

EXACONE

News



IL BOLLETTINO DEL SISTEMA IMPLANTARE LEONE



L'efficienza della
semplicità

L'efficienza
della semplicità!

sistema implantare

EXACONE™



EXACONE™

Soluzioni semplici a problemi complessi

Semplicità è un concetto che, secondo me, ha un valore relativo e non assoluto.

Mi spiego meglio: il funzionamento di un dispositivo può essere intuitivo per l'utilizzatore, ma spesso questo risultato è il frutto di un lavoro molto complesso da parte di chi realizza il prodotto.

La nostra filosofia aziendale si basa proprio sulla ricerca della semplicità che, nell'ambito implantologico, si è concretizzata con il sistema **Exacone™** il quale, per voi utilizzatori, risulta "user friendly" in virtù delle sofisticate scelte progettuali e produttive che abbiamo adottato.

I monconi **Exacone™ 360°** nascono con l'intento, penso riuscito, di rendere ancora più semplice ed efficiente la fase protesica del nostro sistema. L'ampia gamma di questi monconi, la morfologia anatomica e, soprattutto, l'innovazione dell'esagono liberamente orientabile, segnano un nuovo importante passo avanti della nostra sistematica. Questa idea, protetta da un brevetto internazionale, permette la separazione dell'esagono apicale dalla porzione conica autobloccante, consentendo così l'orientamento della porzione emersa del moncone nella posizione più favorevole e rendendo di fatto minima la necessità di una ulteriore personalizzazione del moncone. In seguito, il tecnico ha la possibilità di fissare la posizione relativa dell'esagono attivando la connessione autobloccante secondaria che unisce l'esagono al resto del moncone: questa operazione avviene con la consueta procedura di laboratorio, quindi, semplicemente e senza aggravii operativi. Il risultato è un moncone che può essere orientato liberamente a 360°, che facilita il lavoro del tecnico e rende univoco il collocamento in bocca in quanto il clinico sarà guidato, come di consueto, dall'esagono fissato in precedenza nella posizione più idonea.

"L'efficienza della semplicità" è il motto che abbiamo scelto per definire il sistema **Exacone™**: oggi è ancora più vero con i monconi **Exacone™ 360°**, ma anche con l'interazione con le sempre più utilizzate tecnologie digitali ed i materiali Hi-Tech. La copertina di questo numero ne è una chiara testimonianza, infatti mostra una splendida riabilitazione frontale dove la naturalezza del sorriso nasce, oltre che dall'elevata perizia clinico-tecnica, della metodica CAD/CAM che ha permesso di utilizzare la Zirconia, materiale estetico e biocompatibile per eccellenza. L'immagine del moncone in bi-materiale dimostra quanto *l'assenza della vite di connessione* permetta di trattare l'abutment al pari di un dente naturale con insuperabili vantaggi procedurali e tecnici. In pratica, un moncone standard è stato ridotto nella parte emersa (utilizzando una semplice fresa da laboratorio per titanio) così da ottenere il supporto necessario ad una ricopertura estetica. A questo punto il moncone così personalizzato è stato prima opacizzato, per renderne possibile la scannerizzazione e ottenerne l'immagine tridimensionale, quindi, tramite gli appositi software di modellazione, è stata disegnata la parte in Zirconia. Il file 3D generato può essere inviato sia ad un fresatore da laboratorio, come nel caso del moncone in copertina, sia ad un centro di fresaggio, come descritto nell'articolo del Dr. Paone in questo numero. Dopo essere stata fresata e sinterizzata, la parte in Zirconia potrà essere incollata con un adesivo bicomponente ad altissima resa in modo da ottenere un moncone che coniuga, soprattutto nel tratto transmucoso, la resistenza e la precisione della connessione **Exacone™ (Titanio)** all'estetica (**Zirconia**): la perfetta sinergia tra le più avanzate tecnologie e la semplicità di utilizzo!

Questa intuitiva metodica, che si basa sull'acquisizione del nostro moncone pieno come un dente naturale, può essere ripetuta con qualsiasi sistema CAD/CAM evitando la laboriosa ricostruzione digitale della posizione della fixture, tipica delle altre metodiche implantari.

D'obbligo la citazione di Albert Einstein che una volta disse *"Everything should be made as simple as possible, but not simpler"*.

Gabriele Scommegna

Direttore della Ricerca e Sviluppo Prodotto

Dr. Roberto Meli, Sig. Massimiliano Pisa

Riabilitazione in zona estetica con moncone ibrido in titanio-zirconia

Parole chiave

edentulia singola, post-estrattivo immediato, fase unica, zona estetica, zirconia, CAD/CAM

pag. 4

Dr. Nazario Russo

Agenesia dentale: riabilitazione con trattamento implanto-protetico

Parole chiave

edentulia singola, fase unica, condizionamento dei tessuti molli, corona singola

pag. 14

Dr. Salvatore Belcastro, Dr. Fulvio Floridi, Dr. Leonardo Palazzo, Dr. Mario Guerra

Sistema Implantare Exacone™: estetica e funzionalità anche in situazioni limite

Parole chiave

edentulia multipla, due fasi, condizionamento tessuti molli, formazione tessuti aderenti, tecniche osteotomiche, mini rialzo del seno, G.B.R., connessione conometrica, rimodellamento osseo, follow up, estetica

pag. 17

Dr. Marc Régrain

L'affidabilità della conometria: un caso di bruxismo

Parole chiave

edentulia multipla, due fasi, implantologia protesicamente guidata, G.B.R., bruxismo

pag. 24

Corsi di implantologia

pag. 28

Nuovi prodotti Leone

pag. 31

Dr. Pasquale Paone, Prof. Salvatore Longoni, Sig. Giampaolo Rossi

Monconi estetici in zirconia e titanio: proposta di una tecnica originale

Parole chiave

edentulia totale, due fasi, riabilitazione protesica, protesi provvisoria, protesi fissa, implantologia protesicamente guidata, zirconia, CAD/CAM

pag. 36

Dr. Andrea Belluomini

Sella edentula: riabilitazione semplice con impianti Exacone™

Parole chiave

sella edentula, due fasi, zona molare, post-estrattivo differito, G.B.R., condizionamento dei tessuti molli, tecnica diretta

pag. 42

Dr. Marco Buscia

Impianto post-estrattivo immediato riabilitato con corona cementata extra-oralmente

Parole chiave

edentulia singola, post-estrattivo immediato, fase unica, corona singola, cementazione corona extra-orale

pag. 45

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-18-08/07



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

Riabilitazione in zona estetica con moncone ibrido in titanio-zirconia

Dr. Roberto Meli
Libero professionista a Firenze

Sig. Massimiliano Pisa
Contitolare Laboratorio Dental Giglio, Firenze

Parole chiave edentulia singola, post-estrattivo immediato, fase unica, zona estetica, zirconia, CAD/CAM

La paziente, di 54 anni, per cause familiari ha trascurato a lungo la salute dei propri denti. Un forte dolore al 47 (poi estratto) l'ha costretta a rivolgersi all'odontoiatra convincendola ad accettare un riesame generale della bocca e a pianificare le cure indispensabili. Dall'OPT iniziale sono risultate necessarie alcune estrazioni nell'arcata inferiore ed una conseguente riabilitazione provvisoria con protesi mobile scheletrata.



OPT iniziale

Nell'arcata superiore, in accordo con la paziente, è stata conferita priorità al settore anteriore: la corona veneer in resina presente sul 11 era da sostituire, mentre il 12 presentava una lesione periapicale di notevoli dimensioni. La protesizzazione dei due centrali e di un impianto post-estrattivo del 12 con corone integrali in ceramica su zirconia è risultata essere la terapia di prima scelta.

L'articolo tratta la riabilitazione del settore frontale superiore. Il 12 è stato estratto con delicatezza (figg. 1, 2, 3), la lesione periapicale è stata accuratamente rimossa ed una ispezione dell'alveolo post-estrattivo ha messo in evidenza quattro pareti ossee molto ben rappresentate sia in spessore che in altezza.



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

Un alveolo post-estrattivo con queste caratteristiche ed una buona rappresentazione della gengiva aderente sono condizioni indispensabili per l'inserimento immediato di un impianto.

La tecnica flapless, se ben gestita, minimizza il traumatismo dell'intervento, migliorando la prognosi a breve termine e riducendo i rischi di perdita di osso crestale.

Con la fresa pilota è stato necessario ritracciare la direzione dell'alveolo destinato ad accogliere l'impianto, variandola rispetto a quella dell'alveolo post-estrattivo già presente. L'obiettivo era quello di posizionare l'impianto stesso ben accollato alla parete palatale e al tempo stesso di creare uno spazio vuoto fra l'impianto e la parete ossea vestibolare, in cui il coagulo ed un eventuale riempitivo potessero dar luogo ad una rigenerazione ossea.

In tal modo è possibile ridurre al minimo il rischio di una perdita ossea vestibolare, fisiologica dopo un'estrazione.

In questo caso, per rispettare i principi appena descritti, il diametro ideale dell'impianto è risultato essere di 4,1 mm.

Un breve alesaggio con le frese dedicate ha consentito di adeguare le pareti dell'alveolo post-estrattivo all'impianto Exacone™ prescelto, diametro 4,1x14 mm (figg. 4, 5, 6).

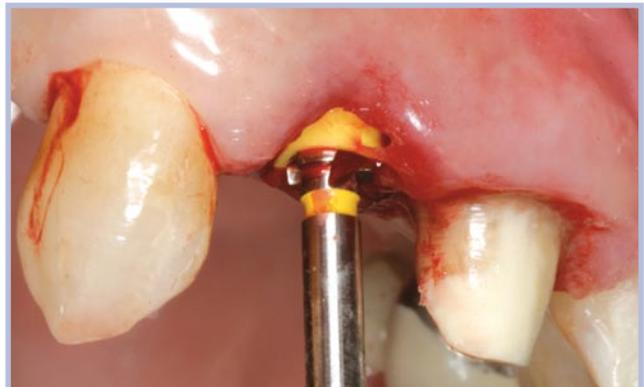


Fig. 5

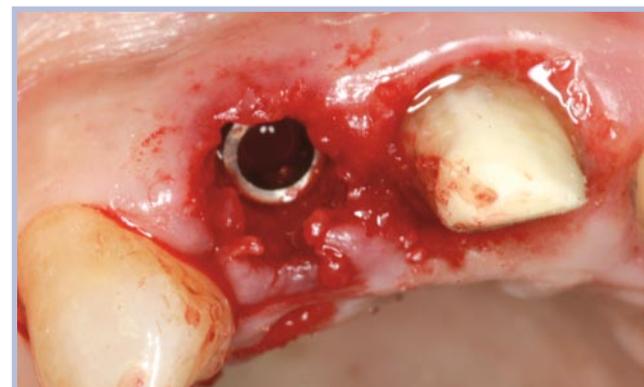


Fig. 6

L'impianto è stato posizionato circa 2 mm sottocresta per assicurare una buona estetica in previsione del rimodellamento osseo verticale.

Un simile posizionamento è reso sicuro dal micro-gap medio all'interfaccia impianto-moncone inferiore a 1µm, tipico della connessione Exacone™: ciò limita al minimo il passaggio di batteri ed esotossine ed elimina i micro-movimenti, permettendo ai tessuti di interpretare il complesso impianto-sovrastuttura come un pezzo unico.

L'impianto è stato chiuso con un tappo di guarigione Standard diametro 4,1 GH 5; dopo l'inconamento la cavità esagonale è stata sigillata con del Cavit (3M Espe) (figg. 7, 8) per evitare un ristagno di placca e batteri durante il periodo di guarigione.



Fig. 7



Fig. 8

La mucosa è stata accollata al tappo con due punti di sutura staccati in seta.

Il provvisorio presentava il 12 in estensione ed è stato ribasato in bocca sui monconi 11 e 21, avendo cura di eliminare ogni possibile contatto fra il manufatto e il tappo di guarigione (figg. 9, 10).



