesia e infezioni
- riassorbimento osseo marginale < 1,5 mm 1 anno dopo il carico e 0,2 mm per anno successivo.

Statistica

Il gruppo di pazienti sui quali è stato fatto lo studio è di 105 persone, 52 donne e 53 uomini. L'età media del gruppo di pazienti era di 57,1 anni al momento dell'inserimento degli impianti, quella delle donne



58,6, quella degli uomini 57,6.

Su questi pazienti sono stati impiantati 203 impianti Leone. La sopravvivenza implantare cumulativa a 1 anno è risultata pari al 96%; su 203 impianti posizionati, 8 non hanno raggiunto l'osteointegrazione e sono stati persi precocemente (dal primo al terzo mese). Analizzando ulteriormente i dati si è notata una differenza percentuale diversa tra la sopravvivenza implantare a 1 anno nell'arcata superiore con il 95% di impianti integrati contro il 97% di integrazione nell'arcata inferiore. Durante il periodo di osservazione non è stata notata alcuna perdita dopo la protesizzazione degli impianti.

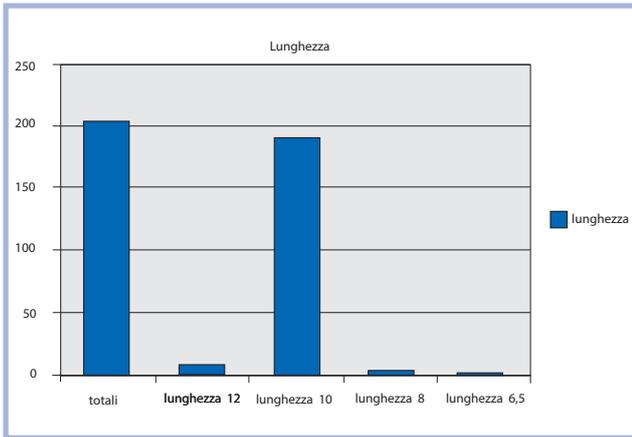


Tabella lunghezza impianti del campione

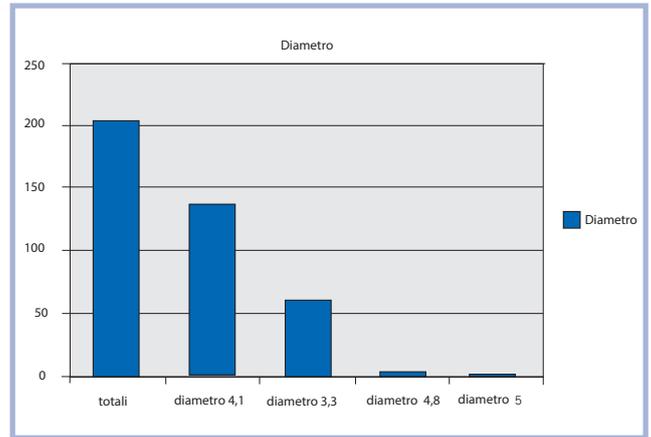


Tabella diametri impianti del campione

Conclusioni

Lo studio ha valutato la percentuale di osteointegrazione a un anno di 203 impianti Leone inseriti in un totale di 105 pazienti. La percentuale di osteointegrazione è stata del 95% nell'arcata superiore e del 97% nell'arcata inferiore, quella cumulativa totale del 96%.

Il sistema implantare Leone, in base ai risultati ottenuti, appare un sistema predicibile a patto che si rispettino i protocolli relativi al paziente e alle fasi di trattamento diagnostica, chirurgica e protesica.