Fig. 9



Fig. 10

Alla seconda seduta, dopo un periodo di sei mesi (figg. 11, 12), una rx di controllo ha evidenziato la buona osteointegrazione dell'impianto e, soprattutto, il perfetto mantenimento dell'osso a livello crestale, senz'altro favorito dalla tecnica chirurgica atraumatica e dall'assenza di gap presente all'interfaccia moncone-impianto, tipico di un sistema ad accoppiamento conometrico.



Fig. 11



Fig. 14



Fig. 12

I tessuti molli hanno avuto per la loro maturazione lo stesso periodo di tempo concesso alla osteointegrazione e si presentano pertanto, alla rimozione del tappo di guarigione, spessi e privi di sanguinamento (figg. 13, 14, 15).



Fig. 15

Nella stessa seduta è stato quindi possibile rilevare un'impronta con transfer Standard diametro 4,1 mm (figg. 16, 17).



Fig. 13



Fig. 16



Fig. 17

In considerazione dell'alta valenza estetica della zona si è optato per la realizzazione di un moncone individualizzato in titanio-zirconia (fig. 18) con l'ausilio della tecnica CAD-CAM Sirona.



Fig. 18

L'elevata precisione ottenuta dai reparti produttivi Leone nella realizzazione del sistema di accoppiamento Exacone™ non è riproducibile pur utilizzando un buon sistema CAD-CAM: pertanto non è consigliabile realizzare un moncone completamente costituito di zirconia.

Inoltre, data la particolare natura della connessione, l'utilizzo dello stesso materiale della fixture, titanio grado medico 5, assicura un perfetto comportamento biomeccanico nel tempo.

Per queste motivazioni il primo passaggio è stato quello di adattare un moncone diametro 4,1 mm dritto Standard modificandone adeguatamente la parte emersa (figg. 19, 20) che è divenuta l'interfaccia per l'alloggiamento della porzione in zirconia individualizzata.



Fig. 19



Fig. 20

Il modello in gesso con l'interfaccia in titanio è stato scansionato per la progettazione al CAD (figg. 21, 22, 23, 24, 25).



Fig. 21

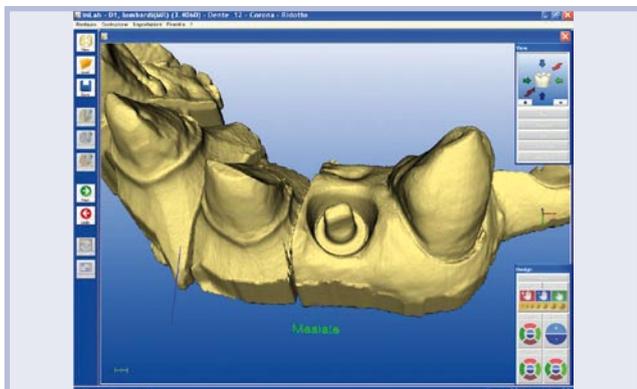


Fig. 22

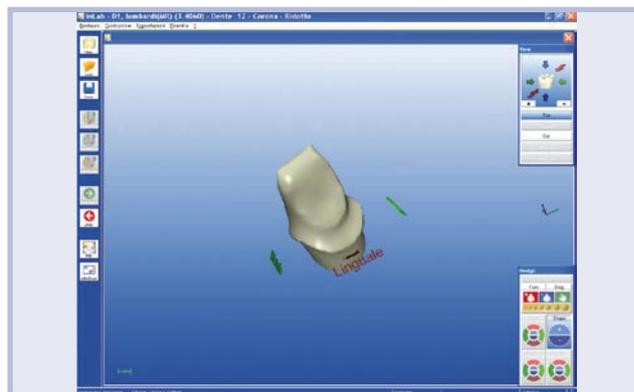


Fig. 25

Il progetto digitale viene convertito nel linguaggio CAM e inviato al fresatore per la realizzazione del pezzo (figg. 26, 27).

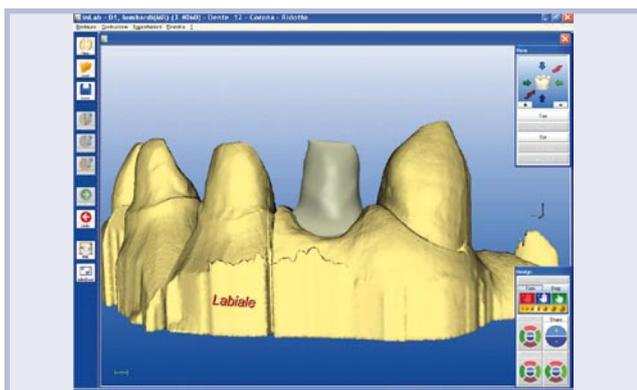


Fig. 23

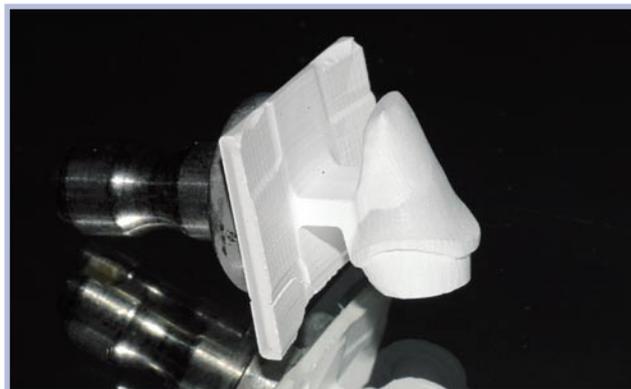


Fig. 26

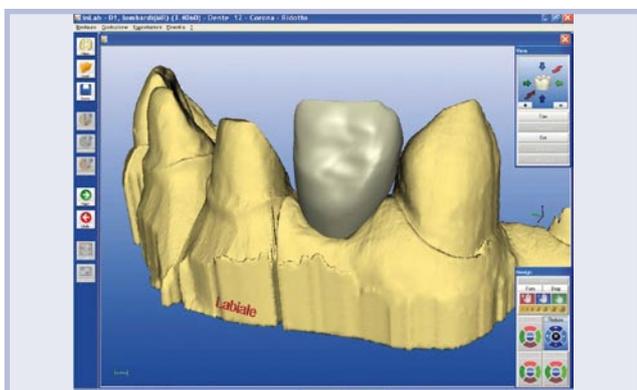


Fig. 24



Fig. 27

Dopo la sinterizzazione dell'ossido di zirconio il pezzo è stato controllato, rifinito e, previa sabbiatura dell'interfaccia in titanio, cementato con Nimetic Cem (3M Espe) (figg. 28, 29, 30, 31).

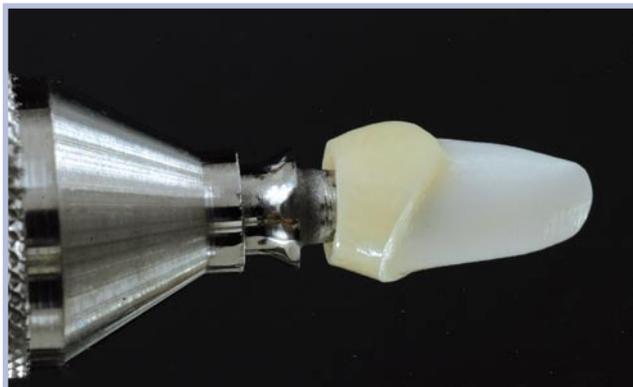


Fig. 28



Fig. 31

Il moncone in zirconia così individualizzato presenta importanti vantaggi:

- ottimo condizionamento della mucosa grazie alla forma anatomica
- estetica ineccepibile nel tempo
- eliminazione di pericolosi residui di cemento nello spessore dei tessuti molli, in quanto la chiusura della corona può essere realizzata a filo gengiva (fig. 32).



Fig. 29



Fig. 32



Fig. 30

Il procedimento CAD-CAM impiegato per la realizzazione del moncone è stato utilizzato anche per la struttura in zirconia delle corone sia sull'impianto che sui denti naturali (figg. 33, 34).

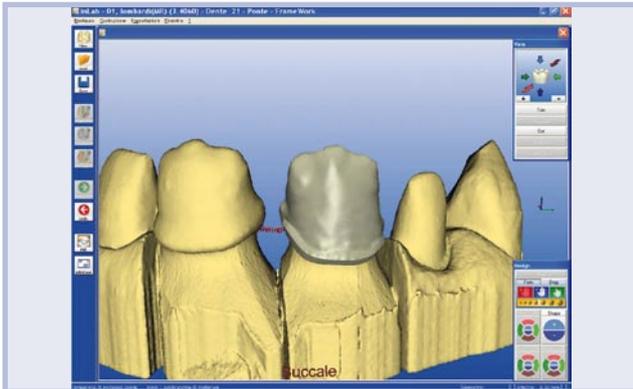


Fig. 33



Fig. 36



Fig. 34

Infine le cappette sono state ceramizzate (figg. 37, 38).

É stata eseguita una verifica della precisione delle cappette utilizzando lo Xantopren VL (Heraeus Kulzer) e successivamente è stata rilevata una impronta di posizione in alginato (figg. 35, 36)



Fig. 37



Fig. 35



Fig. 38

Alla consegna il moncone è stato inconato con l'apposito percussore (figg. 39, 40) e le corone definitivamente cementate (figg. 41, 42, 43, 44).



Fig. 39



Fig. 42



Fig. 40



Fig. 43



Fig. 41



Fig. 44

monoimpianti per Overdenture O-ring



intervento **mini-invasivo**

recupero funzionale e
stabilizzazione della protesi
anche nella stessa seduta

risparmio di tempo
alla poltrona

benefici immediati ed evidenti
per il paziente

- Inserimento semplice anche in mandibole atrofiche ed estremamente riassorbite grazie al diametro ridotto di 2,7 mm.
- Possibile riutilizzo della protesi pre-esistente 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.

*L'efficienza
della semplicità!*



Agenesia dentale: riabilitazione con trattamento implanto-protetico

Dr. Nazario Russo
Libero professionista a Benevento

Il paziente, di anni 19, era affetto da agenesia del 35 ed era stato in precedenza sottoposto a trattamento ortodontico fisso all'età di 14 anni.

Si è mantenuto in arcata il corrispondente deciduo, praticando anche una terapia canalare, fino all'età di 18 anni, quando è stato estratto per la notevole mobilità dovuta alla fisiologica rizalisi.

Grazie ad una contenzione con mantentore di spazio, tenuta in sede per alcuni mesi, si è mantenuto lo spazio necessario per l'inserimento di un impianto di diametro adeguato al profilo di emergenza di un premolare (fig. 1).

Dopo aver inserito un impianto Exacone™ da 4,1 per 12 mm (figg. 2-4), si è optato per una tecnica monofasica con tappo di guarigione standard (figg. 5-7), ottenendo una ottima guarigione gengivale (figg. 8-11).

Ad osteointegrazione avvenuta, si è presa un'impronta con tecnica sandwich (figg. 12-14) e si è preparato il manufatto protesico che è stato posizionato in bocca dopo le opportune prove (figg. 15,16).

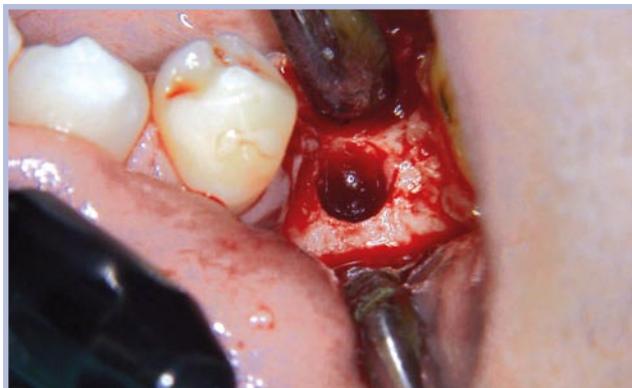
I successivi controlli hanno evidenziato una perfetta salute dei tessuti periimplantari molli e duri (figg. 17,18).

Parole chiave

edentulia singola, fase unica, condizionamento dei tessuti molli, corona singola



Fig. 1 - Radiografia endorale pre-operatoria



Figg. 2-4 - Inserimento dell'impianto

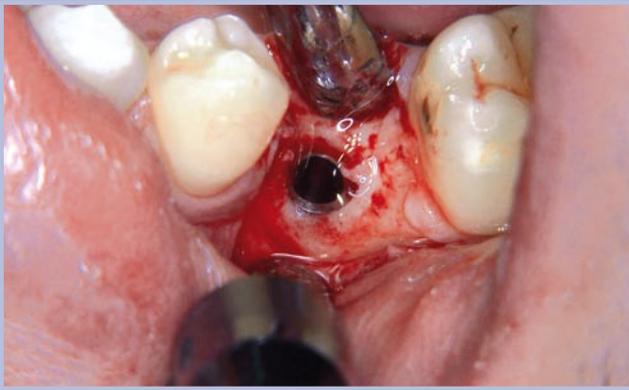


Fig. 3

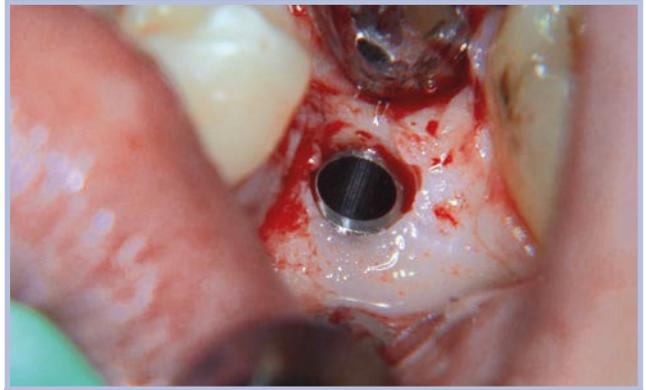


Fig. 4



Fig. 5, 6 - Sutura a punti staccati

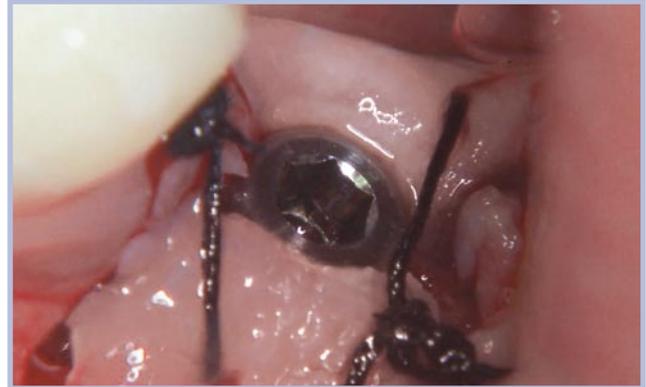


Fig. 6



Fig. 7 - Radiografia endorale al momento dell'inserimento dell'implanto



Fig. 8, 9 - Controllo a due mesi



Fig. 9



Fig. 10, 11 - Rimozione del tappo di guarigione



Fig. 11



Figg. 12-14 - Presa dell'impronta con tecnica sandwich



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15 - Prova del moncone fresato



Fig. 16 - Corona in metallo-ceramica cementata direttamente sul moncone



Fig. 17 - Controllo a 45 giorni dello stato di salute parodontale



Fig. 18 - Radiografia endorale a tre mesi dalla cementazione della corona

Sistema Implantare Exacone™:

estetica e funzionalità anche in situazioni limite

Dr. Salvatore Belcastro, Dr. Fulvio Floridi, Dr. Leonardo Palazzo, Dr. Mario Guerra

Servizio di odontoiatria, Ospedale Civile di Gubbio

Responsabile Dr. Mario Guerra

L'implantologia osteointegrata ha subito nel corso degli ultimi decenni, sin dalla sua nascita ed affermazione scientifica, una serie di evoluzioni concettuali che evidenziavano diversi aspetti ritenuti, in epoche diverse, al centro dell'interesse dei ricercatori e dei clinici che si occupavano dell'argomento.

Dagli anni 70-80, in cui primaria importanza era attribuita all'osteointegrazione, tuttora requisito indispensabile per il successo della terapia implanto-protetica, si è passati agli anni 90, in cui la sperimentazione e l'affermazione clinica di tecniche chirurgiche avanzate, rigenerative e ricostruttive, permettevano l'inserimento di impianti anche in situazioni cliniche caratterizzate da una scarsità quali-quantitativa del substrato osseo disponibile. Parallelamente si affermavano tendenze, tuttora al centro dell'attenzione di clinici e pazienti, quali l'estetica dei manufatti protesici a supporto implantare, l'affidabilità a lungo termine di impianti e sovrastrutture protesiche e, soprattutto, la semplificazione delle procedure. Quest'ultimo orientamento da una parte ha consentito la diffusione dell'implantologia anche al di fuori di strutture ultraspecialistiche, situazione dominante nei decenni che ci hanno preceduto, e, dall'altra, ha reso enormemente più accettabili le procedure da parte dei pazienti.

L'evoluzione macro e micro-morfologica degli impianti e delle componentistiche protesiche ha portato indubbiamente ad un aumento dell'efficacia delle riabilitazioni ed in particolar modo dell'affidabilità a lungo termine, intesa non solo come sopravvivenza implantare e dunque semplice mantenimento dell'osteointegrazione, ma, soprattutto, come assenza o drastica riduzione di complicanze protesiche che molto spesso accompagnano la vita dei manufatti. Tale evoluzione ha riguardato in particolare la connessione impianto-moncone; da connessioni esterne di vario tipo si è passati nel corso degli anni a connessioni interne, volte a migliorare le caratteristiche estetiche dei manufatti e, soprattutto, quelle meccaniche, per ridurre inconvenienti comuni quali lo svitamento o la frattura delle viti di connessione. In questo contesto tende ad affermarsi sempre più il concetto della conometria; l'efficacia e l'affidabilità a lungo termine delle connessioni conometriche, associata ad una drastica riduzione del gap moncone-impianto, l'ottimo mantenimento del livello osseo marginale e conseguentemente del volume e della qualità dei tessuti molli peri-implantari e dell'estetica gengivale, sono tutti motivi per cui alcune tra le più affermate case costruttrici di impianti del mondo sono passate da sistematiche avviate con geometria della connessione a facce piane, a metodiche caratterizzate da accoppiamento conico ma sempre con la presenza di una vite di connessione.

Se volessimo riassumere in tre punti fondamentali quelle che sono le attuali richieste del mondo dell'implantologia osteointegrata, potremmo parlare di estetica, di semplicità e di affidabilità nel tempo.

La sistematica implantare Exacone™ sembra soddisfare appieno queste esigenze, grazie in particolar modo all'omonima connessione, che consente da una parte un'elevata affidabilità nel tempo, grazie alla stabilità meccanica ed all'assenza di viti, e dall'altra un ottimo mantenimento dei tessuti duri e molli peri-implantari, creando dunque le condizioni per il raggiungimento ed il mantenimento dell'estetica gengivale degli elementi implanto-protetici.

A titolo esemplificativo si illustra un caso di riabilitazione implanto-protetica nell'arcata superiore in cui, pur in una situazione di grave carenza ossea, la semplicità dell'approccio chirurgico, associata all'utilizzo di impianti Exacone™, ha portato all'ottenimento di ottimi risultati sia sotto il profilo funzionale che estetico.

Si tratta di una paziente di sesso femminile di 58 anni con assenza degli elementi 23, 24, 25, 26.

La situazione clinica iniziale (figg. 1, 2) manifestava un buon mantenimento dei rapporti scheletrici intermascellari sia sul piano verticale che trasversale.

L'esame OPT (fig. 3) manifestava una scarsa quantità ossea residua, più grave nei settori posteriori.

La presenza comunque di una altezza ossea minima di almeno 5 mm anche a livello degli elementi 25-26, associata a quello che sarebbe stato un buon rapporto corono-implantare, ci faceva optare per un posizionamento implantare mediante mini-rialzo del pavimento del seno mascellare con tecnica osteotomica con l'aggiunta di materiale da innesto, tecnica codificata da Summers come BAOSFE (Bone-Added Osteotome Sinus Floor Elevation).

L'alternativa, quantomeno a livello degli elementi 25-26, avrebbe potuto essere il grande rialzo del pavimento del seno mascellare, procedura indubbiamente più complessa e, soprattutto, associata a tempi di trattamento molto più lunghi.

L'intervento iniziava con una incisione crestale (fig. 4) accompagnata da scarichi marginali a livello del 23 e del 27. Si procedeva dunque a tracciare le sedi implantari tramite la fresa a pallina (fig. 5); l'utilizzo di questa fresa metteva subito in evidenza una scarsa qualità ossea per cui si decideva di continuare la preparazione dei siti implantari con l'utilizzo dei soli osteotomi (fig. 6).

Si procedeva dunque alla preparazione dei siti nelle zone 24, 25, 26 tramite il già citato intervento BAOSFE con l'inserimento di materiale da innesto alloplastico (Biostite, Vebas) (fig. 7).

Venivano dunque posizionati quattro impianti, di cui il primo di 3,3mm di diametro e 12 mm di lunghezza nella zona 23 e gli altri tre di 4,1 mm di diametro e 10 mm di lunghezza nelle rimanenti zone (24, 25, 26) (figg. 8, 9).

Il posizionamento implantare era seguito dalla ricostruzione della cresta ossea tramite microinnesti di osso autologo prelevato nello stesso sito (fig. 10) mescolati a materiale da innesto alloplastico (Biostite, Vebas) (fig. 11).

Tutta l'area veniva ricoperta da una membrana riassorbibile in collagene (Paroguide, Vebas) (fig. 12).

Veniva infine eseguita una rx endorale subito dopo il posizionamento (fig. 13).

A distanza di 4 mesi, la seconda fase chirurgica (figg. 14, 15) metteva in evidenza un'ottima stabilità implantare, confermata dall'analisi radiografica che non mostrava segni di riassorbimento osseo peri-implantare (fig. 16).

Le fasi protesiche hanno portato all'allestimento di un manufatto di 4 elementi in metallo-ceramica uniti, cementati sui monconi preparati in laboratorio (figg. 17-24).

Ciò che si osserva nelle immagini relative alla consegna (figg. 25-27) ai vari controlli clinici, effettuati ad 1 settimana (fig. 28), a 1 mese (fig. 29), a 3 mesi (fig. 30), a 6 mesi (fig. 31) e a 8 mesi (fig. 33), è un notevole miglioramento dell'estetica gengivale, con completo ripristino della normale festonatura e recupero delle papille interdentali. Il recupero estetico gengivale da una parte dipende dalla morfologia protesica con profilo d'emergenza adeguato e corretto posizionamento dei punti di contatto, ma sicuramente un ruolo importante è giocato dalla conometria. Questa, infatti, grazie all'annullamento del gap e dei micro-movimenti moncone-impianto, consente un ottimo mantenimento dell'osso crestale, come evidenziato dalle radiografie di controllo (fig. 32), e una eccellente qualità dei tessuti molli peri-implantari, con importanti risvolti sull'estetica gengivale degli elementi implanto-protetici.

Parole chiave

edentulia multipla, due fasi, condizionamento tessuti molli, formazione tessuti aderenti, tecniche osteotomiche, mini rialzo del seno, G.B.R., connessione conometrica, rimodellamento osseo, follow up, estetica



Fig. 1, 2 - Situazione clinica iniziale



Fig. 2



Fig. 3 - Rx OPT: si noti l'atrofia ossea



Fig. 4 - Lembo d'accesso crestale

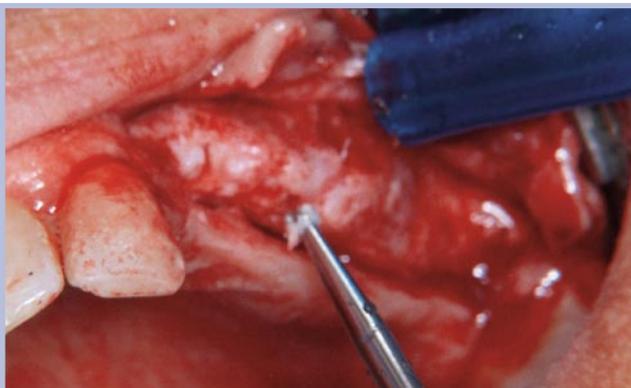


Fig. 5 - Preparazione con la fresa a pallina

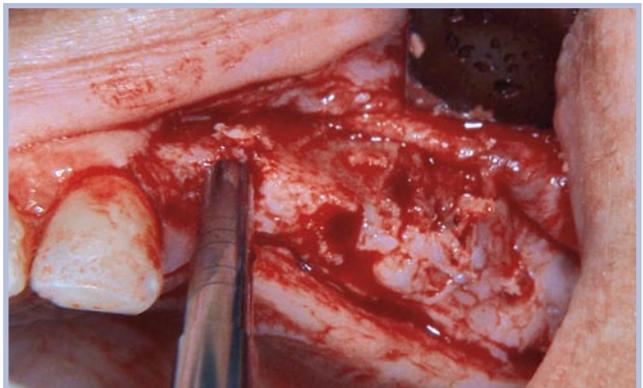


Fig. 6 - Preparazione con osteotomi: tecnica BAOSFE



Fig. 7 - Tecnica BAOSFE

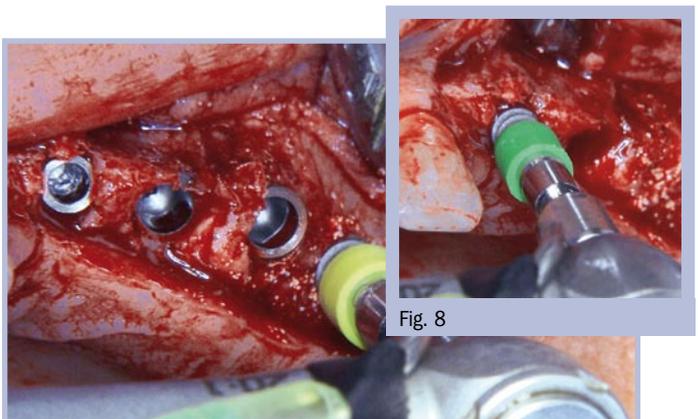


Fig. 8

Fig. 8, 9 - Inserimento implantare

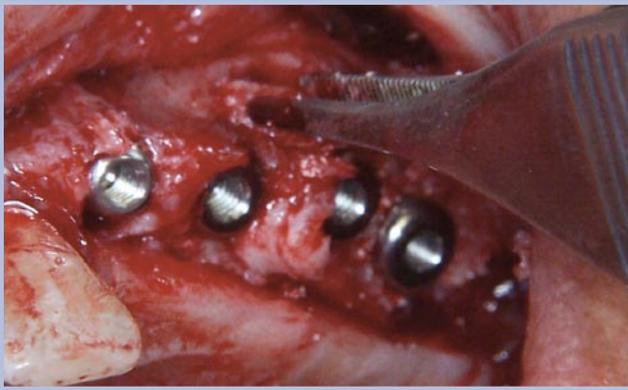


Fig. 10 - Microinnesti di osso autologo



Fig. 11 - Ricostruzione della cresta tramite materiale alloplastico e membrana

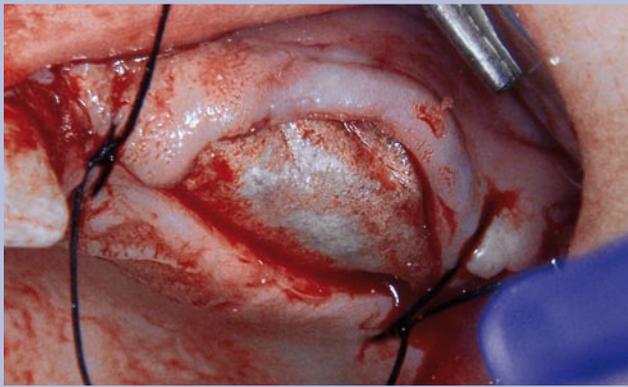


Fig. 12 - Membrana riassorbibile in collagene in situ

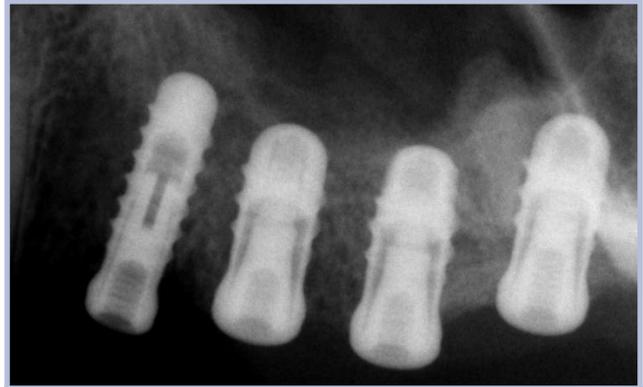


Fig. 13 - Rx endorale al momento del posizionamento

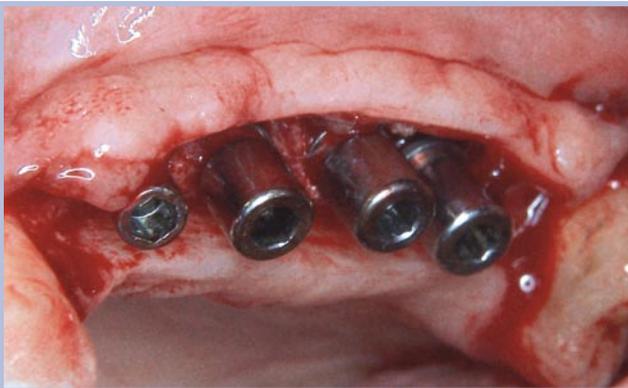


Fig. 14, 15 - Seconda fase chirurgica



Fig. 15

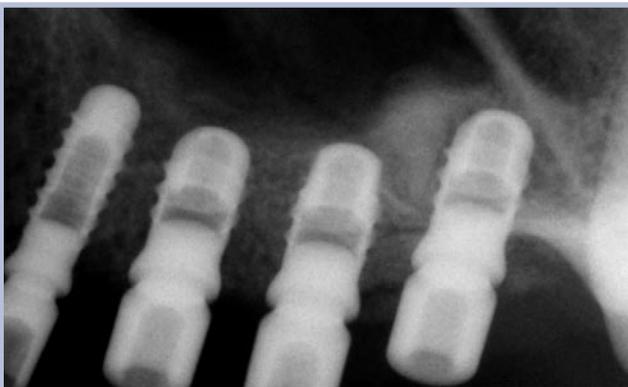


Fig. 16 - Rx endorale al momento della seconda fase chirurgica



Fig. 17 - Guarigione a 2 settimane dalla seconda fase chirurgica



Fig. 18 - Canali mucosi a 2 settimane dalla seconda fase chirurgica



Fig. 19 - Transfer da impronta in situ



Fig. 20 - Monoimpronta in silicone



Fig. 21 - Prova della struttura metallica



Fig. 22 - Prova della struttura metallica: verifica dello spazio per la ceramica



Fig. 23 - Monconi protesici fresati in laboratorio



Fig. 24 - Manufatto pronto per la consegna



Fig. 25 - Monconi protesici inseriti ed attivati



Fig. 26 - Consegna del manufatto: si noti l'immatùrità dei tessuti molli e la quasi totale assenza delle papille

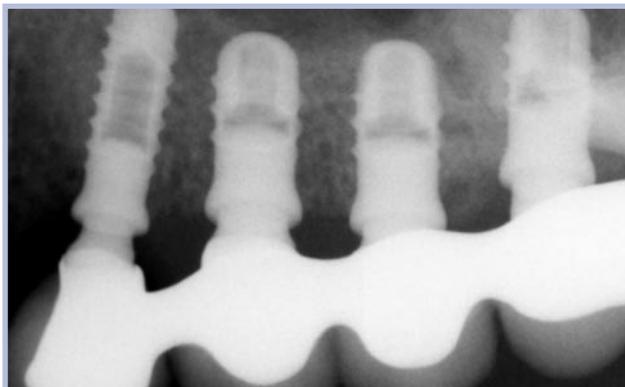


Fig. 27 - Rx endorale al momento della consegna



Fig. 28 - Controllo clinico ad 1 settimana dalla consegna



Fig. 29 - Controllo clinico ad 1 mese dalla consegna: si noti il progressivo miglioramento dei tessuti molli



Fig. 30 - Controllo clinico a 3 mesi dalla consegna



Fig. 31 - Controllo clinico a 6 mesi dalla consegna: si noti la perfetta restituito ad integum del contorno gengivale e delle papille

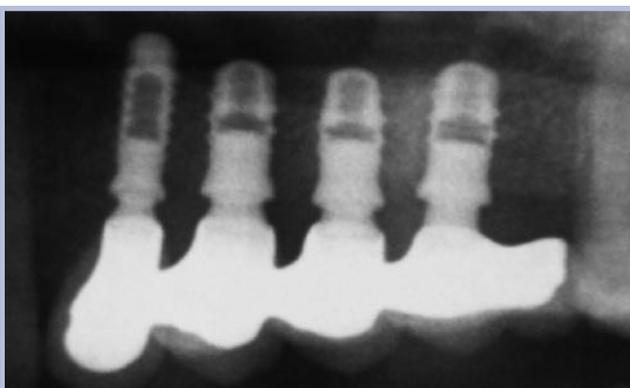


Fig. 32 - Controllo radiologico (OPT) a 6 mesi dal posizionamento: si noti l'ottimo mantenimento del livello osseo crestale



Fig. 33 - Controllo clinico a 8 mesi dalla consegna: perfetta integrazione tissutale del manufatto implanto-protetico

3^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

Crediti E.C.M. richiesti

Coordinamento scientifico

*Insegnamento di Parodontologia dell'Università degli Studi di Firenze
Titolare: Prof. Giovan Paolo Pini Prato*

Relatori

Prof. Dr. **CARLO MANGANO**

La connessione conometrica moncone-impianto

Dr. **PIERPAOLO CORTELLINI**

Criteri per una scelta razionale delle opzioni di terapia
parodontale ed implantare nei pazienti affetti da parodontite

Firenze

10 Ottobre 2008



L'affidabilità della conometria: un caso di bruxismo

Dr. Marc Regrain

Libero professionista a Montfermeil (Francia)

Gli obiettivi di un trattamento implanto-protetico sono dati dalla facilità di impiego della sistemica, da un risultato soddisfacente - in particolar modo per il paziente - sia dal punto di vista estetico che funzionale e dalla durata nel tempo del restauro finale.

Il sistema Exacone™, grazie alle peculiari caratteristiche della sua connessione a cono Morse, può essere considerato una soluzione per i casi di bruxismo e un ulteriore passo in avanti contro la durata limitata degli impianti. Lo scopo di questo lavoro è per noi quello di presentare i grandi vantaggi del cono Morse proprio in un caso di bruxismo, che, in un sistema implantare avvitato, avrebbe rappresentato una controindicazione all'inserimento di impianti.

La paziente, di 58 anni, presenta dei problemi legati alle dimensioni verticali e ad un comportamento bruxista.

Per il posizionamento degli impianti ci si avvale del sistema Simplant (fig. 1), che ci consente di pre-determinarne i siti più idonei e di realizzare quindi delle dime chirurgiche stereolitografiche.

Dopo aver preparato il campo operatorio (figg. 2, 3), si provano sulla paziente le dime chirurgiche (figg. 4, 5).

Accertatisi del loro corretto posizionamento, si procede con l'estrazione dell'elemento 22 e con l'inserimento degli impianti con tecnica bifasica, di cui il 22 come post-estrattivo immediato (figg. 6-13).

Contestualmente al posizionamento degli impianti, si procede al riempimento di una deiscenza ossea in sede 23 con materiale da innesto (figg. 14, 15).

Ad una settimana dall'intervento si effettua un controllo radiografico (fig. 16).

A 8 mesi di distanza si posizionano i tappi di guarigione per il condizionamento tissutale. Si preferisce optare per un'altezza ridotta dei tappi, per evitare contatti prematuri con i denti antagonisti. Questa scelta su alcuni elementi, in seguito ad una ulteriore crescita gengivale, porta persino al rivestimento dei tappi da parte dei tessuti (fig. 17): questo non rappresenta però un problema, poiché i tessuti molli saranno ricondizionati dalla protesi, pertanto sarà questa ultima a operarne il modellamento definitivo.

Dopo un mese si prende l'impronta con tecnica indiretta e si realizzano in laboratorio i manufatti protesici (fig. 18).

Si sono ripristinate così delle dimensioni verticali corrette, accompagnando tale risultato con una buona estetica (figg. 19-21).

Ad un anno di distanza la cresta ossea si mantiene stabile (fig. 22); si noti l'inserimento, nel frattempo, di altri due impianti Exacone™ in posizione 46 e 47.

Parole chiave

edentulia multipla, due fasi, implantologia protesicamente guidata, G.B.R., bruxismo

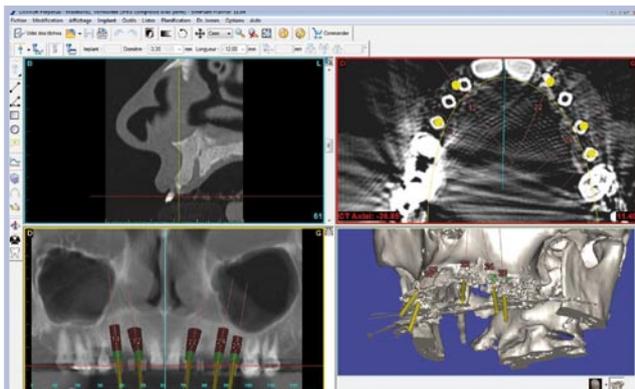


Fig. 1 - Interfaccia del software Simplant



Fig. 2

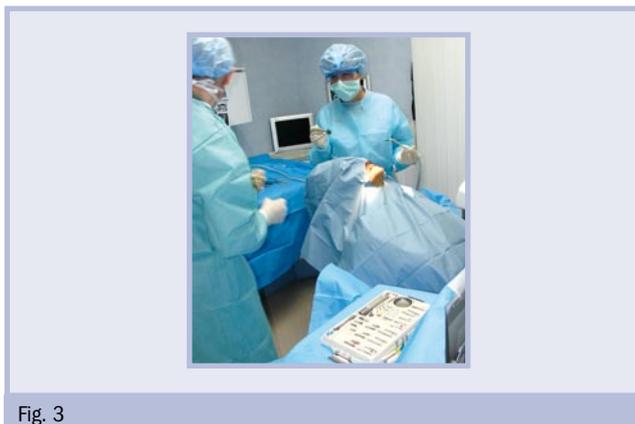


Fig. 3



Figg. 4, 5 - Prova delle dime chirurgiche



Fig. 5



Figg. 6, 7 - Incisione e scollamento dei tessuti molli



Fig. 7



Figg. 8, 9 - Posizionamento della dima chirurgica e osteotomia

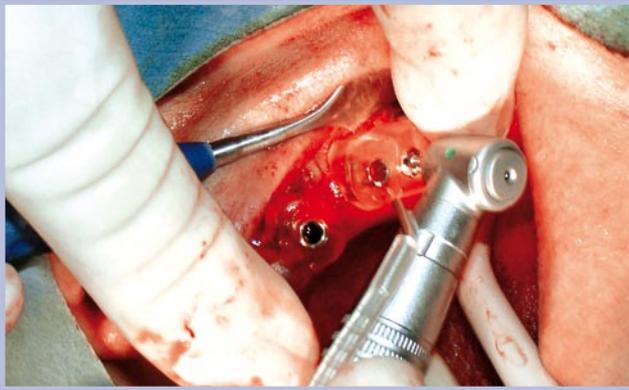


Fig. 9

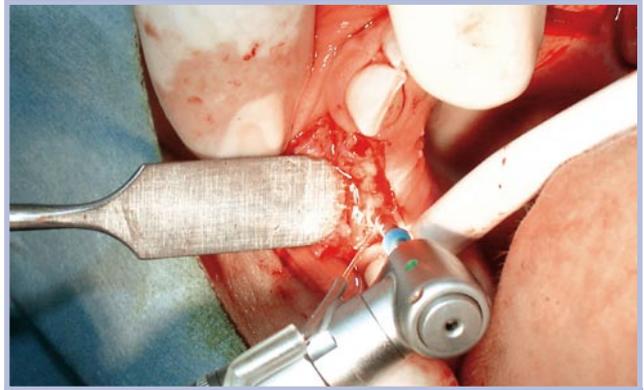


Fig. 10, 11 - Preparazione dei siti implantari

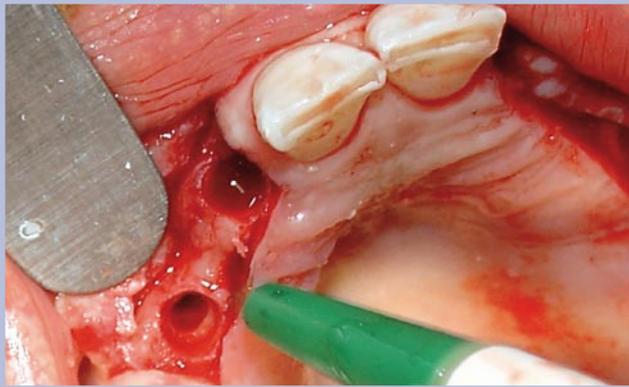


Fig. 11

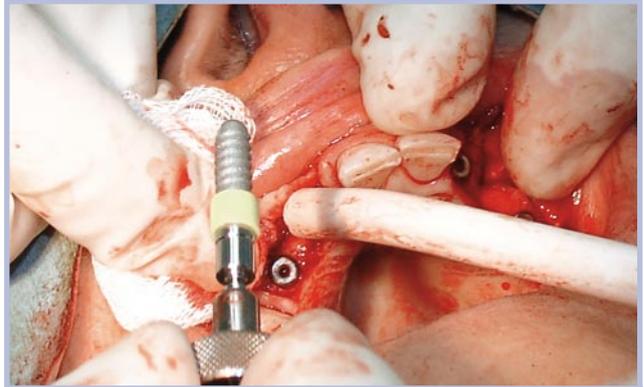


Fig. 12, 13 - Inserimento degli impianti e dei tappi di chiusura

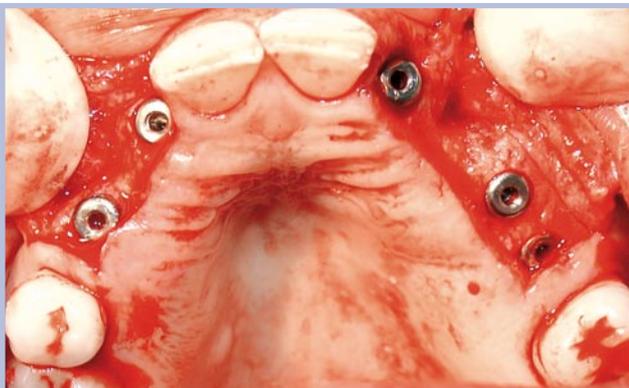


Fig. 13

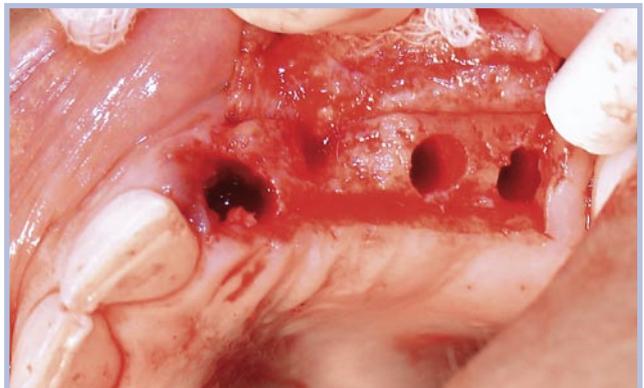


Fig. 14 - Presenza di un difetto osseo in zona 23



Fig. 15 - Innesto osseo per la correzione del difetto



Fig. 16 - Controllo radiografico dopo una settimana



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21

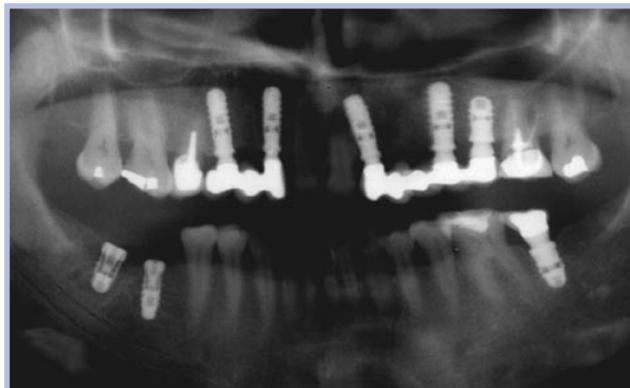


Fig. 22 - Controllo radiografico dopo un anno

Realizzazioni protesiche

Laboratorio Apex di Michel Legueux - Villemomble (Francia)



Corsi di **implantologia 2008 / 2009** *per medici, odontoiatri e tecnici*

- **CORSO DI IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA E DI IMPLANTOPROTESI
con intervento su paziente**

Relatore: Dr. Leonardo Targetti

22-23 SETTEMBRE / 27-28 OTTOBRE 2008

Firenze

c/o ISO

teorico-pratico

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

Relatore: Odt. Massimiliano Pisa

6 OTTOBRE 2008 (*per odontotecnici*)

Firenze

c/o ISO

teorico-pratico

- **CORSO DI IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA E DI IMPLANTOPROTESI
con intervento su paziente**

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

17-18 OTTOBRE / 21-22 NOVEMBRE 2008

Roma

c/o Sede WILOCS

clinico-pratico

- **I MONOIMPIANTI PER OVERDENTURE O-RING
con esercitazione su manichino**

Relatore: Dr. Roberto Meli

20 OTTOBRE 2008

Firenze

c/o ISO

clinico-teorico-pratico

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

Relatore: Odt. Massimiliano Pisa

24 NOVEMBRE 2008 (*per odontotecnici*)

Firenze

c/o ISO

teorico-pratico

- **CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN PROTESI MAXILLO-FACCIALE
NEL PAZIENTE ONCOLOGICO TESTA-COLLO**

Direttore del Corso: Prof. Roberto Branchi

22-23 GENNAIO 2009

Crediti E.C.M. richiesti

Firenze

c/o ISO

clinico-teorico-pratico

- **CORSO DI PERFEZIONAMENTO DI CHIRURGIA PARODONTALE
E CHIRURGIA MUCOGENGIVALE**

Direttore del Corso: Prof. Giovan Paolo Pini Prato

5-6 / 26-27 FEBBRAIO 2009

Crediti E.C.M. richiesti

Firenze

c/o ISO

clinico-teorico-pratico



• **CORSO DI FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO PROFESSIONALE IN METODICHE DI LABORATORIO PER LA REALIZZAZIONE DI PROTESI FISSA E REMOVIBILE SU IMPIANTI ENDOOSSEI**

Direttore del Corso: Prof. Roberto Branchi

19-20 FEBBRAIO 2009 *(per odontotecnici)* *Crediti E.C.M. richiesti*

Firenze

c/o ISO

clinico-teorico-pratico

• **CORSO DI IMPLANTOLOGIA OSTEOINTEGRATA E DI IMPLANTOPROTESI con intervento su paziente**

Relatore: Dr. Leonardo Targetti

23-24 FEBBRAIO / 23-24 MARZO 2009

Firenze

c/o ISO

teorico-pratico

• **I MONOIMPIANTI PER OVERDENTURE O-RING con esercitazione su manichino**

Relatore: Dr. Roberto Meli

2 MARZO 2009

Firenze

c/o ISO

clinico-teorico-pratico

• **CORSO DI PERFEZIONAMENTO IN PATOLOGIA ORALE**

Prof: Giovan Paolo Pini Prato - Co-direttore: Dr. Giuseppe Ficarra

19-20 / 26-27 MARZO 2009

Crediti E.C.M. richiesti

Firenze

c/o ISO

clinico-teorico-pratico

SISTEMA IMPLANTARE **EXACONE**[™]

IMPLANTOLOGIA IN PRIMA FILA
a Firenze

40 posti
 per assistere
 gratuitamente
 ad interventi
 live surgery

• **21 OTTOBRE 2008**
 Relatore: Dr. Leonardo Targetti

• **3 FEBBRAIO 2009**
 Relatore: Dr. Leonardo Targetti

• **2 DICEMBRE 2008**
 Relatore: Dr. Leonardo Targetti

• **10 MARZO 2009**
 Relatore: Dr. Leonardo Targetti

orario: 10,00 / 17,30

Crediti E.C.M. richiesti

Giornate propedeutiche di pratica implantologica
 su paziente

assenza di vite

nessun micromovimento

ottimale distribuzione dei carichi

platform switching

perfetto sigillo batterico



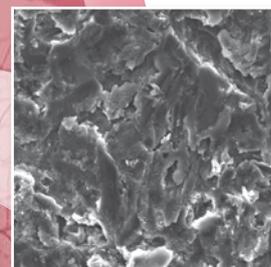
connessione EXACONE™

alta resistenza ai carichi dislocanti



superficie HRS™

favorevole alla osteointegrazione



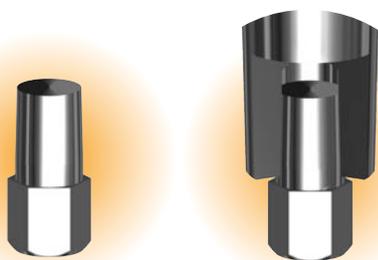
sistema implantare

EXACONE™



MONCONI ANATOMICI EXACONE™ 360°

I monconi anatomici **EXACONE™ 360°** hanno caratteristiche ideali per facilitare la finalizzazione protesica sia nella fase di scelta e personalizzazione in laboratorio che nelle successive procedure cliniche.



L'innovazione principale, protetta da un brevetto internazionale, 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.

- I monconi anatomici **EXACONE™ 360°** sono proposti sia dritti che con angolazione di 15° o 25° per rispondere a tutte le esigenze riabilitative protesiche.

Negli angolati è presente una tacca che permette di attivare la connessione con una forza coassiale all'asse dell'impianto. Al manico polifunzionale o al percussore può essere accoppiata un'apposita punta piatta che assicura uno stabile appoggio.



- La morfologia della porzione da cementare presenta un'inclinazione ottimale e due facce piane contrapposte per migliorare la collocazione e la ritenzione delle cappette.

- La spalla preformata può essere ulteriormente personalizzata e nei monconi anatomici inclinati presenta la porzione vestibolare, quella a maggiore valenza estetica, con un'altezza minore di quella linguale.

- Il tratto transmucoso è disponibile in tre altezze per un preciso adattamento allo spessore dei tessuti molli del paziente.

- A questo innovativo prodotto sono stati dedicati i **monconi di prova EXACONE™ 360°** che consentono di effettuare in laboratorio la scelta del moncone più adatto facendo diminuire sia la necessità di scorte che le possibilità di errore. I **monconi di prova** sono prodotti in materiale plastico autoclavabile e sono utilizzabili anche sul paziente per verificare l'altezza transmucosa.

Nuovi prodotti

MONCONI ANATOMICI

EXACONE™ 360°

CE
0120

Fabbricati in titanio grado medicale, si fissano agli impianti tramite la connessione EXACONE™.

Confezioni contenenti 1 moncone ed 1 esagono

Euro 100,00 (IVA esclusa)



per impianto	Ø 3,3 mm			Ø 3,3 mm			Ø 3,3 mm		
altezza minima spalla	1 mm			2 mm			3 mm		
DIRITTI	129-3301-00			129-3302-00			129-3303-00		
INCLINATI 15°	129-3301-01			129-3302-01			129-3303-01		
INCLINATI 25°	129-3301-02			129-3302-02			129-3303-02		

per impianto	Ø 4,1 mm			Ø 4,1 mm			Ø 4,1 mm		
altezza minima spalla	1 mm			2 mm			3 mm		
DIRITTI	129-4101-00			129-4102-00			129-4103-00		
INCLINATI 15°	129-4101-01			129-4102-01			129-4103-01		
INCLINATI 25°	129-4101-02			129-4102-02			129-4103-02		

per impianto	Ø 4,8 mm			Ø 4,8 mm			Ø 4,8 mm		
altezza minima spalla	1 mm			2 mm			3 mm		
DIRITTI	129-4801-00			129-4802-00			129-4803-00		
INCLINATI 15°	129-4801-01			129-4802-01			129-4803-01		
INCLINATI 25°	129-4801-02			129-4802-02			129-4803-02		

PUNTA PIATTA PER MONCONI ANATOMICI EXACONE™ 360°

CE

Fabbricata in acciaio inossidabile. Si avita sul manico polifunzionale o sul percussore. Particolarmente indicata per la battuta dei monconi anatomici EXACONE™ 360°.

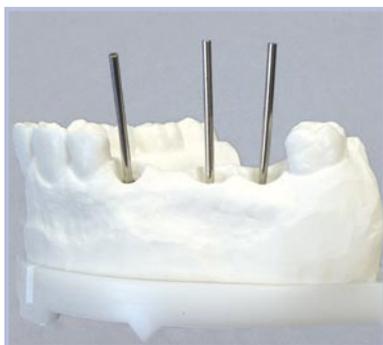
Euro 25,00 (IVA esclusa)



Scelta, utilizzo e posizionamento dei monconi anatomici (tecnica indiretta)

EXACONE™ 360°

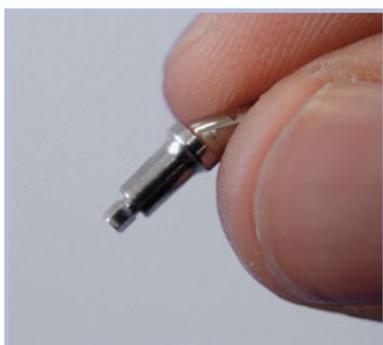

PIATTAFORMA STANDARD



1. Evidenziare le diverse inclinazioni degli impianti inserendo negli analoghi le aste (includere nella confezione) oppure gli appositi monconi di prova.



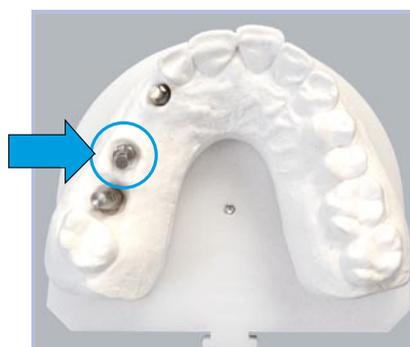
2. Scelta, dal kit di monconi di prova **EXACONE™ 360°** (Cat.160-0001-01), del moncone più appropriato al caso specifico. In questo modo è possibile ordinare il moncone selezionato.



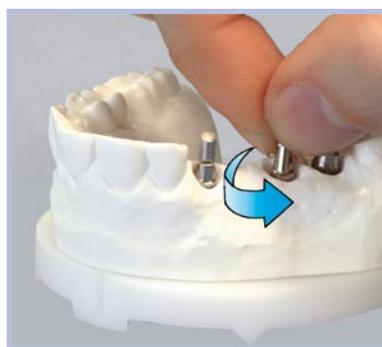
3. Nel moncone anatomico **EXACONE™ 360°** l'esagono apicale è inserito ma non è connesso in maniera permanente: ciò consente un posizionamento libero a 360° sul modello. Allo stato di fornitura la connessione conica autobloccante fra l'esagono e il moncone non è stata attivata, quindi l'esagono può ruotare rispetto al moncone stesso.



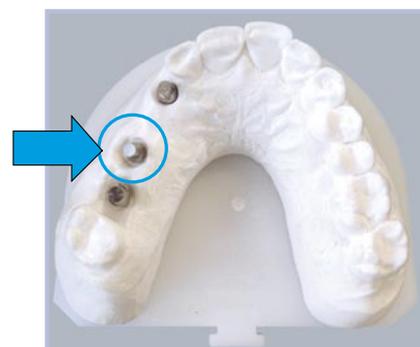
4. Inserimento, con una lieve pressione, del moncone nell'analogo corrispondente sul modello.



5. La posizione angolare dell'esagono è casuale, lo è di conseguenza anche quella dell'emergenza del moncone.



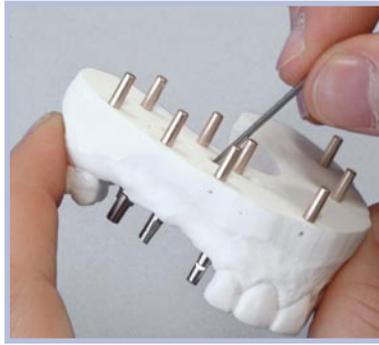
6. Afferrare il moncone anatomico **EXACONE™ 360°** e ruotarlo, fino ad individuarne la corretta posizione angolare. Utilizzare eventualmente una pinza universale.



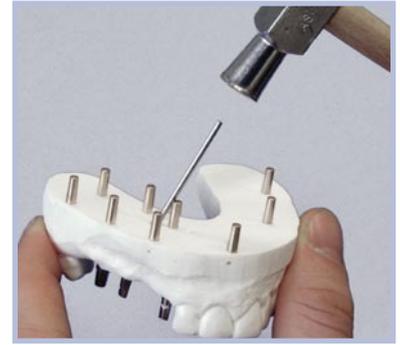
7. In questo modo è stato determinato il miglior parallelismo possibile tra i monconi ed è stato scelto l'asse di inserimento.



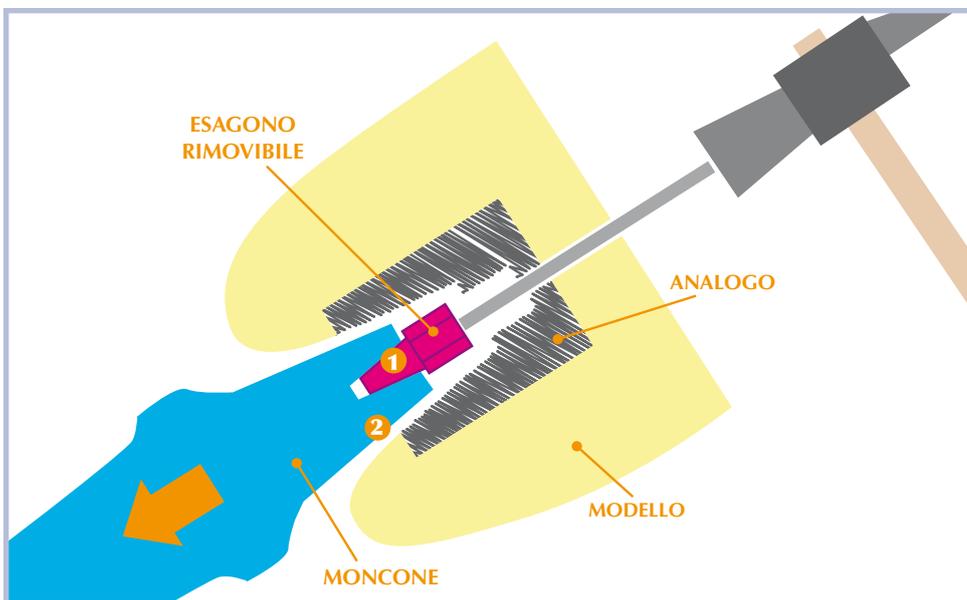
8. Fissare la posizione scelta tramite l'applicazione di una forza impulsiva sui monconi.