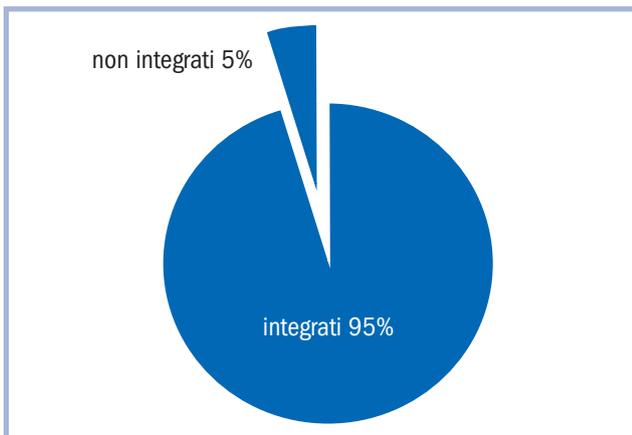


Tabella sopravvivenza impianti arcata superiore

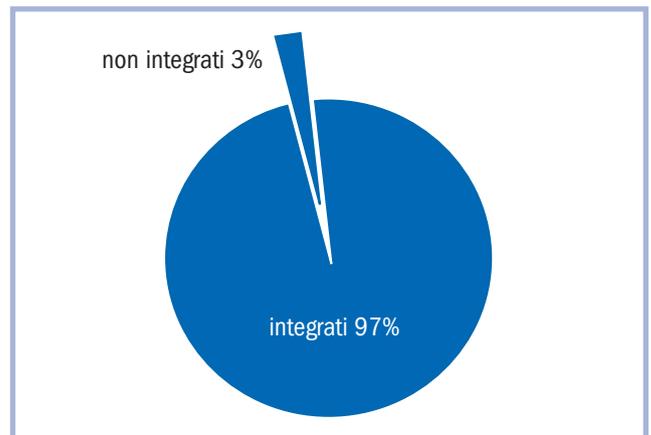


Tabella sopravvivenza impianti arcata inferiore



È ATTIVO IL NUOVO SITO

- Formazione
- Invio File
- Assistenza



www.leonedigitalservice.it



CORSO DI ALTA FORMAZIONE

Ortodonzia vs Implantologia: procedure di base e tecniche avanzate

Coordinatore: Prof. Claudio Chimenti



Il corso ha come scopo quello di preparare ortodontisti ed odontoiatri a conoscere e/o approfondire le conoscenze nell'implantologia, conoscenza indispensabile anche per le procedure di ancoraggio scheletrico nel trattamento ortodontico.

Il Corso è rivolto a Odontoiatri e Medici Chirurghi. In alcune sezioni verrà data gratuitamente la possibilità ai partecipanti di portare il proprio odontotecnico. Il corso si svolgerà presso le strutture dell'Università degli studi di L'Aquila ad eccezione di quando diversamente indicato. Il programma potrebbe essere suscettibile a variazioni. Il corso, visto il suo aspetto pratico, è rivolto a 12 partecipanti. Verrà stilata una graduatoria in base alla data di invio della domanda. Il costo di partecipazione è di € 1800,00.

Il presente Corso esonera per tutta la sua durata dall'obbligo dell'ECM come previsto dal Decreto M.U.R.S.T. n. 509 del 3 Novembre 1999, pubblicato nella G.U. n.2 del 4 Gennaio 2000

www.univaq.it

Informazioni generali

Indirizzo Via Giovanni Falcone 25, 67100 Coppito (AQ)
Telefono +39 0862 432097 / +39 0862 432732/2910
Fax +39 0862 431215
E-mail master@strutture.univaq.it

Segreteria Scientifica

Telefono +39 0862 434794
Fax +39 0862 434792
E-mail claudio.chimenti@cc.univaq.it

17-18 MAGGIO 2013

G. Sammartino

Cenni storici dell'implantologia, concetti di anatomia, la osteointegrazione e l'importanza della valutazione dei tessuti duri e molli per un corretto risultato estetico-funzionale. Anatomia e valutazione dei rischi neurovascolari. Cosa aspettarsi da un impianto oggi? Approccio multidisciplinare all'implantologia globalmente intesa.

F. D'Ambrosio

L'importanza della radiologia nella valutazione del caso impiantare e nuove conoscenze.

7-8 GIUGNO 2013

S. Carelli

Impianti conometrici ed affidabilità protesica in connessione conometrica pura, predicibilità con SHORT ed ULTRA SHORT Implants BICON. Approfondimenti video e procedure protesiche su impianti conometrici.

5-6 LUGLIO 2013

N. Ferrigno, M. Laureti

Studio dei modelli, ceratura diagnostica e realizzazione del template, misurazione dei volumi ossei. Impianti BONE LEVEL e TISSUE LEVEL, impianti postestrattivi.

13-14 SETTEMBRE 2013

R. Meli

Protesi su connessioni conometriche, tecnologie digitali, pianificazione 3D e chirurgia guidata: possibilità, vantaggi e limiti del sistema impiantare EXACONE.

R. Rinaldi

Aspetti e riflessi medico legali

14 OTTOBRE 2013 (Sede LEONE, Sesto Fiorentino)

L. Targetti

Giornata dimostrativa di pratica implantologica su paziente con sistema impiantare EXACONE: presentazione tecnico scientifica del sistema impiantare Exacone, protocolli chirurgici e salute tissutale, interventi di chirurgia dal vivo.

23 OTTOBRE 2013 (presso Ospedale di Gubbio)

M. Guerra, S. Belcastro

Giornata dimostrativa di pratica implantologica su paziente con sistema impiantare EXACONE. Presentazione e consegna del testo "Implantologia contemporanea: linee guida in diagnosi, chirurgia, protesi". Interventi di chirurgia dal vivo.

15-16 NOVEMBRE 2013

L. Alberati

Implantologia guidata NOBEL GUIDE: pianificazione software Nobel Clinician: navigazione virtuale come mezzo diagnostico e creazione del template chirurgico, carico protesico immediato Vs ritardato, realizzazione del provvisorio immediato, Hand on sul software per la programmazione di un caso.