9. Inserimento dell'apposita asta per la rimozione dei monconi nel canale di accesso situato sul fondo del modello.



10. Applicazione di una forza impulsiva sull'asta.

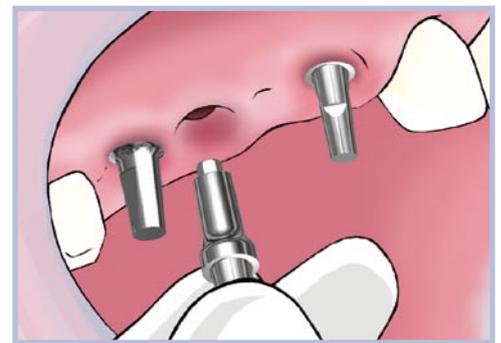


Schema del metodo di fissaggio dell'esagono

L'asta colpisce l'esagono sulla faccia apicale: l'energia dell'urto come primo effetto agisce sulla connessione a cono Morse dell'esagono rimovibile (1), fissandolo al moncone in maniera permanente; successivamente si trasmette alla connessione a cono Morse del moncone (2), rimuovendolo dall'analogo.



11. Estrazione del moncone dal modello. L'esagono è ora fissato al moncone nella posizione pre-determinata e più favorevole ai fini del restauro protesico. Refinire, se necessario, il moncone.



12. La connessione conica autobloccante, una volta attivata, garantisce la stabilità dell'esagono in sede e, quindi, il posizionamento del moncone in bocca è univoco. In caso di scelta di un moncone anatomico **EXACONE™ 360°** inclinato a 15° o 25° la battuta di attivazione della connessione dovrà essere eseguita sull'apposita tacca con la punta piatta Cat. 156-1008-06.

160-0001-01 KIT MONCONI DI PROVA**EXACONE™** **360°**

CE

Fabbricati in materiale plastico autoclavabile nei tre codici colore verde, giallo e rosso, per permettere l'immediata identificazione del diametro corrispondente all'impianto, replicano esattamente i monconi anatomici **EXACONE™ 360°**, ma non hanno l'esagono apicale per permettere la ricerca della posizione più appropriata al caso specifico.

Ciascun moncone di prova è contraddistinto da un numero utile per il ricollocamento nel proprio spazio dentro al kit. Inoltre, sul coperchio trasparente del kit, posto a protezione del contenuto, sono riportate le sagome e i codici di catalogo dei monconi anatomici di titanio allo scopo di facilitare l'ordinazione del tipo prescelto.

Nel kit sono presenti 4 monconi di plastica per tipologia, per consentire la scelta anche in riabilitazioni complesse.

Il tray è autoclavabile.

Contenuto:

4 monconi di prova per ogni diametro di impianto per ciascuna forma: dritti, a 15°, a 25° e per ciascuna altezza di spalla disponibile, totale 108 pezzi

Euro 120,00 (IVA esclusa)



Anche tutti gli altri monconi Leone slim, standard e large presenti in catalogo hanno il loro corrispondente "di prova". Qui di seguito presentiamo il nuovo kit che contiene questi monconi.

160-0001-02 KIT MONCONI DI PROVA SLIM STANDARD LARGE

CE

Fabbricati in materiale plastico autoclavabile nei tre codici colore verde, giallo e rosso, per permettere l'immediata identificazione del diametro corrispondente all'impianto.

Ciascun moncone di prova è contraddistinto da un numero utile per il ricollocamento nel proprio spazio dentro al kit. Inoltre, sul coperchio trasparente del kit, posto a protezione del contenuto, sono riportate le sagome e i codici di catalogo dei monconi di titanio allo scopo di facilitare l'ordinazione del tipo prescelto.

Nel kit sono presenti 4 monconi di plastica per tipologia, per consentire la scelta anche in riabilitazioni complesse

Il tray è autoclavabile.

Contenuto: 4 monconi di prova per ciascun diametro di impianto per 27 tipologie, totale 324 pezzi

Euro 160,00 (IVA esclusa)



Monconi estetici in zirconia e titanio: proposta di una tecnica originale

Dr. Pasquale Paone
Libero professionista a Varese

Prof. Salvatore Longoni
Specialista in Chirurgia Orale, Professore a contratto in Protesi all'Università degli Studi di Milano-Bicocca

Sig. Giampaolo Rossi
Titolare di Laboratorio Odontotecnico a Milano

Paziente femminile di 54 anni. La situazione parodontale, irrimediabilmente compromessa, ha determinato l'avulsione di tutti gli elementi dentali residui: 6 elementi nell'arcata superiore e 4 nell'inferiore.

A guarigione tissutale avvenuta (fig. 1) venivano approntate, sulla base della ceratura diagnostica, due dime chirurgiche (figg. 2, 3), indispensabili per il posizionamento protesicamente guidato degli impianti, e due protesi totali provvisorie immediate (figg. 4, 5).

Venivano posizionati con tecnica sommersa, in un'unica sessione chirurgica, 8 impianti Exacone™ nel superiore e 6 nell'inferiore (figg. 6-10).

Ad osteointegrazione avvenuta si procedeva alla riapertura dei siti implantari per il posizionamento dei tappi di guarigione; attesa la maturazione dei tessuti parodontali, venivano rilevate le impronte di posizione con gli appositi transfer (figg. 11, 12) ed inviate in laboratorio.

Si è poi provveduto a confezionare, con una tecnica personalizzata originale, dei monconi estetici in zirconia (figg. 13-19) e ad allestire una prima serie di provvisori armati a scopo funzionalizzante (figg. 20-29), secondo i principi gnatologici ed estetici della Scuola di Vienna (Slavicek).

In seguito all'esecuzione di una serie di esami ed analisi strumentali, quali l'assiografia computerizzata, la cefalometria secondo Slavicek, la RMN e il montaggio in articolatore a valori individuali, saranno definiti i parametri che guideranno l'esecuzione di una riabilitazione protesica definitiva con corone in ceramica su zirconia, la quale sarà oggetto di un'ulteriore e più dettagliata pubblicazione.

Parole chiave

edentulia totale, due fasi, riabilitazione protesica, protesi provvisoria, protesi fissa, implantologia protesicamente guidata, zirconia, CAD/CAM



Fig. 1



Fig. 2 - Dima chirurgica superiore



Fig. 3 - Dima chirurgica inferiore



Fig. 4 - Determinazione del piano oclusale inferiore tramite piattello dedicato



Fig. 5 - Realizzazione della protesi totale provvisoria per la fase post-intervento



Fig. 6

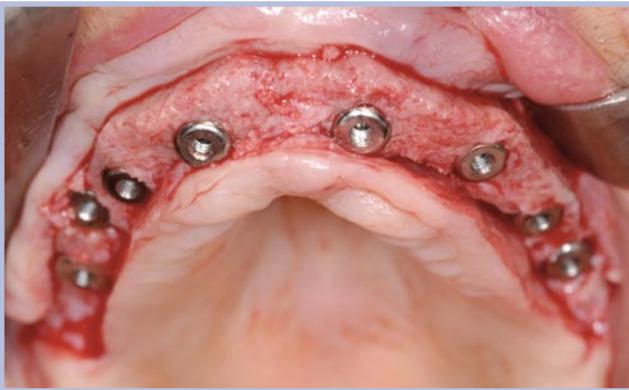


Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12

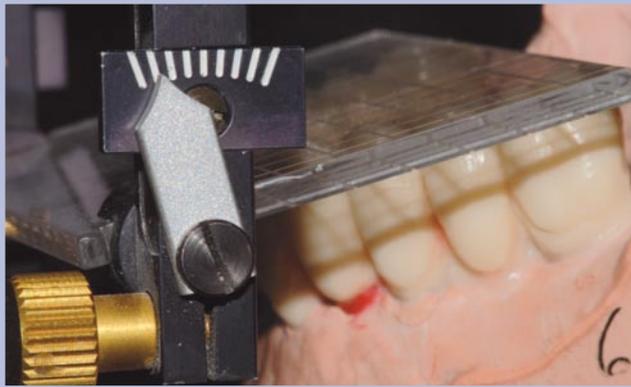


Fig. 13



Fig. 14 - Ceratura diagnostica



Fig. 15 - Wax-up dei monconi per la scansione

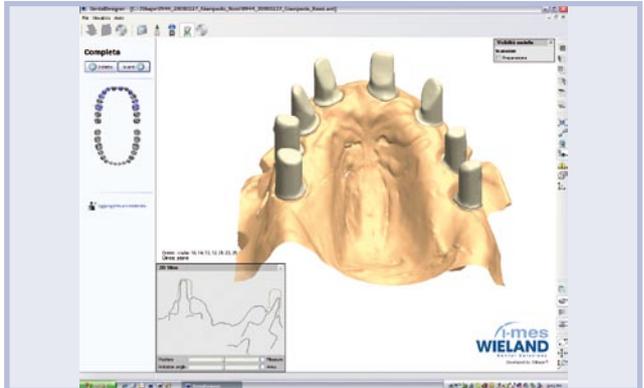


Fig. 16, 17 - Scansione delle arcate superiore e inferiore con sistematica CAD

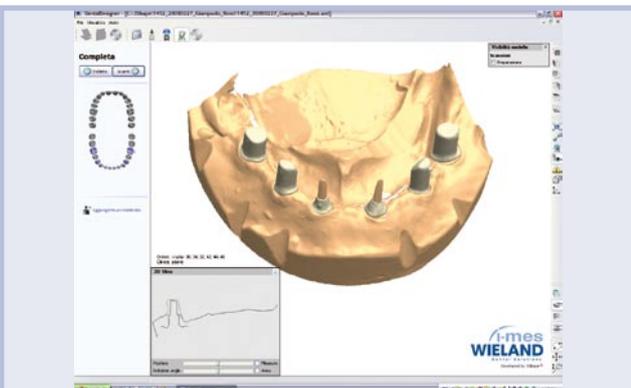


Fig. 17



Fig. 18, 19 - Monconi in zirconia e titanio

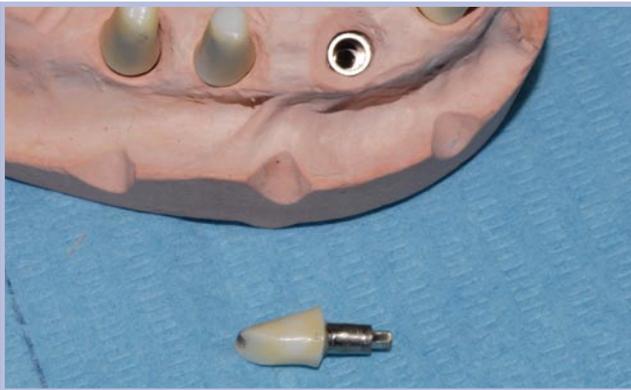


Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21



Fig. 22 - Particolare dei provvisori armati: visione occlusale



Fig. 23 - Particolare dei provvisori armati: visione vestibolare



Fig. 24 - Particolare dei provvisori armati: visione dell'armatura metallica



Fig. 25 - Aspetto dei tessuti al momento della protesizzazione



Fig. 26



Fig. 27 - Provisori posizionati in bocca subito dopo la cementazione



Fig. 28



Fig. 29



è uscita la nuova
EDIZIONE 2009
del CATALOGO GENERALE dei
PRODOTTI PER IMPLANTOLOGIA



richiedilo a clienti@leone.it

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



ORTODONZIA e IMPLANTOLOGIA

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



Relatori..

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



Attività..

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

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

Sella edentula: riabilitazione semplice con impianti Exacone™

Dr. Andrea Belluomini

Libero professionista a Santa Maria del Monte (PI)

Il caso clinico che presento ha lo scopo di mostrare non tanto il lavoro finito, che d'altro canto dipende da tanti fattori, ma la qualità dei tessuti molli che viene a determinarsi con l'impiego del tappo transmucoso del Sistema Implantare Leone. Questo risultato si può ottenere grazie alla forma del tappo ed alla connessione conometrica autobloccante, che non dà adito a micro-movimenti ma che, anzi, sigilla completamente il pozzetto implantare, impedendo contaminazioni e formando una vera barriera a protezione dell'osso corticale perimplantare.

Inoltre, desidero concentrare l'attenzione sulla protesizzazione dell'impianto Leone, che è veramente semplice e permette di considerare il moncone come un dente naturale, ignorando tutte le fasi che, invece, sono previste dai sistemi con moncone avvitato.

Per me questo è di grande importanza perché, oltre all'efficienza del risultato, si ha anche la semplicità dell'utilizzo.

Caso clinico

Paziente di 55 anni con una edentulia presente da molti anni nell'arcata inferiore sinistra e un ponte costituito da tre elementi 45-47 nell'arcata inferiore destra. Il paziente si presenta alla mia osservazione con il ponte 45-47 avente mobilità elevata che scatuisce dolore alla percussione, quindi la decisione è quella di estrarlo in prima seduta. Dopo l'esecuzione dell'ortopantomografia spiego al paziente le possibili soluzioni per una buona riabilitazione, soprattutto funzionale, dell'arcata dentale inferiore: si decide di inserire due impianti in posizione 45 e 47, sui quali, in un secondo tempo, sarà costruito un ponte di 3 elementi in ceramica.

Eseguo l'intervento circa un mese dopo l'estrazione dei denti (figg. 1, 2) e nel frattempo eseguo un'apicectomia sull'elemento 44, che presenta un processo infiammatorio abbastanza importante. Durante l'intervento decido di inserire due impianti 3,3x12 mm e 3,3x10 mm (fig. 3), in quanto la cresta ossea non è abbastanza ampia da poter permettere l'impiego di impianti di dimensioni superiori. Per inserire gli impianti utilizzo le frese a basso numero di giri, circa 50 rpm, e senza irrigazione. Nella sede del 45 si presenta una recessione ossea dovuta all'estrazione del dente stesso e al processo infiammatorio che questa aveva provocato, per cui provvedo a posizionare dei bone chips aggiungendo anche dell'osso eterologo di origine bovina (Bio-Oss®, Geistlich); non inserisco la membrana perché il lembo sigilla abbastanza bene. Richiudo con una semplice sutura a 3-0 (figg. 4, 5).

Dopo circa 45 giorni, senza grandi incisioni, scopro i tappi di chiusura e inserisco i tappi di guarigione (fig. 6), che mi permettono di ottenere un ottimo condizionamento tissutale (fig. 7).

Ad osteointegrazione avvenuta, dopo circa 4 mesi, mi preparo per il caricamento dell'impianto. Dopo averli provati in bocca (fig. 8), con l'ausilio del manico per monconi e di un manipolo dritto riduco i monconi, li posiziono negli impianti e con una fresa diamantata li perfeziono (fig. 9).

Prendo l'impronta con la tecnica della doppia impronta (figg. 10, 11), considerando quindi ogni moncone come un dente naturale.

Quando il manufatto finito ritorna dal laboratorio riposiziono i monconi sugli impianti, attivo la connessione con delle percussioni e consegno il lavoro (figg. 12-14).

Parole chiave

sella edentula, due fasi, zona molare, post-estrattivo differito, G.B.R., condizionamento dei tessuti molli, tecnica diretta

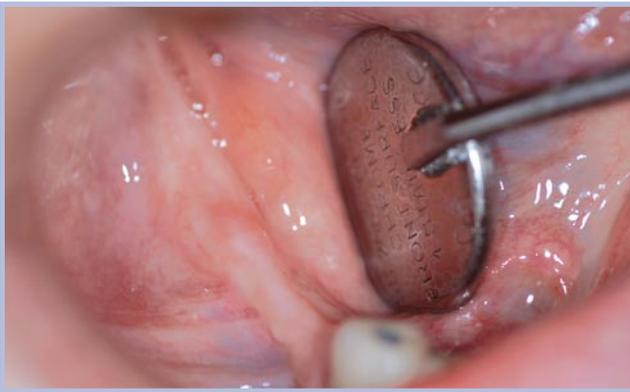


Fig. 1



Fig. 2

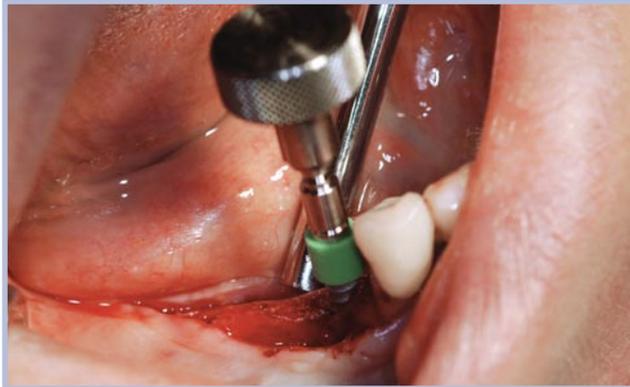


Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

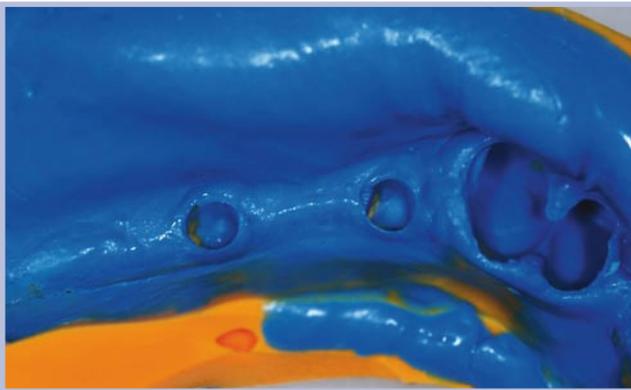


Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14

Realizzazioni protesiche

Sig. Marco Belluomini, Laboratorio Profeti - Lucca

Impianto post-estrattivo immediato riabilitato con corona cementata extra-oralmente

Dr. Marco Buscia
Libero professionista a Pesaro

È giunto alla nostra osservazione un paziente di sesso maschile di 35 anni, con l'elemento 36 fratturato in modo irrecuperabile. Abbiamo provveduto all'estrazione del dente e alla completa pulizia dell'alveolo, cercando di mantenere la maggior quantità possibile di osso corticale (figg. 1, 2). Abbiamo poi inserito un impianto Exacone™ di largo diametro (4,8x10 mm) per ridurre il gap tra superficie implantare e osso (figg. 3, 5), posizionando quindi un tappo di guarigione large con altezza di 3 mm (fase chirurgica unica, figg. 6-8). La tecnica chirurgica monofase, qualora possibile, permette una minore perdita ossea complessiva a livello coronale; negli impianti Exacone™ si evidenzia a volte, addirittura, una certa crescita ossea intorno al collo della fixture, come in questo caso (figg. 9-11). Vista la qualità di osso rilevata in fase chirurgica abbiamo preferito aspettare 6 mesi prima di protesizzare l'impianto. Dopo aver preso l'impronta (figg. 12-14), abbiamo preparato il moncone in laboratorio, verificandone poi la congruità in bocca (figg. 15-21). Dopo le prove estetiche e occlusali, abbiamo cementato la nostra corona sul moncone all'esterno del cavo orale, così da poter rimuovere perfettamente gli eccessi del cemento stesso (figg. 22-25); abbiamo quindi inconato il manufatto sulla fixture tramite doppia percussione (figg. 26-28).

Parole chiave

edentulia singola, post-estrattivo immediato, fase unica, corona singola, cementazione corona extra-orale



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

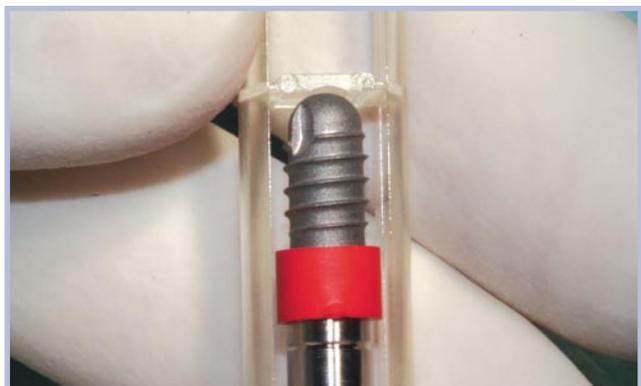


Fig. 4



Fig. 5

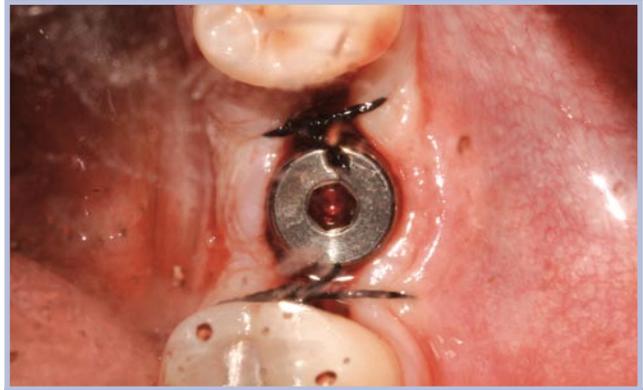


Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

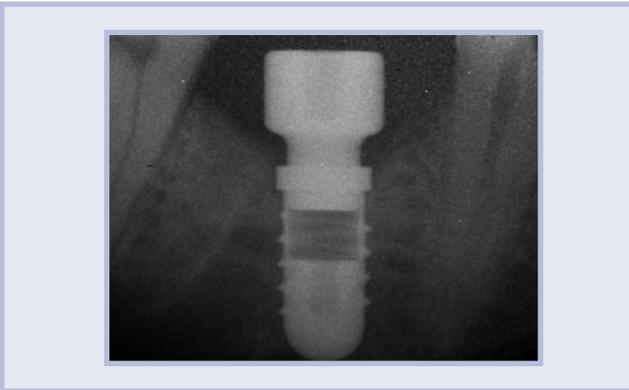


Fig. 9 - Immagine radiografica a 2 settimane dalla chirurgia

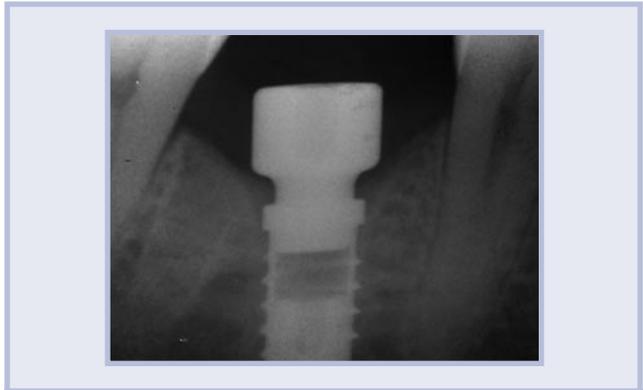


Fig. 10 - Immagine radiografica a 3 mesi dalla chirurgia



Fig. 11 - Immagine radiografica a 6 mesi dalla chirurgia



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



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. Leonardo Targetti



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. Stefano Bianchi



Dr. Alfonso Sinisi



Dr. Bruno Rocchetti



Dr. Salvatore Dettori



Dr. Leonardo Palazzo



*L'efficienza
della semplicità!*



sistema implantare

EXACONE™



Ortodonzia e Implantologia