13-14 DICEMBRE 2013

M. Laureti, N. Ferrigno

Modulazione delle creste alveolari atrofiche: tecniche chirurgiche per gli incrementi orizzontali e verticali. Tecnica GBR, tecnica Split Crest, rialzo del seno mascellare, tecnica di innesto Onlay, tecniche di Ridge Preservation, chirurgia rigenerativa nelle perimplantiti, prove pratiche su mandibole sintetiche o animali.

10-11 GENNAIO 2014

E. Iacomino

Principi di chirurgia asettica e chirurgia pulita, suture e materiali, aspetti farmacologici e possibilità di interventi chirurgici in diretta, intervento di mini rialzo del seno e grande rialzo, eventuale chirurgia guidata da un tutor.



PROFESSIONALITA' ESPERIENZA INFORMAZIONE CONSULENZA

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

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

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

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

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



Dott. Leonardo Targetti



Dott. Salvatore Belcastro



Dott. Fulvio Floridi



Dott. Alberto Frezzato



Dott. Roberto Meli



Dott. Mario Guerra



Dott. Luigi Lucchiarri



Dott. Marino Miccini



Dott. Nazario Russo



Dott. Giacomo Coppola



Dott. Renato Turrini



Dott. Leonardo Palazzo



Dott. Dario Mercuri



Dott. Fabrizio dell'Innocenti



Dott. Giancarlo Romagnuolo



Dott. Bruno Portelli



Dott. Alfonso Sinisi



Dott. Salvatore Dettori

SOLUZIONI DIGITALI IN IMPLANTOLOGIA

Digital Service[®]



- **Repliche anatomiche in resina bicolore**

Realizzazione, da file DICOM, di prototipi in rapporto 1:1 all'anatomia del paziente con evidenziazione delle strutture utili alla diagnosi: nervi, seni, denti inclusi.

- **Software per diagnosi e pianificazione terapeutica di TAC e Cone Beam**

Potente e intuitivo programma che consente la diagnosi e la conseguente pianificazione implantoprotesica.

- **Elaborazione di file 3D**

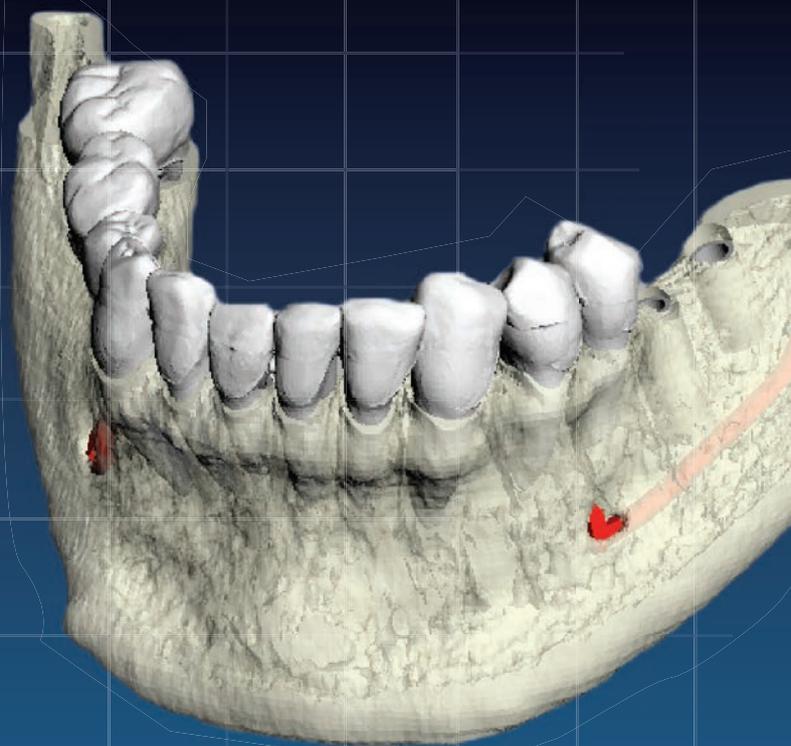
Servizio di "fusione digitale" dei dati radiologici 3D con scansione del modello per una rappresentazione virtuale dell'arcata con il massimo dettaglio anatomico.

- **Modelli con impianti da laboratorio**

Realizzazione di modelli con l'evidenza delle strutture anatomiche e la presenza di impianti inglobati come pianificato virtualmente. I modelli permettono la realizzazione in laboratorio di guide chirurgiche e protesi provvisorie.

- **Strumenti dedicati per chirurgia guidata***

Accessori e strumenti dedicati per realizzare guide chirurgiche in laboratorio e agevolare le fasi cliniche rendendo l'atto chirurgico più semplice e predicibile.



*Domanda di brevetto depositata



Per informazioni:

Servizio Clienti **DIGITAL SERVICE LEONE**

tel. 055.304439

www.leonedigitalservice.it



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA